肺炎的诊断和抗感染管理中的应用价值[J]. 中国临床新医学,2020,13(1):16 - 20.
[14] 郭志华, 张美星, 李　艺, 等. 降钙素原局限性变废为宝[J]. 临床荟萃,2020,35(2):181 - 184.
[15] 张　楠, 朱华栋. 血清标志物对社区获得性肺炎的诊断及预后的影响[J]. 中国急救医学,2019,39(1):82 - 87.
[16] 于长锁, 张金伟. 胸部 CT 联合血清中 PCT、SAA 水平检测对社区获得性肺炎病情的评价价值[J]. 中国数字医学,2020,15(3):126 - 128.
[17] 伊孙邦, 胡雨峰, 林素涵, 等. 不同时间段血乳酸水平对脓毒症院内死亡的预测价值比较:基于重症监护医学信息数据库[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2020,13(1):39 - 43.
[18] Promsin P, Grip J, Norberg A, et al. Optimal cut-off for hourly lactate reduction in ICU-treated patients with septic shock[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2019,63(7):885 - 894.
[19] Frenzen FS, Kutschan U, Meiswinkel N, et al. Admission lactate predicts poor prognosis independently of the CRB/CURB-65 scores in community-acquired pneumonia[J]. Clin Microbiol Infect, 2018,24(3):306. e1 - 306. e6.

[收稿日期　2020 - 07 - 05][本文编辑　韦所苏　韦　颖]

本文引用格式

曾笑寒. NLR PCT 和乳酸水平在社区获得性肺炎危险度分层中的预测价值[J]. 中国临床新医学,2021,14(9):907 - 911.

论著

双切口小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的效果分析

刘　曦

作者单位: 450000　河南,郑州大学附属郑州市中心医院

作者简介: 刘　曦(1983 -),女,医学硕士,主治医师,研究方向:眼科疾病的诊治。E-mail:liu_xi1983@163.com

[**摘要**]　**目的**　分析双切口小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床效果。**方法**　回顾性分析 2017 年 8 月至 2019 年 8 月因原发性青光眼合并白内障在该院行手术治疗的 112 例患者的临床资料,根据手术方法不同分为观察组 62 例(67 眼)和对照组 50 例(54 眼),观察组实施双切口白内障超声乳化吸除 + 非球面人工晶状体置入 + 小梁切除联合手术;对照组实施同切口白内障超声乳化吸除 + 非球面人工晶状体置入 + 小梁切除联合手术。比较两组患者术前、术后 6 个月视力与眼压(最佳矫正视力、眼压值)、中央前房深度与房角开放度数、角膜内皮细胞平均面积与密度、术后滤过泡形成情况以及并发症发生情况。**结果**　术后 6 个月,两组患者最佳矫正视力均较术前提高($P<0.05$),眼压均较术前降低($P<0.05$),但两组术后比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者中央前房深度和房角开放度数均较术前提高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。两组患者角膜内皮细胞平均面积均较术前增加,且观察组高于对照组;密度均较术前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者功能型滤过泡形成率显著高于对照组($P<0.05$)。两组术后并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论**　小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入手术治疗原发性青光眼合并白内障的同切口、双切口术式均安全有效,但双切口术式可减少角膜内皮细胞损失,更有利于术后功能型滤过泡的形成。

[**关键词**]　双切口;　白内障超声乳化吸除;　非球面人工晶状体置入;　小梁切除术;　原发性闭角型青光眼;　白内障;　角膜内皮细胞

[**中图分类号**]　R 779.66　[**文献标识码**]　A　[**文章编号**]　1674 - 3806(2021)09 - 0911 - 05

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2021.09.15

Efficacy analysis of double-incision trabeculectomy combined with phacoemulsification and intraocular lens implantation in treatment of primary angle-closure glaucoma with cataract

LIU Xi. Zhengzhou Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Henan 450000, *China*

[**Abstract**]　**Objective**　To analyze the clinical effects of double-incision trabeculectomy combined with phacoemulsification and intraocular lens implantation on treatment of primary angle-closure glaucoma with cataract. **Methods**

The clinical data of 112 patients undergoing surgical treatment in Zhengzhou Central Hospital Affiliated to Zhengzhou University due to primary glaucoma with cataract from August 2017 to August 2019 were retrospectively analyzed. The patients were divided into observation group (62 cases, 67 eyes) and control group (50 cases, 54 eyes) according to different surgical methods. The observation group was given combined surgery of double-incision phacoemulsification + aspheric intraocular lens implantation + trabeculectomy. The control group was given combined surgery of same incision phacoemulsification + aspheric intraocular lens implantation + trabeculectomy. The visual acuity and intraocular pressure (best corrected visual acuity, intraocular pressure value), central anterior chamber depth and angle opening degree, average area and density of corneal endothelial cells, postoperative filtering bleb formation and the occurrence of complications were compared between the two groups before surgery and 6 months after surgery. **Results** Compared with those before surgery, the best corrected visual acuity was significantly improved ($P<0.05$), while the intraocular pressure was significantly decreased ($P<0.05$) in the two groups 6 months after surgery, but there were no significant differences between the two groups after surgery ($P>0.05$). Compared with those before surgery, the central anterior chamber depth and angle opening degree in the two groups were significantly higher ($P<0.05$), and the two indexes in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P<0.05$). Compared with those before surgery, the average areas of corneal endothelial cells in the two groups were increased, and the area of the observation group was significantly larger than that of the control group. Compared with those before surgery, the densities in the two groups were decreased, and the density of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). The functional filtering bleb formation rate in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$), and there was no statistically significant difference in the incidence of postoperative complications between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** Both the same incision and double-incision procedures of trabeculectomy combined with phacoemulsification and intraocular lens implantation are safe and effective for treatment of primary glaucoma with cataract. However, double-incision surgery can reduce the loss of corneal endothelial cells and is more conducive to the formation of postoperative functional filtering bleb.

[**Key words**] Double incisions; Phacoemulsification; Aspheric intraocular lens implantation; Trabeculectomy; Primary angle-closure glaucoma; Cataract; Corneal endothelial cells

原发性闭角型青光眼是一种致盲性眼病,急性发作期表现为剧烈眼痛、视物模糊、结膜充血,可诱发晶状体混浊而导致白内障,因此患者中白内障的共患率较高[1]。白内障为老化、遗传、营养等因素造成晶状体变性浑浊,进而导致屈光功能障碍,视力受损的一种眼疾,发展期可诱发虹膜前移、房角关闭或前房变浅,眼压升高,进一步加重青光眼病情[2]。白内障超声乳化吸除 + 非球面人工晶状体置入 + 小梁切除术联合手术是治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的常用手段,三联手术包括同切口、双切口两种术式,但二者孰优孰劣目前尚有争议。本研究回顾性分析我院 112 例患者的临床资料,对比两种术式的临床效果,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　回顾性分析 2017 年 8 月至 2019 年 8 月因原发性闭角型青光眼合并白内障在我院行手术治疗的 112 例患者的临床资料,根据手术方法不同分为观察组 62 例(67 眼)和对照组 50 例(54 眼)。纳入标准:(1)明确诊断且临床资料完整,术前检查前房角宽度 N3 ~ N4,房角粘连角度超过 180°;(2)伴有不同程度晶状体浑浊;(3)年龄≤80 岁。排除标准:(1)外伤等其他因素导致眼压增高;(2)合并眼部感染;(3)既往眼部手术史;(4)合并其他严重疾病。两组患者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。

表 1　两组一般资料比较[n(%),($\bar{x}\pm s$)]

组　别	例数	患眼(眼)	性别		年龄(岁)	病程(月)
			男	女		
观察组	62	67	30(48.39)	32(51.61)	62.45 ± 6.74	14.27 ± 3.25
对照组	50	54	22(44.00)	28(56.00)	62.81 ± 7.12	13.98 ± 4.17
t/χ^2	–	–	0.214		0.274	0.414
P	–	–	0.644		0.785	0.680

1.2　治疗方法　所有患者均进行常规术前检查及眼科专科检查,药物控制眼压。对于眼压控制不佳者,术前 30 min 予以 250 ml 200 g/L 甘露醇静脉滴注,术前 30 min 散瞳并进行球周、球后麻醉。手术由同一名医师实施。

1.2.1　对照组手术方法　同切口联合术式于角膜缘上方处,以穹隆底部为基底作 6 mm 左右结膜瓣,电凝止血。角巩缘膜 3 mm 处,作一 4 mm 巩膜隧道

切口,角膜缘 2:00 方向作侧切口,采用 3.2 mm 穿刺刀沿巩膜隧道,将黏弹剂注入前房,实施水分离与环形撕囊,超声乳化吸出晶状体,借助超乳注吸清除残余皮质,再注入黏弹剂,后房置入人工晶体,吸除黏弹剂。切除虹膜根部以及 2 mm × 2 mm 的角巩膜。虹膜恢复后,切开巩膜隧道切口两侧,形成巩膜瓣,间断缝合巩膜瓣及结膜瓣。

1.2.2　观察组手术方法　双切口联合术式采用与同切口术式相同的方法作结膜瓣,角膜缘 12:00 方向作大小为 4 mm × 3 mm 的 1/2 厚度的巩膜瓣,透明角膜缘 11:00 位置,采用 3.2 mm 穿刺刀作切口,采用与同切口术式相同的方法实施白内障超声乳化手术。巩膜瓣深层切开,行巩膜周切术与小梁切除术,间断缝合巩膜瓣及结膜瓣。

1.2.3　术后用药　所有患者术后均予以妥布霉素地塞米松滴眼液(生产企业:Alcon NV,规格:5 ml:妥布霉素 15 mg 和地塞米松 5 mg,国药准字:H20150119)滴患眼,1 ~ 2 滴/次,6 次/d。

1.3　观察指标　比较两组患者术前、术后 6 个月视力与眼压(最佳矫正视力、眼压值)、中央前房深度与房角开放度数、角膜内皮细胞平均面积与密度、术后滤过泡形成情况以及并发症发生情况。(1)视力与眼压:视力采用国际标准视力表检测;眼压采用 Goldmann 眼压计测量。(2)中央前房深度与房角开放度数:采用 Goldmann 房角镜测量。(3)角膜内皮细胞平均面积与密度:采用角膜内皮镜测量。(4)滤过泡形成情况:滤过泡类型包括弥散扁平型、微小囊型、包裹型、缺如型,其中弥散扁平型、微小囊型为功能型滤过泡。(5)并发症:比较两组患者术后 6 个月内角膜水肿、玻璃体出血、前房出血、虹膜损伤等并发症发生率。

1.4　统计学方法　应用 SPSS18.0 统计软件分析数据,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。计数资料以例数(百分率)[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者手术前后视力、眼压参数比较　术后 6 个月,两组患者最佳矫正视力均较术前提高($P < 0.05$),眼压均较术前降低($P < 0.05$),但两组术后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2　两组患者手术前后视力、眼压参数比较($\bar{x} \pm s$)

组　别	患眼(眼)	最佳矫正视力		t	P	眼压值(mmHg)		t	P
		术前	术后 6 个月			术前	术后 6 个月		
观察组	67	0.20 ± 0.11	0.38 ± 0.17	10.524	0.000	39.47 ± 7.41	20.72 ± 4.24	26.348	0.000
对照组	54	0.21 ± 0.09	0.36 ± 0.15	9.186	0.000	40.02 ± 8.13	22.38 ± 5.47	19.063	0.000
t	–	0.538	0.678	–	–	0.389	1.881	–	–
P	–	0.591	0.499	–	–	0.698	0.063	–	–

2.2　两组患者手术前后中央前房深度、房角开放度数比较　术后 6 个月,两组患者中央前房深度和房角开放度数均较术前提高($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3　两组患者手术前后中央前房深度、房角开放度数比较($\bar{x} \pm s$)

组　别	患眼(眼)	中央前房深度(mm)		t	P	房角开放度数(°)		t	P
		术前	术后 6 个月			术前	术后 6 个月		
观察组	67	1.69 ± 0.36	3.17 ± 0.45	29.912	0.000	1.10 ± 0.23	3.24 ± 0.36	59.378	0.000
对照组	54	1.71 ± 0.42	2.79 ± 0.52	16.886	0.000	1.08 ± 0.25	2.97 ± 0.41	42.087	0.000
t	–	0.282	4.307	–	–	0.457	3.854	–	–
P	–	0.779	0.000	–	–	0.648	0.000	–	–

2.3　两组患者手术前后角膜内皮细胞平均面积、密度比较　术后 6 个月,两组患者角膜内皮细胞平均面积均较术前增加,且观察组高于对照组,密度均较术前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4　两组术后滤过泡形成和并发症发生情况比较　观察组患者功能型滤过泡形成率为 97.01%(65/67),高于对照组的 83.33%(45/54),差异有统计学意义($\chi^2 = 5.218$,$P = 0.022$)。两组术后角膜水肿、玻璃体出血、前房出血、虹膜损伤等并发症总发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 4　两组患者手术前后角膜内皮细胞平均面积、密度比较($\bar{x} \pm s$)

组　别	患眼(眼)	角膜内皮细胞平均面积(μm^2)		t	P	角膜内皮细胞密度(个/mm^2)		t	P
		术前	术后 6 个月			术前	术后 6 个月		
观察组	67	472.24 ± 47.21	584.69 ± 59.12	17.313	0.000	2259.34 ± 69.12	1403.22 ± 74.19	97.797	0.000
对照组	54	474.09 ± 52.63	527.92 ± 66.45	6.644	0.000	2264.27 ± 75.64	1627.34 ± 95.25	54.777	0.000
t	–	0.204	4.968	–	–	0.374	14.551	–	–
P	–	0.839	0.000	–	–	0.709	0.000	–	–

表 5　两组术后并发症发生情况比较[n(%)]

组　别	患眼(眼)	角膜水肿	玻璃体出血	前房出血	虹膜损伤	并发症发生率
观察组	67	3(4.48)	1(1.49)	1(1.49)	2(2.99)	7(10.45)
对照组	54	2(3.70)	1(1.85)	2(3.70)	1(1.85)	6(11.11)

注:两组并发症发生率比较,$\chi^2 = 0.014$,$P = 0.907$

3　讨论

3.1　青光眼是一种致盲性眼病,多发于高龄人群,患者可表现为眼压升高、视野缩小、视盘出现大且深的凹陷等视功能损伤[3]。眼压升高主要由房水循环障碍、房水外流受阻所造成,眼压升高的状态对眼球组织有较大伤害,持续越久,患者视功能损伤越严重[4]。原发性闭角型青光眼的主要致病原因是周边部虹膜机械性堵塞前房角而致房水循环受阻,眼压升高,瞳孔阻滞[5]。白内障为多种因素导致的晶状体代谢异常,表现出晶状体浑浊状态,进一步损伤视功能[6]。

3.2　青光眼合并白内障在高龄人群中较常见,单纯采用抗青光眼治疗对视力无显著改善效果,而单纯的白内障手术可能导致术后眼压升高,且部分患者眼压难以得到有效控制[7]。临床中,原发性青光眼合并白内障若采用分次手术的方法,先行青光眼手术,待眼压稳定后再实施白内障手术,可能导致白内障短期内快速发展,角膜内皮细胞丢失,视力急剧下降[8]。白内障超声乳化吸除 + 非球面人工晶状体置入 + 小梁切除术联合手术的优势在于,可在降低眼压的同时改善视力,减少术后浅前房的发生风险以及眼压波动风险[9]。联合手术包括同切口、双切口两种术式,根据既往研究,同切口术式在一个切口处实施三个手术操作,术后可能出现明显的滤过泡瘢痕化,进而影响眼压,且难以满足小梁切除术对长期滤过功能以及超声乳化吸除术对自闭性功能的要求[10-11]。本研究采取的双切口术式是在原理虹膜根部的透明角膜切口实施白内障超声乳化吸除,手术过程中可避免损伤虹膜和前房角,避开滤过区。

3.3　本研究对采用两种术式的患者进行回顾性分析发现,两组患者术后最佳矫正视力、眼压均较术前显著改善,但两组差异无统计学意义,且两组患者术后角膜水肿、玻璃体出血、前房出血、虹膜损伤等并发症总发生率差异亦无统计学意义,提示两种术式均可有效改善视力,降低眼压,疗效确切且安全。两者对于视力、眼压的改善效果无显著差异,考虑为本研究中纳入的患者由同一经验丰富的术者操作,术中可避免对滤过通道造成强烈刺激,故术后眼压均能得到有效控制。术后角膜水肿是一种常见的并发症,考虑可能原因:术中操作损伤角膜内皮细胞,致角膜内皮泵功能损伤;青光眼多伴随角膜细胞减少,手术造成内皮细胞进一步损失甚至出现角膜内皮代谢失常[12-13]。基于此,本研究于手术前后通过检测角膜内皮细胞形态、密度以评估内皮细胞愈合储备功能。研究结果显示,两组患者中央前房深度和房角开放度数均较术前提高,且观察组高于对照组;两组患者角膜内皮细胞平均面积均较术前增加,且观察组高于对照组,密度均较术前降低,且观察组低于对照组;观察组功能型滤过泡形成率高于对照组,提示双切口手术可进一步增加前房深度,且有助于减少角膜内皮细胞损失,术后滤过泡功能更好。分析双切口联合手术的优点是切口小,操作简单,手术中前房密闭稳定性佳,可减少对虹膜的刺激,降低瞳孔移位的风险[14]。在眼球不同方位进行手术操作,可减少相互影响,同时降低滤过口附近炎症反应及组织损伤;术中将浑浊的晶状体吸出,可增加前房深度,解除晶状体膨胀导致的瞳孔阻滞;不损伤球结膜,因此对滤过泡形成及功能无损伤[5]。

综上所述,双切口小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入手术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障改善视力、降眼压效果显著,可减少角膜内皮细胞损失,利于术后功能型滤过泡的形成,且并发症少,安全性好。

参考文献

[1] 汤代文,荣　瑜. 超声乳化白内障吸除人工晶状体植入联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床研究[J]. 临床眼科杂志,2017,25(4):339 – 341.

[2] 李帅飞,陈彬川,李佳佳,等. 圆钝超声乳化针头在白内障超声乳化吸除术中的应用[J]. 眼科,2017,26(2):79 – 83.

[3] 钟　珊,曾思明. 两种不同术式治疗原发性闭角型青光眼合并白

内障的疗效比较[J]. 中国临床新医学,2019,12(5):529 - 532.
[4] 孟如法. 双切口超声乳化白内障吸除、人工晶状体植入联合复合式小梁切除术治疗青光眼合并白内障的临床疗效[J]. 中国医师杂志,2020,22(1):131 - 133.
[5] 钟 珊,李 莉. 原发性急性闭角型青光眼行复合式小梁切除术后中央角膜厚度的变化观察[J]. 中国临床新医学,2017,10(6):509 - 511.
[6] 张永康,秦 莉,康前雁,等. 超声乳化联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床研究[J]. 现代生物医学进展,2017,17(19):3685 - 3689.
[7] 汪 涛,颜 华. 超声乳化联合前房角分离术对伴有白内障的闭角型青光眼角膜内皮细胞的影响[J]. 国际眼科杂志,2016,16(11):2142 - 2144.
[8] 李自圆. 超声乳化人工晶状体植入联合房角分离术在闭角型青光眼合并白内障中的治疗意义[J]. 检验医学与临床,2017,14(7):957 - 959.
[9] 李 燕,汪 亮,李 娟,等. 两种联合手术方式治疗急性闭角型青光眼合并白内障的疗效比较[J]. 国际眼科杂志,2018,18(6):1072 - 1076.
[10] 赵 燕,常英霞,熊朝晖,等. 三联手术治疗闭角型青光眼合并白内障疗效分析[J]. 河北医药,2019,41(14):2126 - 2129.
[11] 段文静. 双切口小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入术治疗青光眼合并白内障[J]. 国际眼科杂志,2017,17(3):544 - 546.
[12] Almobarak FA, Alharbi AH, Morales J, et al. The influence of phacoemulsification on intraocular pressure control and trabeculectomy survival in uveitic glaucoma[J]. J Glaucoma, 2017,26(5):444 - 449.
[13] 黄亚琳,张 颖,吴 众,等. 超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床效果分析[J]. 河南外科学杂志,2018,24(3):44 - 45.
[14] Kandarakis AS, Kontadakis GA, Kandarakis SA, et al. Phacoemulsification in eyes with post-trabeculectomy choroidal detachment[J]. J Glaucoma, 2018,27(1):17 - 20.

[收稿日期 2020 - 06 - 18][本文编辑 韦所苏 韦 颖]

本文引用格式

刘 曦. 双切口小梁切除联合超声乳化人工晶状体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的效果分析[J]. 中国临床新医学,2021,14(9):911 - 915.

论著

GOLPH3 与 VEGF 在肺腺癌中的表达及其临床意义

臧志意, 魏小东

作者单位: 214044 江苏,安徽医科大学无锡临床学院
作者简介: 臧志意(1995 -),男,在读硕士研究生,研究方向:肺癌基础研究。E-mail:zangzhiyi0613@163.com
通信作者: 魏小东(1966 -),男,医学硕士,主任医师,研究方向:胸外科疾病的诊治。E-mail:552006953@qq.com

[**摘要**] **目的** 探讨高尔基体磷蛋白 3(GOLPH3)与血管内皮生长因子(VEGF)在肺腺癌中的表达及其临床意义。**方法** 收集安徽医科大学无锡临床学院 2015 年 1 月至 2017 年 6 月进行手术治疗的 66 例肺腺癌患者的临床病理资料,分析 GOLPH3 及 VEGF 表达与临床病理资料及患者预后的关系。**结果** GOLPH3 及 VEGF 在肺腺癌组织中的阳性表达率明显高于癌旁组织($P<0.05$)。Cox 回归分析显示 TNM 分期($HR=2.110$, 95% CI:1.048 ~ 4.250, $P<0.05$)、VEGF 高表达($HR=2.136$, 95% CI:1.039 ~ 4.391, $P<0.05$)及 GOLPH3 高表达($HR=2.239$, 95% CI:1.075 ~ 4.661, $P<0.05$)是影响患者生存率的独立危险因素。**结论** 在肺腺癌中 GOLPH3 与 VEGF 高表达,可能促进了肿瘤的发展及转移,并且提示较差的预后。TNM 分期、VEGF 高表达及 GOLPH3 高表达是影响患者生存率的独立危险因素。

[**关键词**] 肺腺癌; 高尔基体磷蛋白 3; 血管内皮生长因子; 预后
[**中图分类号**] R 734.2 [**文献标识码**] A [**文章编号**] 1674 - 3806(2021)09 - 0915 - 06
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2021.09.16

Expressions of GOLPH3 and VEGF in lung adenocarcinoma and their clinical significances *ZANG Zhi-yi, WEI Xiao-dong. Wuxi Clinical College of Anhui Medical University, Jiangsu* 214044, *China*

[**Abstract**] **Objective** To explore the expressions of Golgi phosphoprotein 3(GOLPH3) and vascular endothelial growth factor(VEGF) in lung adenocarcinoma and their clinical significances. **Methods** The clinicopathological data of 66 patients with lung adenocarcinoma who underwent surgical treatment from January 2015 to June 2017 in Wuxi