

# 探析胃癌患者接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术与开腹手术治疗的临床效果

杨海波 马睿景 昱

(固原市人民医院普通外科,宁夏 固原 756000)

**【摘要】目的:** 观察胃癌患者接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术与开腹手术治疗的临床效果分析。**方法:** 将在我院(2019年01月~2021年12月)收治以胃癌为诊断,并接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术治疗的患者总计30例为腹腔镜组,另选取同时间内的另接受开腹手术治疗的30例胃癌患者为开腹组。比较两组患者围手术期指标,术前、术后3d时的炎性指标及免疫指标,并评价治疗疗效。**结果:** 两组患者的术中淋巴结清扫个数及疗效相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。腹腔镜组患者术中出血量均少于开腹组,手术时间长于开腹组,而切口长度、首次排气、肠鸣音恢复、首次进食首次下地与住院时间明显短于开腹组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。在术后3d时两组的炎性指标较术前明显的提升,其中开腹组上升程度更明显,而免疫指标则较术前有所下降,其中开腹组下降程度更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 在胃癌患者中,无论接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术与开腹手术治疗,均可以在术后康复下顺利出院,虽然前者手术时间较长,但是术中切口较短,术中出血量较少,而术后恢复时间更短,降低术后炎性指标的提升程度,减少免疫指标下降的程度,效果更为理想。

**【关键词】** 胃癌患者;腹腔镜辅助;远端胃癌根治术;开腹手术;治疗效果

**【中图分类号】** R735.2

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1672-3783(2022)03-07-042-03

在恶性肿瘤中,胃癌是全球新发癌症发病率中位居第五位,也是最常见的癌症<sup>[1]</sup>。由于早期症状不典型,因此临床上接受手术治疗的胃癌患者多数为中期患者。对于此期的患者而言,手术治疗是目前的首选方案。传统开腹手术其获得的效果是有目共睹的,多学者认为<sup>[2-3]</sup>,大切口的手术可以获得更好的手术视野,对于术中淋巴结的清扫更彻底。而微创手术的开展,以其小切口、快恢复的效果获得了临床的认可。对于手术治疗的方向,腹腔镜辅助远端胃癌根治术(LADG)是目前的主流手术方法,但仍有学者认为术中视野受限对于淋巴结的清扫不彻底<sup>[4]</sup>。基于上述因素,回顾性分析我院收治不同手术治疗的胃癌患者,现报道如下;

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入标准<sup>[5]</sup>: 经术中/术后病理诊断为胃癌;知情同意。排除标准<sup>[6]</sup>: 大面积淋巴结转移;合并其他消化系统疾病、免疫及感染类疾病。在我院医学伦理委员会将在我院(2019年01月~2021年12月)收治以胃癌为诊断,并接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术治疗的患者总计30例为腹腔镜组,男20例,女10例,平均年龄( $49.36 \pm 3.88$ )岁,平清扫

范围7例D1,23例D2。另选取同时间内的另接受开腹手术治疗的30例胃癌患者为开腹组,男21例,女9例,平均年龄( $50.44 \pm 3.75$ )岁,平清扫范围8例D1,22例D2。对照基本资料( $p > 0.05$ )。经我院医学伦理委员会批准。

### 1.2 方法

腹腔镜组:行全身麻醉后在脐孔部位进行穿刺并建立人工CO<sub>2</sub>气腹,随后置入腹腔镜充分观察,明确患者的肿瘤位置、大小获得确定,并且在超声刀的作用下,明确肿瘤的情况,将胃周血管切断并充分清扫淋巴结部位。后在患者上腹部进行5cm切口,将网膜移除后切除胃组织,重建消化道。开腹组:行气管插管麻醉,上腹正中15至20cm切口,根据实际情况切除全胃,肠道吻合,清扫淋巴结。两组术后均置引流管,予抗炎治疗。

### 1.3 评价标准

比较两组患者围手术期指标,术前、术后3d时的炎性指标及免疫指标,并评价治疗疗效。围手术期指标主要包括了术中指标(出血量、术中淋巴结清扫个数、手术时间、切口长度)、术后指标(首次排气、肠鸣音恢复、首次进食时间)、恢复指标(首次下地时间及住院时间)。炎性指标及

免疫指标,免疫功能指标为 IgG、IgM、IgA,以酶联免疫法测定。炎性因子 C 反应蛋白 CRP、降钙素原 PCT、白介素-6IL-6。其中 IL-6 使用酶联免疫吸附法检测。免疫比浊法检测 CRP。PCT 采用 COBAS411 全自动电化学发光分析仪(罗氏公司,电化学发光法)进行检测。疗效评定标准<sup>[7]</sup>: ①显效,患者的临床症状基本消失,肿瘤直径显著减小; ②有效,患者的临床症状有所改善,肿瘤直径有所减小; ③无效,患者的临床症状未得到好转甚至恶化,肿瘤直径并无减小甚至增大。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

本项目应用统计学软件包 SPSS20.0 进行数据处理,以均数标准差表示计量资料,进行 t 检验;以百分数表示计数资料,进行卡方检验;检验水准设置为 0.05,当 p < 0.05 时提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术指标对照

两组患者的术中淋巴结清扫个数相比,差异无统计学意义(P > 0.05)。腹腔镜组患者术中出血量均少于开腹组,手术时间长于开腹组,而切口长度、首次排气、肠鸣音恢复、首次进食首次下地与住院时间明显短于开腹组,差异具有统计学意义(P < 0.05)。详见表 1。

表 1 两组患者围手术指标比较 (n=30, x̄ ± s)

组别	术中指标				术后指标			恢复指标	
	出血量 (ml)	术中淋巴结清扫个数(个)	手术时间 (min)	切口长度 (cm)	首次排气 (h)	肠鸣音恢复 (h)	首次进食 (h)	首次下地时间 (d)	住院时间(d)
腹腔镜组	136.96 ± 24.45	41.63 ± 11.07	237.63 ± 25.07	6.11 ± 1.35	15.75 ± 3.26	13.63 ± 2.85	18.23 ± 3.51	1.85 ± 0.22	10.63 ± 2.26
开腹组	242.86 ± 35.15	40.96 ± 7.01	209.15 ± 20.35	15.76 ± 2.29	27.69 ± 5.98	25.96 ± 4.42	28.96 ± 6.77	5.61 ± 1.49	12.33 ± 3.15
t	14.826	0.280	4.831	19.883	9.602	12.841	7.707	13.673	2.402
P	< 0.001	0.780	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.020

2.2 两组患者在术前、术后 3d 时的炎性指标及免疫指标比较

前明显的提升,其中开腹组上升程度更明显,而免疫指标则较手术前有所下降,其中开腹组下降程度更明显,差异有统计学意义(P < 0.05)。详见表 2。

两组患者在术前的炎性指标及免疫指标比较,差异无统计学意义(P > 0.05)。在术后 3d 时两组的炎性指标较术

表 2 两组患者在术前、术后 3d 时的炎性指标及免疫指标比较 (n=30, x̄ ± s)

组别	时间	免疫功能			炎症因子		
		IgG (g/L)	IgM (g/L)	IgA (g/L)	CRP (mg/L)	PCT (ng/mL)	IL-6 (pg/mL)
腹腔镜组	手术前	9.08 ± 0.81	1.21 ± 0.04	3.03 ± 0.08	39.34 ± 6.58	2.38 ± 0.83	73.22 ± 9.42
	术后 3d	8.32 ± 1.32	0.95 ± 0.26	2.52 ± 0.29	45.27 ± 8.01	3.23 ± 0.22	82.32 ± 5.38
开腹组	手术前	9.29 ± 1.02	1.23 ± 0.07	3.00 ± 0.10	38.03 ± 7.56	2.25 ± 0.76	71.57 ± 10.38
	术后 3d	7.06 ± 1.13	0.79 ± 0.35	2.14 ± 0.26	58.54 ± 7.11	3.68 ± 0.45	87.64 ± 3.71
t/P	手术前组间	0.883/0.381	1.359/0.180	1.283/0.205	0.716/0.477	0.633/0.529	0.645/0.522
t/P	术后 3d 组间	2.688/0.010	5.414/ < 0.001	9.286/ < 0.001	3.133/0.003	5.422/ < 0.001	4.595/ < 0.001
t/P	腹腔镜组组间	3.972/ < 0.001	2.010/0.049	5.344/ < 0.001	6.786/ < 0.001	4.921/ < 0.001	4.459/ < 0.001
t/P	开腹组组间	8.024/ < 0.001	6.752/ < 0.001	16.909/ < 0.001	10.824/0.001	8.868/ < 0.001	7.985/ < 0.001

2.3 两组手术疗效对照

0.05)。详见表 3。

两组患者的治疗疗效相比,差异无统计学意义(P >

表 3 两组手术疗效比较 [n,(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	11 (36.67)	18 (60.00)	1 (3.00)	29 (96.67)

开腹组	30	6 (20.00)	21 (70.00)	3 (10.00)	27 (90.00)
$\chi^2$					0.268
P					0.605

### 3 讨论

对于胃癌的治疗方案以手术为首选,目前已经获得临床学者的认可。而何种手术方式,则意见不同<sup>[8]</sup>。对于传统手术,支持点是手术视野清晰,可以准确的切除病变部位,彻底清扫淋巴结。且缺点是切口大、创伤大、术后恢复慢,尤其是对于中老年免疫能力较差者,其更是对机体的伤害性较大。而腹腔镜辅助远端胃癌根治术是目前主流的微创手术,支持点无外乎创口小、恢复快等,本文不再赘述<sup>[9]</sup>。学者对于此种手术治疗上,最大的争议就是对于术中淋巴结的清扫。而在本研究中,两组患者的术中淋巴结清扫个数及疗效相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。可见,两种手术均能获得较好的清扫淋巴结的个数及手术所获得的效果相比,并无明显的差异性。通过本研究数据可以看出,腔镜组患者术中出血量均少于开腹组,手术时间长于开腹组,而切口长度、首次排气、肠鸣音恢复、首次进食首次下地与住院时间明显短于开腹组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。上述结果与多学者研究结果相似,本文不再赘述。而针对于本文的研究指标上,在术后3d时两组的炎性指标较术前明显的提升,其中开腹组上升程度更明显,而免疫指标则较术前有所下降,其中开腹组下降程度更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。究其获得此结果的根本上的原因,由于在人体内的成熟B细胞在受到抗原的刺激后,可以较为迅速地合成并分泌特异性免疫球蛋白,从而可以达到清除病原体的效果。在机体受到损伤(包括手术器械伤)时,就会在一定程度上,获得抑制免疫球蛋白的合成效果,并过度消耗,造成了浓度下降,且下降指标的多少,取决于所受到的损伤越大<sup>[10]</sup>。由本结果可以看出,腔镜手术在手术效果上,其优势是绝对大于开腹手术。但在其他角度分析,腔镜手术对术者医术的要求相对较高,由于其仪器精细,造价不菲,因此不利于基层医院开展。对于上述情况综合考量,需要综合评定患者情况,选择手术治疗的方案,以获得最佳的效果。

综上所述在胃癌患者中,无论接受腹腔镜辅助远端胃癌根治术与开腹手术治疗,均可以在术后康复下顺利出院,虽

然前者手术时间较长,但是术中切口较短,术中出血量较少,而术后恢复时间更短,降低术后炎性指标的提升程度,减少免疫指标下降的程度,效果更为理想。

### 参考文献

- [1] 赵小军,王元杰,刘贵远,等.遵循相同原则的腹腔镜辅助与开腹胃癌根治手术的短期疗效比较[J].泰州职业技术学院学报,2020,20(1):120-124.
- [2] 关莉莉,李晓霞,李秀红.腹腔镜辅助胃癌根治术与开腹胃癌根治术治疗胃癌的效果比较[J].医药前沿,2019,9(34):98-99.
- [3] 廖建军.腹腔镜辅助与开腹胃癌根治术治疗胃癌的临床疗效对比[J].基层医学论坛,2020,24(11):1512-1513.
- [4] 谭成鼎.腹腔镜辅助远端胃癌根治术的临床疗效观察[J].中国医药指南,2020,18(6):55-56.
- [5] 郭国校,李全营,贺志宽.开腹与腹腔镜辅助小切口胃癌根治术治疗进展期胃癌的效果比较[J].中国实用医刊,2020,47(8):50-53.
- [6] 吴泽晖,刘刚,邢玉龙,等.“胃空肠”裤形吻合”在腹腔镜辅助远端胃癌根治术中的应用[J].中国微创外科杂志,2020,20(5):409-412.
- [7] 李盛波,郑勇斌,魏捷,等.腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌安全性与有效性的Meta分析[J].腹部外科,2019,32(1):45-49.
- [8] 李科.全腹腔镜与腹腔镜辅助远端胃癌根治术治疗胃癌的临床疗效[J].实用中西医结合临床,2020,20(15):39-40.
- [9] 苏维宏,侯利民.腹腔镜辅助远端胃癌根治术的疗效及术后并发症相关因素分析[J].安徽医学,2019,40(8):920-923.
- [10] 冯东升.腹腔镜辅助胃癌根治术手术效果及对炎性因子、肿瘤标志物水平的影响[J].现代肿瘤医学,2019,27(11):1953-1956.