

单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理 在早期肺癌中的应用研究

唐 瑶, 李金河*

(广安市人民医院心胸外科, 四川 广安 638001)

摘要: **目的** 探讨单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理对早期肺癌患者免疫功能的影响。**方法** 选取 2018 年 7 月至 2020 年 7 月于广安市人民医院就医的早期肺癌患者 192 例, 按照随机数字表法分为对照组 (96 例, 三孔胸腔镜下肺叶切除术治疗) 与试验组 (96 例, 单孔电视胸腔镜肺叶切除术), 两组患者均接受全面护理至出院, 两组患者均术后观察 15 d。对比两组患者临床指标, 术前与术后 24 h 免疫功能, 术前与术后 15 d 的生活质量及术后并发症发生情况。**结果** 试验组患者术后引流时间、住院时间均短于对照组, 出血量少于对照组, 而手术时间长于对照组; 相比于术前, 术后 24 h 两组患者血清免疫球蛋白 A (IgA)、免疫球蛋白 G (IgG)、免疫球蛋白 M (IgM) 水平及 CD3⁺、CD4⁺ 百分比均降低, 而试验组显著高于对照组; CD8⁺ 百分比均升高, 试验组低于对照组; 试验组患者生存质量的各项评分均高于对照组; 试验组患者术后并发症总发生率显著低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理治疗早期肺癌, 可有效改善患者临床指标, 保护术后免疫功能, 且安全性较高, 利于保证患者术后生存质量。

关键词: 早期肺癌; 电视胸腔镜肺叶切除术; 全面护理; 免疫功能

中图分类号: R734.2

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.16.0128.04

肺癌是呼吸系统最常见的一种肺原发性恶性肿瘤, 其早期具有咳嗽、气促、喘鸣等症状, 且具有发病率、死亡率高的特点。三孔胸腔镜下肺叶切除术是治疗早期肺癌较为常见的手术方式, 其可有效达到阻碍癌灶扩散的目的, 但需要开多个孔, 增加辅助操作性产生的损伤, 不利于患者术后恢复, 且易产生感染、胸腔积液等并发症^[1]。单孔电视胸腔镜肺叶切除术为单操作孔术式, 其手术切口小,

可有效避免对胸背部肌肉、肋骨及神经的损伤, 并减少术中出血量, 减轻术后疼痛, 促进患者恢复^[2]。同时在患者围术期给予全面护理模式, 通过开展身体、心理以及环境的全面干预, 让患者更加适应手术流程, 减轻患者紧张、焦虑等不良情绪, 促进患者康复^[3]。基于此, 本研究旨在探讨单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理对早期肺癌患者免疫功能的影响, 现报道如下。

作者简介: 唐瑶, 大学本科, 护师, 研究方向: 心胸外科相关疾病的护理。

通信作者: 李金河, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 心胸外科相关疾病的诊疗。E-mail: 1379970071@qq.com

参考文献

- [1] 聂振清, 陈晓燕. 机械通气联合不同肺表面活性物质在新生儿呼吸窘迫综合征中的价值 [J]. 安徽医药, 2019, 23(6): 1222-1225.
- [2] 卢隽滢, 卢红艳, 常明, 等. 不同无创通气模式在早产儿呼吸窘迫综合征撤机后的应用比较 [J]. 实用医学杂志, 2020, 36(20): 2797-2801.
- [3] 马力, 杨海波, 温晓红. 双水平正压通气在早产儿呼吸支持中的应用进展 [J]. 临床儿科杂志, 2018, 36(9): 707-710.
- [4] 钟庆华, 段江, 张彩营, 等. 极早产儿俯卧位机械通气对呼吸功能的影响 [J]. 中国当代儿科杂志, 2018, 20(8): 608-612.
- [5] 邵肖梅, 叶鸿瑁, 丘小汕. 实用新生儿学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 395-398.
- [6] 周建国, 陈超. 无创通气技术在新生儿呼吸疾病中的应用 [J]. 中华围产医学杂志, 2017, 20(1): 65-68.
- [7] 陈少军, 陈全景, 周凤霞. 肺表面活性物质联合无创正压通气对新生儿呼吸窘迫的疗效观察及对血气指标的影响 [J]. 河北医学, 2020, 26(3): 411-415.
- [8] 朱文英, 袁玉峰, 张海燕, 等. 两种无创正压通气模式联合固尔苏治疗新生儿呼吸窘迫综合征的疗效比较 [J]. 江苏医药, 2017, 43(24): 1826-1827.
- [9] 刘显会, 张翌. 呼吸窘迫综合征患儿不同体位机械通气的临床效果观察 [J]. 皖南医学院学报, 2018, 37(6): 547-550.
- [10] 董朝琼, 唐小凤. 俯卧位通气干预护理对新生儿急性呼吸窘迫综合征的作用研究 [J]. 现代医学, 2019, 47(11): 1420-1423.
- [11] 林伟斌. 肺表面活性物质联合 CPAP 治疗对新生儿呼吸窘迫综合征血气指标的影响 [J]. 临床肺科杂志, 2017, 22(1): 102-104.
- [12] 赵文慧, 罗庆花, 曲海新, 等. 体位交换护理对早产儿呼吸窘迫综合征机械通气血气分析的影响 [J]. 贵州医药, 2018, 42(5): 628-630.

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年7月至2020年7月于广安市人民医院就医的早期肺癌患者192例,按照随机数字表法分为两组。对照组(96例)患者中男性62例,女性34例;年龄42~82岁,平均 (62.15 ± 7.36) 岁;病理分型:肺腺癌36例、肺鳞癌26例、肺腺鳞癌12例、细支气管肺泡癌12例、其他10例;病变部位:左肺上叶28例、左肺下叶16例、右肺上叶20例、右肺中叶16例、右肺下叶16例。试验组(96例)患者中男性64例,女性32例;年龄43~90岁,平均 (61.36 ± 7.50) 岁;病理分型:肺腺癌34例、肺鳞癌26例、肺腺鳞癌16例、细支气管肺泡癌12例、其他8例;病变部位:左肺上叶24例、左肺下叶18例、右肺上叶22例、右肺中叶18例、右肺下叶14例。对比两组患者一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。纳入标准:符合《中国原发性肺癌诊疗规范(2015年版)》^[4]中的相关诊断标准者;单侧病灶者;病变直径 ≤ 5 cm者等。排除标准:不能耐受手术者;胸廓畸形者;肿瘤向旁边器官浸润、转移者等。本研究经广安市人民医院医学伦理委员会批准,患者及家属均知情并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组行三孔胸腔镜下肺叶切除术治疗:选取患者腋中线的第7肋间、肩胛线第8肋间、腋前线第3肋间分别作长度约1.5 cm、1.5 cm、3.0 cm的切口,将其作为观察孔和操作孔,在胸腔镜下完成手术后,在观察孔和操作孔位置分别放置1根胸管引流^[5]。试验组行单孔电视胸腔镜肺叶切除术:保持侧卧位,全麻处理,胸部稍微垫高;气管内插双腔管及单肺通气,于腋前线第5肋间作一长度为4~5 cm的切口,使用切口保护套,所有器械经由该口进出,明确肿瘤部位后,行肺叶切除术,方法为游离肺血管、肺门、支气管,对肺部静脉进行切断,然后处理肺叶支气管,分离肺动脉,处理肺组织,切除病变肺叶,切除肺叶后清扫淋巴结系统,术后在切口处放置闭式胸腔引流管。

1.2.2 全面护理 护理措施包括:①前意向阶段,护理人员以全面健康指导的形式,让患者和家属了解治疗方式,唤醒患者遵医嘱的学习意识,进而指导患者建立正确的遵医嘱行为。②自我效能阶段,帮助患者建立遵医嘱

的信息,让患者了解遵医嘱的治疗效果和生活变化。在自我评定上,确定遵医嘱的治疗重要性。③环境评定阶段,使患者意识到不遵医嘱产生的影响,并请患者比较健康的生活状态和不健康的生活状态差异,从而帮助患者建立积极的治疗信心。④自我解放阶段,患者可以选择合适的场合,确立坚持遵医嘱的决定,护理人员帮助患者建立遵医嘱治疗计划,计划内容包含饮食、运动和治疗的时间。指导患者接受大家的监督指导,在互相监督情况下,进行行为改变,强化社会关系的引导支持,叮嘱患者进行复查,一旦发生问题则和医师进行沟通。

1.3 观察指标 ①观察并比较两组患者手术时间、术中出血量、淋巴结清除数、术后置管引流时间及住院时间。②分别于术前与术后24 h采集两组患者空腹静脉血5 mL,一部分血液进行3 000 r/min的转速行15 min离心后取血清,采用免疫比浊法检测血清免疫球蛋白A(IgA)、免疫球蛋白G(IgG)、免疫球蛋白M(IgM)水平;另一部分血液采用流式细胞仪对CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺百分比进行检测。③采用癌症患者生活质量量表(EORTC QLQ-C30)^[6]对两组患者术前与术后15 d的生存质量进行评价,包括躯体、角色、情绪、认知、社会功能以及总体健康状况评分,每项满分100分,分值越高表明患者生活质量越好。④统计两组患者术后发生切口感染、肺不张、胸腔积液、肺阻塞等情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS 21.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床指标 试验组患者术后置管引流时间、住院时间均短于对照组,出血量少于对照组,而手术时间长于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表1。

2.2 免疫功能指标 相比于术前,术后24 h两组患者血清IgA、IgM、IgG水平及CD3⁺、CD4⁺百分比均降低,试验组高于对照组;CD8⁺百分比升高,试验组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表2。

2.3 生存质量评分 与术前相比,术后15 d两组患者各项生存质量评分均升高,且试验组患者均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表3。

表1 两组患者临床指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	淋巴结清除数(枚)	术后置管引流时间(d)	住院时间(d)
对照组	96	123.38 \pm 22.31	335.41 \pm 50.58	11.18 \pm 5.51	5.45 \pm 0.70	12.39 \pm 2.32
试验组	96	185.61 \pm 30.29	220.52 \pm 45.28	10.41 \pm 4.59	3.70 \pm 0.43	8.28 \pm 3.12
t 值		16.208	16.582	1.052	20.872	10.357
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表2 两组患者免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IgA(g/L)		IgG(g/L)		IgM(g/L)	
		术前	术后 24 h	术前	术后 24 h	术前	术后 24 h
对照组	96	1.39±0.12	1.11±0.17*	14.28±1.29	10.14±1.32*	1.33±0.43	1.10±0.02*
试验组	96	1.41±0.14	1.27±0.10*	14.38±1.33	12.35±1.29*	1.31±0.23	1.21±0.02*
<i>t</i> 值		1.063	7.948	0.529	11.732	0.402	38.105
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)	
		术前	术后 24 h	术前	术后 24 h	术前	术后 24 h
对照组	96	69.39±8.50	58.23±4.32*	39.14±8.21	29.14±7.32*	26.42±4.62	31.36±5.24*
试验组	96	69.36±8.10	64.13±4.54*	38.25±9.21	34.58±8.10*	26.20±4.79	28.01±5.09*
<i>t</i> 值		0.025	9.224	0.707	4.882	0.324	4.493
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,**P*<0.05。IgA:免疫球蛋白A;IgM:免疫球蛋白M;IgG:免疫球蛋白G。表3 两组患者生存质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能		角色功能		认知功能	
		术前	术后 15 d	术前	术后 15 d	术前	术后 15 d
对照组	96	42.90±6.20	50.80±5.50*	44.90±5.10	51.80±5.50*	58.90±5.60	61.40±5.40*
试验组	96	42.60±6.40	65.30±5.70*	45.30±6.80	59.30±6.50*	58.40±6.10	68.30±5.70*
<i>t</i> 值		0.330	17.936	0.461	8.630	0.592	8.610
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	情绪功能		社会功能		健康状况	
		术前	术后 15 d	术前	术后 15 d	术前	术后 15 d
对照组	96	61.60±4.90	66.20±5.40*	45.10±6.80	52.90±6.40*	50.80±6.30	57.30±6.20*
试验组	96	60.40±6.80	72.60±6.50*	45.40±6.10	60.40±6.20*	50.30±6.00	65.20±6.20*
<i>t</i> 值		1.403	7.421	0.322	8.247	0.563	8.828
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,**P*<0.05。

2.4 并发症 试验组患者术后并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表4。

表4 两组患者术后并发症发生率比较 [例(%)]

组别	例数	切口感染	肺不张	胸腔积液	肺阻塞	总发生
对照组	96	12(12.50)	8(8.33)	5(5.21)	4(4.17)	29(30.21)
试验组	96	9(9.38)	4(4.17)	2(2.08)	1(1.04)	16(16.67)
χ^2 值						4.905
<i>P</i> 值						<0.05

3 讨论

随着胸腔镜技术的日趋发展,胸腔镜肺叶切除术成为临床上治疗早期肺癌的常见的手术方式,其中三孔式最为普遍,其包括胸腔镜观察孔、主操作孔、副操作孔,可有效扩展手术视野,加快手术时间,但副操作孔切口需经背阔肌、大圆肌、前锯肌等进入胸腔,肌群血管丰富,易出血且不易止血,甚至术后会引起患侧上肢轻度运动障碍^[7]。

随着操作技术水平的提高与手术设备的不断更新,单

孔电视胸腔镜肺叶切除术也被应用于胸外科领域,其减少了两个副操作孔,只留一个主操作孔,对皮肤、肋间肌肉及神经的损害减少,且器械呈90°进入胸腔,能避免压迫肋间神经,可降低肋间神经损伤率,利于术后伤口恢复^[8]。同时,在治疗期间进行全面护理也可有效提升患者依从性,提高临床疗效。本研究结果显示,相比于对照组,试验组患者术后引流时间、住院时间缩短,出血量降低,生存质量各项评分均显著升高,并发症总发生率显著降低,提示相较于三孔胸腔镜下肺叶切除术治疗,早期肺癌患者行单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理治疗,可有效改善临床指标,提升生活质量,且并发症少,促进伤口愈合。

手术创伤能损伤机体细胞免疫和体液免疫功能,IgA、IgM、IgG是特异性免疫球蛋白,参与机体体液免疫。CD3⁺、CD4⁺T淋巴细胞能够通过分泌细胞因子活化单核细胞、巨噬细胞和自然杀伤细胞,并诱导其发生免疫应答进而发挥抗肿瘤功能。本研究结果显示,试验组患者血清

多索茶碱联合优质护理对慢性支气管炎患者的应用效果观察

黄 婵, 蒋 鲜*, 辛冰杰, 刘 婷, 龙怡君

(广安市人民医院呼吸与危重症医学科, 四川 广安 638001)

摘要: **目的** 探讨多索茶碱联合优质护理对慢性支气管炎患者肺功能及血清 C-反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平的影响。**方法** 按照随机数字表法将广安市人民医院 2018 年 11 月至 2020 年 8 月收治的 82 例慢性支气管炎患者分为对照组和研究组, 各 41 例。对照组患者给予氨溴索治疗, 研究组患者在对照组的基础上给予多索茶碱治疗, 两组患者均给予优质护理, 干预周期为 7 d。对比两组患者干预后临床疗效、生活质量评分, 干预前后肺功能及血清 CRP、TNF- α 水平, 治疗期间的护理依从性。**结果** 干预后研究组患者临床总有效率、生活质量各评分及护理依从性均高于对照组; 干预后两组患者第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、用力肺活量 (FVC)、潮气量 (TV) 水平均较干预前升高, 且研究组高于对照组; 干预后两组患者血清 CRP、TNF- α 水平均较干预前降低, 且研究组低于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 多索茶碱联合优质护理可有效抑制慢性支气管炎患者机体炎症反应, 增强临床疗效, 从而改善慢性支气管炎患者肺功能, 提高生活质量和依从性, 促进病情恢复。

关键词: 慢性支气管炎; 多索茶碱; 氨溴索; 优质护理; 肺功能; C-反应蛋白; 肿瘤坏死因子- α

中图分类号: R562.2+1

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.16.0131.04

作者简介: 黄婵, 大学本科, 护师, 研究方向: 呼吸科疾病的护理。

通信作者: 蒋鲜, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 呼吸科疾病的诊治。E-mail: 42396789@qq.com

IgA、IgM、IgG 水平及 CD3⁺、CD4⁺ 均显著高于对照组, 试验组患者 CD8⁺ 百分比显著低于对照组, 提示相较于三孔胸腔镜下肺叶切除术治疗, 早期肺癌患者行单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理治疗, 可有效保护其免疫功能, 抑制癌细胞扩散。分析其原因可能为, 手术创伤对于机体而言是一种应激, 尤其是创伤较大的手术, 其带来的组织损伤会激活机体的自我防御系统, 造成免疫损伤。相比于三孔胸腔镜下肺叶切除术, 单孔电视胸腔镜肺叶切除术的手术切口少, 对患者创伤小, 出血量少, 因此对机体应激反应较小, 从而对免疫功能指标的影响也较小^[9]; 同时全面护理能够通过不同方面对患者的指导, 促进病情恢复^[10]。

综上, 单孔电视胸腔镜肺叶切除术联合全面护理治疗早期肺癌, 可有效改善临床指标, 保护患者免疫功能, 提升生活质量, 且并发症少, 安全性较高, 值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 周斌, 刘传彬, 王家富, 等. 单孔胸腔镜肺叶切除术与三孔胸腔镜肺叶切除术治疗周围型肺癌效果观察 [J]. 临床误诊误治, 2017, 30(8): 94-97.
- [2] 汪强, 庞奇, 宋超, 等. 单操作孔电视胸腔镜治疗非小细胞肺癌的临床应用价值 [J]. 安徽医学, 2019, 40(8): 930-933.
- [3] 余兆华, 张静, 贺燕, 等. 全面护理干预对肺癌患者围手术期负性情绪及生活质量的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2017, 44(2): 359-361, 364.
- [4] 支修益, 石远凯, 于金明. 中国原发性肺癌诊疗规范 (2015 年版) [J]. 中华肿瘤杂志, 2015, 37(1): 67-78.
- [5] 石岱旺, 徐然, 韩云, 等. 单孔与三孔胸腔镜肺叶切除术治疗周围型肺癌的临床疗效比较 [J]. 中国医科大学学报, 2018, 47(7): 609-611, 616.
- [6] 石军梅, 王晓翔, 刘英, 等. EORTC QLQ-C30 量表应用于胃癌术后化疗患者的信效度检验 [J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(4): 448-451.
- [7] 林剑锋, 郑炜, 朱勇, 等. 单孔与三孔胸腔镜肺癌根治术后 C 反应蛋白和降钙素原水平的比较 [J]. 福建医科大学学报, 2016, 50(2): 112-115.
- [8] 靳智勇, 郭占林, 康世荣. 单孔和三孔胸腔镜在肺癌根治术中的应用效果比较 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(29): 120-123, 128.
- [9] 任丹, 涂启敏. 电视胸腔镜术与开胸肺叶切除术对早期非小细胞肺癌患者炎症因子及免疫功能的影响 [J]. 标记免疫分析与临床, 2016, 23(11): 1330-1333.
- [10] 褚江辉, 钱文燕, 王琦, 等. 全面护理在肺癌患者围手术期的临床应用及价值分析 [J]. 贵州医药, 2018, 42(1): 114-115.