



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.029  
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.029  
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(11):1636-1639.

· 临床报道 ·

# 进展期胃癌患者全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术效果研究

阴法文<sup>1</sup>, 尚磊<sup>2</sup>, 张传宝<sup>1</sup>

(1. 山东省肥城矿业中心医院 普通外科, 山东 肥城 271608; 2. 泰山医学院附属医院 普通外科, 山东 泰山 271000)

## 摘要

**目的:** 研究进展期胃癌患者全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术效果。

**方法:** 选择 2012 年 3 月—2014 年 3 月在接受手术治疗的进展期胃癌患者 100 例, 将患者分为观察组和对照组, 其中观察组采用全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术, 即腹腔镜辅助胃癌根治术, 共 50 例, 对照组采用开腹手术, 共 50 例。术后对所有患者进行随访, 将两组患者术后病理、并发症及生存状况等进行分析对比。

**结果:** 观察组手术出血量、首次下床活动时间、肛门排气时间、术后住院时间均优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者术后并发症情况比较, 观察组并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 两组患者手术病理结果比较, 淋巴结清扫数目和近切缘、远切缘距肿瘤的距离均差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 两组患者的术后生存情况比较, 观察组生存率略高于对照组, 无瘤生存率也略高于对照组, 差异不具有统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

**结论:** 全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术, 并发症发生率低、术后生存状况良好。

## 关键词

胃肿瘤 / 外科学; 进展期胃癌; 全胃切除术; D<sub>2</sub> 淋巴结清扫, 微创手术

中图分类号: R735.2

胃癌是一种目前全球高发的恶性肿瘤, 其中进展期胃癌在我国胃癌患者中高达 90%<sup>[1]</sup>。D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术与开腹切除术相比, 具有微创优势, 已经成为治疗进展期胃癌的常用手术方式<sup>[2]</sup>。目前, 关于 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术与开腹切除术两种手术方式的安全性和疗效比较的文献很多, 但缺乏临床研究<sup>[3]</sup>。本次研究中, 主要对进展期胃癌患者全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴结清扫微创手术效果进行分析, 报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择 2012 年 3 月—2014 年 3 月在我院接受手术治疗的进展期胃癌患者 100 例, 将患者分为观察组和对照组, 各组 50 例, 观察组采用全胃切除 D<sub>2</sub> 淋巴

结清扫微创手术, 对照组采用开腹手术。观察组: 男 27 例, 女 23 例; 年龄 31~51 岁, 平均年龄 ( $41.21 \pm 8.93$ ) 岁; 病程 3~27 年, 平均年龄 ( $9.13 \pm 2.14$ ) 年; 对照组: 男 26 例, 女 24 例; 年龄 32~50 岁, 平均年龄 ( $41.31 \pm 8.97$ ) 岁; 病程 3~27 年, 平均 ( $9.17 \pm 2.23$ ) 岁, 两组患者病理类型皆为良性。观察组肿瘤分化程度为高、中、低的患者分别为 10 例、11 例、29 例。两组患者年龄、病程、男女比例、肿瘤分化程度等差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**纳入标准:** (1) 术前进展期胃癌诊断明确; (2) 术前超声及 CT 检查无肝、肺、腹腔等远处转移。排除标准: (1) 患者术前胃癌大面积浆膜面受侵; (2) 患者术前胃癌远处转移。两组患者年龄、病程、男女比例、肿瘤分化程度等差异均无统计学意义, 具有可比性。

### 1.2 方法

对两组患者采用气管插管全麻, 其中观察组采用江苏新智源医学科技有限公司的全套数字腹腔镜器械和单孔腹腔镜套管, 在脐上方取  $< 40$  mm

收稿日期: 2015-06-09; 修订日期: 2015-10-17。

作者简介: 阴法文, 山东省肥城矿业中心医院主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 阴法文, Email: yinfawen1011@163.com

弧形切口, 置入导引器, 将收缩套导入腹腔, 然后卸掉导引器向外提拉收缩套和蓝环牵引条, 固定好外环。接腹气管。将腹腔镜插入固定 5 mm 通道, 进行操作。探查肝脏, 盆腔以及患者腹腔等, 定位肿瘤位置, 沿着横结肠的边缘超声刀离断胃网膜。使用血管夹将胃动静脉夹闭切断, 清扫淋巴结; 其次离断胃胰处, 胃左动静脉根部, 清扫淋巴结; 然后解剖肝脾处动脉, 清扫淋巴结, 本次手术清扫顺序与其他文献中的表述基本相同。对照组采用传统的开腹手术, 操作步骤严格按照文献<sup>[8]</sup>腹腔镜辅助下与开腹胃癌根治术治疗进展期远端胃癌临床对照研究的描述进行, 开腹组术前准备与对照组相同。

### 1.3 观察指标

观察两组患者术后的病理结果, 主要包括手术时间、手术出血量、首次下床活动时间、肛门排气时间和术后住院时间。以及两组患者的术后

并发症情况, 主要包括十二指肠残端瘘、腹腔感染、肺部感染和肠梗阻。最后通过随访, 记录两组患者的生存率。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 16.0 软件对数据进行统计学分析。计数资料数据用  $\chi^2$  检测, 计量数据资料用  $t$  检测, 采用 Log-rank 检验两组患者的术后生存情况,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的手术期情况比较

观察组手术出血量、首次下床活动时间、肛门排气时间、术后住院时间均优于对照组, 组间差异有统计学意义 (均  $P < 0.05$ ); 两组患者手术时间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) (表 1)。

表 1 两组患者的手术期情况比较

组别	手术时间 (min)	手术出血量 (mL)	首次下床活动时间 (d)	肛门排气时间 (d)	术后住院时间 (d)
观察组	193.2 ± 37.4	78.4 ± 77.9	2.5 ± 1.3	3.6 ± 1.1	11.8 ± 3.2
对照组	199.5 ± 42.8	200.2 ± 84.3	2.9 ± 1.2	4.1 ± 1.5	14.2 ± 4.8
$t$	1.080	4.851	4.850	4.856	4.901
$P$	0.201	0.018	0.019	0.014	0.010

### 2.2 两组患者的术后并发症情况比较

两组患者术后并发症情况比较, 腹腔感染观察组 1 例 (2.0%), 对照组 4 例 (8.0%); 肺部感染观察组 5 例 (10.0%), 对照组 14 例 (28.0%); 肠梗阻观察组 2 例 (4.0%), 对照组 9 例 (18.0%); 组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) (表 2)。

表 2 两组患者的术后并发症情况比较 [ $n$  (%) ]

组别	十二指肠 残端瘘	腹腔感染	肺部感染	肠梗阻
观察组	1 (2.0)	1 (2.0)	5 (10.0)	2 (4.0)
对照组	1 (2.0)	4 (8.0)	14 (28.0)	9 (18.0)
$\chi^2$	0.489	5.021	4.856	5.129
$P$	2.358	0.009	0.015	0.007

### 2.3 两组患者的手术病理情况比较

两组患者手术病理结果比较, 淋巴结清扫数目和近切缘、远切缘距肿瘤的距离相比, 差异无统计学意义 (均  $P > 0.05$ ) (表 3)。

表 3 两组患者的手术病理情况比较

组别	近切缘 (cm)	远切缘 (cm)	淋巴结清扫数目 (枚)
观察组	4.9 ± 1.1	4.5 ± 0.6	28.6 ± 7.4
对照组	5.1 ± 0.8	4.6 ± 0.7	27.1 ± 6.0
$\chi^2$	1.602	1.683	1.726
$P$	0.108	0.094	0.081

### 2.4 两组患者的术后生存情况比较

Log-rank 检验结果表明, 两组患者的术后生存情况比较, 观察组 1、3、5 年生存率 55.8%、54.3%、53.8%, 对照组 1、3、5 年生存率 54.5%、53.5%、51.8%。观察组生存率略高于对照组, 无瘤生存率也略高于对照组, 差异不具有统计学意义 (均  $P > 0.05$ )。

## 3 讨论

胃癌分为早期胃癌和进展期胃癌, 进展期

胃癌是指癌组织浸润已经达到肌层或浆膜层。临床上表现为消化道出血,且患者常为黑便<sup>[4]</sup>。在我国,进展期胃癌的发病率在胃癌患者中高达90%<sup>[5]</sup>。关于进展期胃癌的手术治疗也引起临床上的重视<sup>[6]</sup>。目前临床上较为广泛是手术治疗方式主要有腹腔镜治疗和开腹治疗两种,选择恰当的手术方式能够帮助患者尽快恢复并且减少伤痛<sup>[7-8]</sup>。由于腹腔镜具有独特的照明技术和视角,一方面可以放大更精细的神经和血管结构,使医疗人员更加充分的进行D<sub>2</sub>淋巴结清扫<sup>[9-10]</sup>;另一方面,医疗人员通过清洗的放大镜像和长期的学习,能够达到开腹手术的淋巴结清扫程度<sup>[11]</sup>。因此腹腔镜治疗进展期胃癌越来越受到临床医者的重视。

目前,关于D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术与开腹切除术两种手术方式的安全性和疗效比较的文献很多,但缺乏临床研究<sup>[12-13]</sup>。本资料中,主要对进展期胃癌患者全胃切除D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术效果进行分析,手术出血量、首次下床活动时间、肛门排气时间、术后住院时间是手术有效性评估的几个重要指标。有研究<sup>[14]</sup>表明,D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术具有明显的学习曲线。由于进展期胃癌患者全胃切除D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术操作难度大,因此,D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术与开腹手术相比,在手术时间上基本相同,没有明显的优势。有研究<sup>[15]</sup>表明,为研究D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术的术后并发症情况,有日本学者总结了1 000余例胃癌手术患者的资料,其中D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术术后并发症发生率小于10%。远远低于相关报道中开腹手术的术后并发症发生率。D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术具有明显的微创优势,不但减少了手术本身对患者机体的创伤,术后并发症发生率明显低于开腹手术。淋巴结的复发转移是评价胃癌患者术后生存质量的重要指标,因此淋巴结的清扫越彻底,患者的术后恢复情况越好,本资料中,微创组的清扫程度与开腹组基本一致,说明两种手术方式都是有效治疗进展期胃癌的临床手段。在本资料中,全胃切除D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术在无瘤生存率的比较中没有明显优势,这可能是由于两种手术方式都能够有效地切除病灶,因此微创手术并不能从根本上提高患者的无瘤生存率。但是微创手术能明显减轻患者术后并发症,提高患者的生存质量,患者术后恢复快,可以比开腹组更早的

开展辅助化疗、放疗等综合性的治疗。由于D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术对患者免疫系统的损伤很小,因此理论上微创手术能够在一定程度上提高患者的远期生存率。笔者认为,进展期胃癌行腹腔镜根治手术不仅安全可行、而且具有满意的微创效果。进展期胃癌行腹腔镜根治手术的微创优势已逐渐得到认可,而远期生存有待于我们继续随访。

综上所述,全胃切除D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术具有安全和恢复快等优点,并发症及生存状况等均优于开腹手术。

#### 参考文献

- [1] 黄江龙,卫洪波,郑宗珩,等.进展期远端胃癌腹腔镜与开腹根治术的对照研究[J].中华胃肠外科杂志,2012,15(6):615-617.
- [2] 郑朝旭,郑荣寿,陈万青.中国2009年胃癌发病与死亡分析[J].中国肿瘤,2013,22(5):327-332.
- [3] 曹永宽,刘立业,罗国德,等.手助腹腔镜行胃癌D<sub>2</sub>根治术的手术安全与技术路径探讨[J].中国普通外科杂志,2012,21(4):373-376.
- [4] 张振翼,秦瑞峰,袁增江,等.进展期胃癌腹腔镜D<sub>2</sub>根治术的临床分析[J].中国医药导报,2012,9(34):46-47.
- [5] 冯志强,张洪义,肖梅,等.423例肝血管瘤切除术围术期因素回顾性分析[J].中国医药导报,2012,9(9):65-67.
- [6] 黄昌明,陆俊.腹腔镜胃癌手术相关并发症防治[J].中国实用外科杂志,2013,33(4):298-301.
- [7] 陈小勋,黄顺荣,张兆明.进展期胃癌腹腔镜根治术的临床经验[J].中华普通外科杂志,2013,28(6):413-416.
- [8] 董峰,牛跃平,孙培春,等.腹腔镜辅助下与开腹胃癌根治术治疗进展期远端胃癌临床对照研究[J].中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(5):457-459.
- [9] Jiang L, Yang KH, Guan QL, et al. Laparoscopy-assisted gastrectomy versus open gastrectomy for resectable gastric cancer: an update meta-analysis based on randomized controlled trials[J]. Surg Endosc, 2013, 27(7):2466-2480.
- [10] Viñuela EF, Gonen M, Brennan MF, et al. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials and high-quality nonrandomized studies[J]. Ann Surg, 2012, 255(3):446-456.
- [11] Hamabe A, Omori T, Tanaka K, et al. Comparison of long-term results between laparoscopy-assisted gastrectomy and open gastrectomy with D<sub>2</sub> lymph node dissection for advanced gastric cancer[J]. Surg Endosc, 2012, 26(6):1702-1709.
- [12] Lee JH, Lee CM, Son SY, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: long-term oncologic results[J].

Surgery, 2014, 155(1):154-164.

14(12):e535-547.

- [13] Kim HI, Hur H, Kim YN, et al. Standardization of D2 lymphadenectomy and surgical quality control (KLASS-02-QC): a prospective, observational, multicenter study [NCT01283893][J]. BMC Cancer, 2014, 14:209. doi: 10.1186/1471-2407-14-209.
- [14] Park do J, Han SU, Hyung WJ, et al. Long-term outcomes after laparoscopy-assisted gastrectomy for advanced gastric cancer: a large-scale multicenter retrospective study[J]. Surg Endosc, 2012, 26(6):1548-1553.
- [15] Shen L, Shan YS, Hu HM, et al. Management of gastric cancer in Asia: resource-stratified guidelines[J]. Lancet Oncol, 2013,

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 阴法文, 尚磊, 张传宝. 进展期胃癌患者全胃切除D<sub>2</sub>淋巴结清扫微创手术效果研究[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(11):1636-1639. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.029

Cite this article as: YIN FW, SHANG L, ZHANG CB. Effect of minimally invasive total gastrectomy and D<sub>2</sub> lymph nodes dissection for advanced gastric cancer[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(11):1636-1639. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.029



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.030

http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.11.030

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(11):1639-1640.

## · 病案报告 ·

## 桥本氏病伴甲状腺腺脂肪瘤 1 例

王林娜<sup>1</sup>, 刘义粉<sup>2</sup>, 侯素平<sup>1</sup>, 张晓娟<sup>1</sup>, 孙晓玲<sup>1</sup>, 张清泉<sup>1</sup>

(河北省衡水市哈励逊国际和平医院 1. 病理科 2. 普通外科, 河北 衡水 053000)

**关键词** 甲状腺肿瘤; 桥本病; 脂肪瘤; 病例报告  
**中图分类号**: R736.1

**患者** 女, 53岁。主因体检发现颈部肿物于2015年3月8日入院。发病以来无发热、心悸、多食消瘦等症状。专科检查: 双侧甲状腺稍增大, 右侧甲状腺触及2个肿物, 大者约1.5 cm × 1 cm × 1 cm, 质中, 边界尚清, 随吞咽上下移动, 无压痛, 未触及颈部肿大淋巴结。B超示: 双侧甲状腺稍大, 甲状腺右叶见多个低回声结节, 大者10 mm × 7 mm。同位素检查 T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、TSH、FT<sub>3</sub>、FT<sub>4</sub>

未见异常。颈丛麻醉下行双侧甲状腺部分腺叶及肿物切除术。

病理大体检查: 左侧甲状腺组织大小4 cm × 2 cm × 1 cm, 灰红色, 切面灰红色, 质中; 右侧甲状腺组织大小6 cm × 3 cm × 2 cm, 灰白、灰红色, 切面见2个肿物, 大者大小1 cm × 0.8 cm × 0.8 cm, 肿物切面淡黄色, 质软, 油腻感, 边界清; 小者大小0.8 cm × 0.6 cm × 0.6 cm, 切面

灰白、灰红色, 质中。镜下: 甲状腺组织内见淋巴细胞浸润并淋巴滤泡形成, 甲状腺滤泡上皮细胞较小且广泛嗜酸性变; 右侧甲状腺肿物大者由成熟脂肪组织及呈桥本氏病改变的滤泡构成, 边界清, 无纤维包膜(图1)。小者由较小甲状腺滤泡增生形成, 有完整的纤维包膜。病理诊断: 双侧甲状腺桥本氏病伴右侧甲状腺腺脂肪瘤及滤泡性腺瘤。

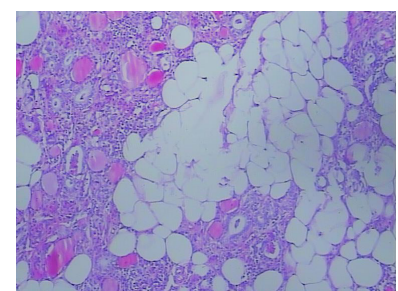
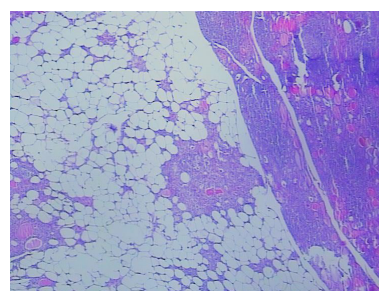


图1 肿瘤由成熟脂肪组织及呈桥本氏病改变的滤泡构成, 边界清, 无纤维包膜(HE × 100)

收稿日期: 2015-03-31;

修订日期: 2015-04-25。

**作者简介**: 王林娜, 河北省衡水市哈励逊国际和平医院主治医师, 主要从事消化系统肿瘤方面的研究。

**通信作者**: 王林娜, Email: 563132953@qq.com

**讨论** 甲状腺腺脂肪瘤是甲状腺罕见的良性肿瘤,国内仅见个别报道<sup>[1-3]</sup>,该病好发于女性,可发生于任何年龄,主要临床表现为甲状腺缓慢增大的肿块,有时也可体检发现<sup>[4-5]</sup>。甲状腺穿刺时,若发现由脂肪组织及甲状腺滤泡结构构成时,应该考虑到本病<sup>[6]</sup>。诊断主要靠术后病理。病理大体上表现与其他脂肪瘤类似,表现为淡黄色结节,有油腻感,边界清;镜下由成熟的脂肪组织及甲状腺滤泡构成。

甲状腺内脂肪组织的来源还不清楚,部分学者<sup>[7]</sup>认为是甲状腺发生时脂肪滞留导致,还有学者<sup>[8]</sup>认为是由成纤维细胞在慢性缺氧条件下化生而来。本例甲状腺腺脂肪瘤组织与周围甲状腺组织分界清,无纤维性包膜;且瘤组织是由成熟脂

肪组织及呈桥本氏病改变的甲状腺滤泡构成,更支持第一种学说。而第二种学说可能与甲状腺内弥漫性脂肪浸润有关。关于治疗,若合并其他甲状腺疾病,可综合考虑,行甲状腺次全或全切术;若仅为单纯发生的肿瘤,考虑甲状腺腺脂肪瘤时,则行肿物切除术即可。

#### 参考文献

- [1] 陈传波,马明德,吴江,等. 甲状腺腺脂肪瘤一例[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(26):1872.
- [2] 郝俊梅,王威. 甲状腺腺脂肪瘤1例[J]. 诊断病理学杂志, 2007, 14(6):414-422.
- [3] 尹大龙,刘连新,田蓝天,等. 结节性甲状腺肿伴甲状腺脂肪瘤1例[J]. 中国实用外科杂志, 2008, 28(5):335.
- [4] Gupta A, Mathur S K, Batra C, et al.

Adenolipoma of the thyroid gland[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2008, 51(4):521-522.

- [5] Vellozo A, Manita I, Coelho C, et al. Thyroid adenolipoma[J]. Acta Med Port, 2010, 23(2):277-280.
- [6] Kim HS, Yun KJ. Adenolipoma of the thyroid gland: report of a case with diagnosis by fine-needle aspiration cytology[J]. Diagn Cytopathol, 2008, 36(4):253-256.
- [7] Schröder S, Böcker W. Lipomatous lesions of the thyroid gland: a review[J]. Appl Pathol, 1985, 3(3):140-149.
- [8] Ge Y, Luna MA, Cowan DF, et al. Thyrolipoma and thyrolipomatosis: 5 case reports and historical review of the literature[J]. Ann Diagn Pathol, 2009, 13(6):384-389.

(本文编辑 姜晖)

## 欢迎订阅《中南大学学报(医学版)》

《中南大学学报(医学版)》原名《湖南医科大学学报》,创刊于1958年,为教育部主管、中南大学主办的医药卫生类综合性学术期刊。该刊已被美国医学文献分析和联机检索系统(Medline, Pubmed)及其《医学索引》(IM)、荷兰《医学文摘》(EM)、美国《化学文摘》(CA)、WHO西太平洋地区医学索引(WPRIM)、中国科学引文数据库(核心库)(CSCD)等国内外多家重要数据库和权威文摘期刊收录;是中国科技论文统计源期刊、中文核心期刊及中国期刊方阵“双效”期刊;为“第2届、第3届中国高校精品科技期刊”、“2008年中国精品科技期刊”和湖南省“十佳科技期刊”。

本刊为月刊,国际标准开本(A4幅面),每月月末出版。内芯采用进口亚光铜版纸印刷,图片彩色印刷。定价20元/册,全年240元。国内外公开发售。国内统一刊号:CN43-1427/R,国际标准刊号:ISSN 1672-7347;国内邮发代号:42-10,国外邮发代号:BM422;欢迎新老用户向当地邮局(所)订阅,漏订或需增订者也可直接与本刊编辑部联系订阅。

地址:湖南省长沙市湘雅路110号湘雅医学院75号信箱 邮编:410078

电话:0731-84805495, 0731-84805496 传真:0731-84804351

Email: xyxb2005@vip.163.com, xyxb2005@126.com

Http://www.csumed.org; www.csumed.com; www.csumed.net

http://xbyx.xysm.net

中南大学学报(医学版)编辑部