

观察组治疗后睡眠质量、焦虑情绪、神经递质水平、脑源性营养因子、症状改善效果均优于对照组,且不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。可见,乌灵胶囊、思诺思联合治疗焦虑症伴睡眠障碍患者疗效显著。分析其原因:可能是因为联合用药可弥补单一用药的不足之处或者缺陷,改善睡眠质量,提高神经递质水平、脑源性营养因子水平的同时,还可保障用药安全性、有效性,进而降低一系列不良反应的发生风险。

综上所述,对焦虑症伴睡眠障碍患者实施乌灵胶囊、思诺思联合用药治疗,可明显改善其不适症状,刺激神经递质的同时提高睡眠质量,且不良反应发生率较低。但本研究也存在一定不足之处,即样本纳入例数较少、观察时间较短、观察指标较少;对此在后续研究中需根据实际情况适当延长观察时间、增加样本纳入例数、丰富观察指标,以期进一步验证研究结果。

参考文献

- [1] 张冰人, 骆宏. 乌灵胶囊联合心理干预治疗儿童青少年中度焦虑状态的临床研究[J]. 杭州师范大学学报(自然科学版), 2024, 23(3): 311-316.
- [2] 曾翡翠, 王毅, 马桂芝, 等. 调阳祛邪针法联合酒石酸唑吡坦片治疗不寐症的疗效评价研究[J]. 中医药学报, 2023, 51(3): 67-71.
- [3] 荣小荣, 王慧, 刁婷婷. 枣仁安神胶囊联合酒石酸唑吡坦治疗失眠的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(5): 21-25.
- [4] 张茹, 李萍, 赵艳茹, 等. 针刺联合乌灵胶囊与重复经颅磁刺激技术治疗卒中后抑郁疗效及对患者神经递质的影响[J]. 陕西中

医, 2022, 43(8): 1114-1117.

- [5] 沈英, 严央丽, 董丽萍, 等. 穴位包埋法联合思诺思治疗抑郁症失眠的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(6): 1233-1235.
- [6] 吴娜, 陆磊, 叶青, 等. 乌灵胶囊治疗帕金森病伴睡眠障碍的多中心观察性研究[J]. 上海中医药大学学报, 2023, 37(5): 55-60, 66.
- [7] 林亦文, 苏榆婷, 朱婷, 等. 乌灵胶囊对脑梗死后睡眠障碍患者生活质量影响[J]. 中国药物应用与监测, 2023, 20(4): 255-258.
- [8] 胡炼, 卢玉云, 杨娟, 等. 乌灵胶囊联合右佐匹克隆片治疗睡眠障碍的效果及对睡眠监测参数的影响[J]. 药品评价, 2023, 20(6): 747-749.
- [9] 张雅西, 林彩丹, 黄向东. 乌灵胶囊联合认知行为疗法治疗帕金森病睡眠障碍临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(19): 43-47.
- [10] 王江, 朱巨奇, 石春珍, 等. 乌灵胶囊对激素冲击治疗肾病综合征诱发睡眠障碍的临床效果[J]. 中国当代医药, 2022, 29(10): 89-91, 95.
- [11] 夏云芳. 观察乌灵胶囊联合恩替卡韦治疗乙型肝炎伴睡眠障碍患者的治疗效果及对肝功能的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(4): 615-617.
- [12] 李艳芳, 罗惠芳, 张淑玲. 乌灵胶囊联合西酞普兰治疗产后抑郁症患者的疗效分析[J]. 淮海医药, 2023, 41(2): 172-176.
- [13] 张传文, 闵希瑞. 醒脑开窍针法联合乌灵胶囊治疗卒中后抑郁对自噬相关蛋白水平的影响[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(2): 121-126.
- [14] 蔡传云, 胡欣, 朱华军, 等. 乌灵胶囊联合小剂量唑吡坦用于失眠伴焦虑抑郁高龄老年患者的疗效分析[J]. 中国药房, 2024, 35(12): 1517-1521.
- [15] 陆奕. 乌灵胶囊联合奥沙西洋治疗慢性失眠的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2023, 38(10): 2480-2484.
- [16] 卫琰, 刘庆, 朱震宏, 等. 乌灵胶囊联合星状神经节阻滞治疗焦虑性失眠疗效观察[J]. 海南医学, 2022, 33(6): 732-735.

胸腔镜微创手术对非小细胞肺癌患者的治疗效果

韩振民

(东平县中医院胸外科, 山东 泰安, 271500)

摘要:目的 研究非小细胞肺癌中运用胸腔镜微创手术的治疗效果。方法 选择 2020 年 1 月—2024 年 3 月东平县中医院收治的 86 例非小细胞肺癌患者作为研究对象,以随机数表法分为观察组和对照组,每组 43 例。对照组采用开胸手术治疗,观察组采用胸腔镜微创手术治疗。比较两组术后疼痛程度、术后并发症、临床指标、心肺功能、炎症因子及免疫功能指标。结果 术后 48 h,两组的视觉模拟评分法(VAS)评分均低于术后 12 h,差异有统计学意义($P<0.05$);术后 12 h、术后 48 h,观察组的 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组的并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组的术中出血量低于对照组,观察组手术时间、术后引流管留置时间、术后住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术前,两组的心率、最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 个月,两组的心率均高于术前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);术后 3 个月,两组的最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积均低于术前,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术前,两组的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素 -6 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 d,两组的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素 -6 水平均低于术前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。术前,两组的 CD3⁺、CD4⁺ 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 d,两组的 CD3⁺、CD4⁺ 水平均低于术前,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可降低非小细胞肺癌患者并发症发生风险,减轻术后疼痛感,促进术后恢复,减轻炎症反应,改善心肺功能,减轻肺功能与免疫功能损伤。

关键词:胸腔镜微创手术;非小细胞肺癌;开胸手术;疗效

中图分类号: R734.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-06-0180-05

非小细胞肺癌是常见的肺癌类型,约占肺癌总发病率的 85%,尤其是老年人的患病率相对较高。此类患者的癌细胞恶性程度相对较低,病灶发展速度相对较慢,但也存在转移风险,故需要在确诊后及时采取有效的治疗措施^[1]。手术在非小细胞肺癌的治疗上有广泛运用,传统开胸手术是常用的手术方法,虽然有一定效果,但对机体造成的创伤相对较大,患者术后康复速度慢,并发症多^[2]。近年来,微创医学不断发展,胸腔镜微创手术技术逐渐运用在此类疾病的临床治疗上,且获得了较好的治疗效果。本研究以 43 例患者作为主要对象,旨在分析评价胸腔镜微创手术的治疗效果,总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月—2024 年 3 月东平县中医院收治的 86 例非小细胞肺癌患者作为研究对象,以随机数表法分为观察组与对照组,每组 43 例。两组的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。所有患者均知情同意且签署知情同意书。本研究经过东平县中医院医学伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①经手术病理证实,明确诊断为非小细胞肺癌;②临床资料完整,并且在治疗的过程中体现出较好的依从性与配合度;③精神状态和意识状态正常,可正常沟通交流;④具备明确的手术指征与手术适应证;⑤麻醉评能够耐受手术。

排除标准:①术前已经接受放化疗;②术前已经发现远处转移;③有凝血功能障碍、免疫功能障碍;④有肝肾等重要脏器功能障碍性疾病;⑤同时合并活动性肺间质病变;⑥既往胸部手术史;⑦肿瘤位置特殊,不适合电视胸腔镜操作。

1.3 方法

两组手术医生熟练程度具有可比性。

对照组实施开胸手术治疗。患者取健侧 90° 卧位,常规消毒铺巾,根据术前确定的病灶位置,在后外侧第 5、6 肋间做一 16 cm 左右切口,逐层切开皮肤和皮下组织,进入胸腔内确定具体的病灶位置。观察其有无肺内转移以及胸膜的转移、评估淋巴结的情况等。结扎后缝扎肿瘤部位的血管,切除肿瘤所在的肺叶,根据淋巴结分布情况进行淋巴结清扫,确定无活动性出血后,冲洗胸腔,留置胸腔引流管,逐层缝合。

观察组实施胸腔镜微创手术治疗。患者取健侧 90° 卧位,常规消毒铺巾,于腋中线第 7、8 肋间做 1 cm 切口作为胸腔镜套管口,在胸腔内置入 1 cm 直径的套管,在肩胛下角线第 8 或第 9 肋间近腋后线处做 1.5 cm 切口为辅助操作孔,在第 4 肋间做 3 cm 切口作为操作孔,置入胸腔镜[生产企业:青岛东方卫尔医疗科技有限公司,国食药监械(进)字 2014 第 3230192 号]。在胸腔镜下,确定肿瘤的具体位置,观察其有

无肺内转移以及胸膜的转移、评估淋巴结的情况等。用超声刀和电钩分离肺动静脉,对切除的肺动静脉进行结扎,实施淋巴结清扫,切除肺叶,确定无活动性出血后,冲洗胸腔,留置胸腔引流管,逐层缝合。

1.4 观察指标

①评估患者术后疼痛的严重程度。于术后 12 h、术后 48 h,采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[3]评估患者的疼痛程度,疼痛程度的评分范围是 0~10 分,得分越高表示患者的疼痛程度越严重。②比较两组患者术后并发症发生情况。将患者术后出现的并发症进行准确记录,计算发生率,并将两组的发生率进行组间比较,用以评估两种手术方案的安全性,包括胸腔积液(表现为胸痛、咳嗽、呼吸困难等症状,经 X 线检查确诊)、切口感染(切口有脓性分泌物、组织或液体标本培养出病原体)、肺部感染(表现为呼吸困难、脓性痰液、发热、胸痛等症状,经痰液培养确诊)。并发症发生率=(胸腔积液+切口感染+肺部感染)例数/总例数×100%。③记录两组患者的临床指标。术中指标主要有手术时间和术中出血量(基于手术海绵在使用前后的重量差异来计算出血量),术后指标主要包括术后引流管留置时间和术后住院时间,将各项指标进行准确记录,并将各项临床指标进行组间统计学分析。④评估患者的心肺功能。分别在术前、术后 3 个月对患者的心肺功能进行评估,监测和评估的指标主要包括心率、最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积。采用电子血压计(生产企业:深圳爱安德电子有限公司,型号:UA-611B)测量心率,采用肺功能检测仪(生产企业:济南博信生物科技有限公司,型号:FGY-200)测定最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积。⑤检测患者手术前后的炎症因子指标表达水平。于手术前和术后 3 d,抽取两组患者 3 mL 清晨空腹静脉血,将抽取的血液样本放置在 4℃ 的冰箱中保存待测。将凝集的血液样本放置在离心机中,以 3 500 r/min 的速度离心 15 min,获取上层清液。采用酶标仪(生产企业:济南存昌生物技术有限公司,型号:RT-6100)进行酶联免疫吸附测定 C 反应蛋白(生产企业:上海卓渝生物科技有限公司,货号:ZY5120099,参考范围:6.31~13.85 mg/L)、肿瘤坏死因子 α (生产企业:上海赛培森生物科技有限公司,货号:SPS-16201,参考范围:81.26~151.43 pg/mL)、白细胞介素-6(生产企业:上海化邦生物科技有限公司,货号:HBP31372R,参考范围:25.74~84.32 pg/mL)。⑥监测评估患者的免疫功能。分别在手术前和手术后 3 d 对患者的免疫功能进行测定,抽取两组患者 4 mL 清晨空腹静脉血,运用流式细胞仪(生产企业:美国贝克曼公司,型号:CytoFLEX)对各项免疫功能指标进行检测,检测指标包括 CD3⁺、CD4⁺,将各项指标的最终结果进行统计学分析。

1.5 统计学分析

应用 SPSS 26.0 统计学软件进行实验数据处理。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内干预前后比较采用配对样本 t 检验;计数资料采用 $n(\%)$ 表

表 1 两组的一般资料比较

[($\bar{x} \pm s$)/n]

组别	例数	年龄(岁)	性别		病理类型		TNM 分期		病程(年)
			男性	女性	腺癌	鳞癌	I 期	II 期	
观察组	43	58.91 ± 6.57	28	15	25	18	30	13	1.45 ± 0.31
对照组	43	57.87 ± 7.36	26	17	28	15	27	16	1.49 ± 0.34
t/χ^2		0.691	0.199		0.443		0.468		0.570
P		0.491	0.655		0.506		0.494		0.570

示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后疼痛程度比较

术后 48 h,两组的 VAS 评分均低于术后 12 h,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 12 h、术后 48 h,观察组的 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.2 两组患者术后并发症发生率比较

观察组的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 3。

表 2 两组患者术后疼痛程度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	VAS 评分	
		术后 12 h	术后 48 h
观察组	43	4.52 ± 0.34	2.16 ± 0.21*
对照组	43	5.72 ± 0.45	2.98 ± 0.26*
t		13.952	16.088
P		<0.001	<0.001

注:与同组术后 12 h 比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较 [n(%)]

组别	例数	胸腔积液	切口感染	肺部感染	总发生率
观察组	43	1(2.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.33)
对照组	43	4(9.30)	3(6.98)	1(2.33)	8(18.60)
χ^2					6.081
P					0.030

2.3 两组患者临床指标比较

观察组的术中出血量低于对照组,观察组手术时间、术后引流管留置时间、术后住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量(mL)	手术时间(min)	术后引流管留置时间(d)	术后住院时间(d)
观察组	43	82.26 ± 4.18	125.15 ± 10.15	2.64 ± 0.13	10.18 ± 1.26
对照组	43	90.58 ± 4.33	135.65 ± 10.17	4.20 ± 0.27	12.67 ± 1.33
t		9.076	4.792	34.137	8.912
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者心肺功能指标比较

术前,两组的心率、最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 个月,两组的心率均高于术前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后 3 个月,两组的最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积均低于术前,但观察组高于对照组,差异有统计学

意义($P < 0.05$),见表 5。

2.5 两组患者炎症因子指标比较

术前,两组的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素 -6 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 d,两组的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素 -6 水平均低于术前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

2.6 两组患者免疫功能指标比较

术前,两组的 CD3⁺、CD4⁺ 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 3 d,两组的 CD3⁺、CD4⁺ 水平均低于术前,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 7。

表 7 两组患者免疫功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺		CD4 ⁺	
		术前	术后 3 d	术前	术后 3 d
观察组	43	57.12 ± 6.74	52.17 ± 5.34*	37.28 ± 4.51	33.02 ± 3.27*
对照组	43	56.30 ± 6.26	48.38 ± 4.16*	37.92 ± 4.10	28.13 ± 2.25*
t		0.585	3.671	0.689	8.078
P		0.560	<0.001	0.493	<0.001

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

非小细胞肺癌在临床上的发生率较高,发病原因复杂,在患病初期病灶局限,且肿瘤未发生远处转移,此时手术是最佳的治疗方式。传统开胸手术是治疗非小细胞肺癌的常用方法,操作简单,术中出现意外能够及时处理,但此种治疗方法的切口长,对机体产生的创伤性大,手术视野暴露时间长,术后并发症的发生风险更高,会增加患者的痛苦,影响其术后康复进程,术后疼痛更会影响患者的身心健康^[4-5]。

本研究结果显示,术后 12 h、术后 48 h,观察组的 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可减轻非小细胞肺癌患者术后疼痛感,与周华等^[6]研究结果类似。分析原因:手术是在胸腔镜的辅助下完成的,经胸腔镜可以清晰、直观地观察到胸腔内的实际情况,手术视野清晰度更高,而使用胸壁小切口和胸腔镜器械完成手术,能够将手术造成的危害降到最低,从而减轻患者疼痛^[7-8]。

本研究结果显示,观察组的并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可降低患者并发症发生风险,与温志军^[9]研究结果相符。分析原因:胸腔镜手术通过小切口进入胸腔,减少了对周围组织的损伤,从而降低了术后感染、出血等并发症的

表 5 两组患者心肺功能指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心率(次/min)		最大自主通气量(L)		第 1 秒用力呼气容积(%)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	43	72.15 ± 2.26	81.48 ± 2.51*	73.26 ± 2.11	70.58 ± 2.65*	2.23 ± 0.16	1.98 ± 0.24*
对照组	43	72.20 ± 2.21	76.59 ± 2.33*	73.22 ± 2.05	64.12 ± 2.09*	2.24 ± 0.12	1.41 ± 0.17*
<i>t</i>		0.104	9.362	0.089	12.551	0.328	12.709
<i>P</i>		0.918	<0.001	0.929	<0.001	0.744	<0.001

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。

表 6 两组患者炎症因子指标比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	C 反应蛋白(mg/L)		肿瘤坏死因子 α (pg/mL)		白细胞介素 -6(pg/mL)	
		术前	术后 3d	术前	术后 3d	术前	术后 3d
观察组	43	9.10 ± 0.13	7.85 ± 0.12	115.56 ± 8.58	90.25 ± 4.16	57.84 ± 2.26	32.26 ± 2.04
对照组	43	9.12 ± 0.14	8.34 ± 0.11	115.87 ± 8.52	101.13 ± 4.67	57.88 ± 2.05	37.94 ± 2.11
<i>t</i>		0.686	19.656	0.168	11.408	0.086	12.691
<i>P</i>		0.494	<0.001	0.867	<0.001	0.932	<0.001

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。

风险。本研究结果显示,观察组的术中出血量低于对照组,观察组手术时间、术后引流管留置时间、术后住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可促进患者康复,与郑慧禹等^[10]、李建亮^[11]研究结果类似。分析原因:在实施胸腔镜手术操作的过程中,不需要使用开胸器,因此,可以避免对胸廓完整性的破坏,也能够避免手术操作中损伤患者的呼吸功能,这对于术后的快速康复是有积极意义的,可缩短术后引流时间,拔管早,术后恢复时间短。

本研究结果显示,术后 3 个月,观察组的心率、最大自主通气量、第 1 秒用力呼气容积高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可改善患者心功能,减轻肺功能损伤,与阚强波等^[12]研究结论类似。胸腔镜手术由于创伤较小,术后恢复更快,患者在术后的心率和左心室射血分数等心功能指标上均有所改善,且恢复速度明显优于传统开胸手术^[13]。胸腔镜手术通过减少对肺部的压迫和干扰,有助于维持肺部的正常功能。研究表明,胸腔镜手术后患者的用力肺活量、最大通气量等肺功能指标均优于传统开胸手术^[14]。本次研究结果还显示,术后 3 d,两组的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子 α 、白细胞介素 -6 水平均低于术前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可减轻患者炎症反应,与谢东等^[15]研究结果类似。分析原因:胸腔镜手术通过微小的切口进行操作,减少了对周围组织的损伤,这种微创性减少了炎症因子的释放,从而降低了术后炎症反应的程度^[16]。本研究结果显示,术后 3 d,两组的 CD3⁺、CD4⁺ 水平均低于术前,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可减轻患者免疫功能损伤,与崔文博等^[17]研究结果类似。分析原因:胸腔镜手术具有创伤小、出血量少、术后疼痛轻等优点。与传统开胸手术相比,胸腔镜手术的切口更小,对组织的损伤也更轻,从而减少了术后免疫功能的抑制^[18]。

综上所述,相比于开胸手术,胸腔镜微创手术可降低非小细胞肺癌患者并发症发生风险,减轻术后疼痛感,促进术后恢复,减轻炎症反应,改善心功能,减轻肺功能与免疫功能损伤。但鉴于本研究选择样本量有限,且为单中心研究,研究结论可能存在一定的偏倚,后续可扩大样本量进行多中心研究,以进一步对本研究结论进行验证。

参考文献

- [1] 宋云亭,赵卓诚.电视胸腔镜微创手术对非小细胞肺癌患者肺功能的影响[J].中国医药指南,2020,18(5):151-152.
- [2] 贾卓奇,王绩钊,王哲,等.机器人与胸腔镜肺段切除术治疗早期非小细胞肺癌疗效的对比研究[J].现代肿瘤医学,2024,32(9):1648-1652.
- [3] 汪涛,朱金美,胡俊.非小细胞肺癌微创及开胸根治术后围术期指标、炎症反应及生存质量评分变化分析[J].实用癌症杂志,2018,33(4):584-587.
- [4] 王晓平,曹英伟,张华坤,等.电视辅助胸腔镜手术与开胸手术在早期非小细胞肺癌患者中的应用[J].癌症进展,2022,20(24):2564-2566,2570.
- [5] 徐国成.胸腔镜微创手术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌患者的临床效果[J].中外医学研究,2024,22(12):43-46.
- [6] 周华,陈恒.全胸腔镜肺叶切除术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌患者的疗效比较[J].基层医学论坛,2022,26(29):25-27.
- [7] 刘旭东,赵桂.单孔胸腔镜下肺叶切除术与传统开胸肺叶切除术治疗早期非小细胞肺癌的临床效果及安全性[J].河南外科学杂志,2021,27(1):47-49.
- [8] 何锋,王小英,刘宁,等.胸腔镜肺癌根治术对非小细胞肺癌患者外周血 T 淋巴细胞亚群的影响及临床意义[J].中国免疫学杂志,2022,38(6):725-730.
- [9] 温志军.胸腔镜微创手术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌患者的临床疗效分析[J].当代临床医刊,2023,36(3):59-60.
- [10] 郑慧禹,邵志鹏,赵冬峰,等.胸腔镜微创手术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌患者的临床疗效比较[J].癌症进展,2021,19(5):499-502,506.
- [11] 李建亮.胸腔镜微创手术与传统开胸手术治疗非小细胞肺癌患者的临床疗效比较[J].自我保健,2021(7):94.
- [12] 阚强波,田灿琼,付玉东,等.经胸腔镜手术治疗非小细胞肺癌对

患者心肺功能的影响[J]. 临床医学工程,2021,28(2):149-150.

[13] 樊纪丹, 王霄霖, 杨岷, 等. 电视胸腔镜手术对老年非小细胞肺癌患者术后心肺并发症的影响[J]. 陕西医学杂志,2017,46(10):1375-1376,1414.

[14] 赵纯诚, 郭志强, 王征. 微创手术对老年非小细胞肺癌患者心肺功能的影响[J]. 实用癌症杂志,2015,(1):82-85.

[15] 谢东, 徐全宽, 柳燕. 肺癌患者的治疗中应用电视胸腔镜微创手术的临床效果评价[J]. 糖尿病天地,2024,21(1):138-139.

[16] 孙培道, 杨玉赏, 胡伟鹏, 等. 胸腔镜微创手术与开胸手术比较对胸腺瘤合并重症肌无力患者炎症反应的研究[J]. 中国循证医学杂志,2017,17(4):383-388.

[17] 崔文博, 王凯, 李晓峰, 等. 电视辅助胸腔镜手术对非小细胞肺癌患者免疫功能及炎症因子水平的影响[J]. 现代医药卫生,2024,40(15):2574-2578.

[18] 陶绍霖. 电视胸腔镜与开胸手术对机体免疫功能影响研究进展[J]. 重庆医学,2011,40(23):2369-2371.

达格列净联合二甲双胍治疗肥胖/ 超重2型糖尿病的效果研究

周文明 吉莉*

(泰州市中西医结合医院药学部, 江苏 泰州, 225300)

摘要:目的 探讨肥胖/超重2型糖尿病患者使用达格列净联合二甲双胍的疗效。方法 回顾性分析泰州市中西医结合医院2022年12月—2023年12月收治的70例肥胖/超重2型糖尿病患者的临床资料,按照不同的治疗方式,将患者分成对照组与观察组,各35例。对照组给予二甲双胍治疗,而观察组在对照组基础上加用达格列净片,并进行血糖、身体质量指数(Body Mass Index, BMI)、同型半胱氨酸(Homocysteine, Hcy)含量及血脂指标(总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇)对比。结果 观察组患者在血糖控制方面均优于对照组($P<0.05$)。观察组患者治疗后的BMI为(23.02 ± 0.12) kg/m^2 ,对照组为(25.23 ± 0.31) kg/m^2 ,观察组更低,差异有统计学意义($t=8.451$, $P<0.001$),观察组治疗后的Hcy指标为(7.00 ± 1.04) $\mu\text{mol}/\text{L}$,对照组为(10.85 ± 2.14) $\mu\text{mol}/\text{L}$,观察组更低,差异有统计学意义($t=6.254$, $P<0.001$)。结论 达格列净联合二甲双胍是一种有效且稳定的治疗方法,可用于肥胖/超重2型糖尿病的合并治疗。

关键词:达格列净;二甲双胍;肥胖;超重;2型糖尿病

中图分类号:R977.9 文献标识码:A 文章编号:1009-8011(2025)-06-0184-04

Study of the Effect of Dapagliflozin Combined with Metformin in the Treatment of Obesity/ Overweight Type 2 Diabetes Mellitus

ZHOU Wen-ming JI Li*

(Pharmaceutical Department, Taizhou Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Taizhou Jiangsu 225300, China)

Abstract: Objective To explore the efficacy of dapagliflozin combined with metformin in obese/overweight type 2 diabetes patients. **Methods** The clinical data of 70 obese/overweight type 2 diabetes patients hospitalized in Taizhou Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine from December 2022 to December 2023 were retrospectively analyzed. According to different treatment methods, the patients were divided into two groups of 35 cases, and the observation group of 35 cases. The control group was treated with metformin, while the observation group was treated with dapagliflozin tablets and their blood glucose, body mass index (BMI), homocysteine (Hcy) levels, and blood lipid indicators (total cholesterol, triglycerides, high-density lipoprotein cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol) were measured. **Results** The observation group showed better blood glucose control than the control group ($P<0.05$). The BMI of the observation group patients after treatment was (23.02 ± 0.12) kg/m^2 , while that of the control group was (25.23 ± 0.31) kg/m^2 . The observation group had a lower BMI and the difference was statistically significant ($t=8.451$, $P<0.001$). The Hcy index of the observation group after treatment was (7.00 ± 1.04) $\mu\text{mol}/\text{L}$, while that of the control group was (10.85 ± 2.14) $\mu\text{mol}/\text{L}$. The observation group had a lower BMI and the difference was statistically significant ($t=6.254$, $P<0.001$). **Conclusion** Dapagliflozin combined with metformin is an effective and stable method for the combined treatment of obesity/overweight type 2 diabetes.

Keywords: dapagliflozin; metformin; obesity; overweight; type 2 diabetes