



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.030
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4085.shtml

· 临床报道 ·

腹腔镜辅助全胃切除术与开腹全胃切除术 治疗胃癌的疗效及早期预后比较

张衍胜, 高翔宇

(枣庄矿业集团枣庄医院 外一科, 山东 枣庄 277100)

摘要

目的: 比较分析腹腔镜辅助全胃切除术与传统的开腹全胃切除术两种手术方法对胃癌患者的治疗及早期预后的效果。

方法: 比较分析行全胃切除术的胃癌患者 90 例临床资料, 其中腹腔镜辅助全胃切除术患者 48 例(腹腔镜组), 开腹全胃切除术 42 例(开腹组)。

结果: 腹腔镜组手术时间、手术切口长度、胃肠道功能恢复、排气时间、术后恢复时间、术后并发症发生率均优于开腹组 ($P < 0.05$); 腹腔镜组与开腹组淋巴结清扫数量无统计学差异 ($P > 0.05$)。

结论: 腹腔镜全胃切除术和传统开腹切除术都具有良好效果, 但是腹腔镜下全胃切除术微创的手术方式手术时间短、术中出血量小、住院时间缩短、疗效确切、早期预后良好, 与传统开腹全胃切除术比较具有优势。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(10):1447-1449]

关键词

胃肿瘤 / 外科学; 胃切除术 / 方法; 全胃切除术, 腹腔镜

中图分类号: R735.2

胃癌是临床中常见的恶性肿瘤之一, 患病率逐年上升, 近年由于微创技术的发展, 腹腔镜辅助全胃切除术广泛应用于临床中。笔者选取 2010 年 1 月—2013 年 9 月入院的胃癌患者 90 例, 对比腹腔镜下全胃切除术和传统开腹全胃切除术的疗效及预后, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

根据患者意愿选择手术方式。腹腔镜辅助全胃切除术患者 48 例(腹腔镜组), 男 27 例, 女 21 例; 平均年龄 (58.2 ± 11.2) 岁。开腹全胃切除术 42 例(开腹组), 男 28 例, 女 14 例, 平均年龄 (55.2 ± 12.1) 岁。两组患者一般资料比较无统计学差异 ($P > 0.05$) (表 1)。

1.2 手术方法

两组患者均通过气管插管与吸入式复合麻醉。腹腔镜组采取分腿平卧姿势, 腹部采用五孔法置入穿刺套管, 脐下方切口气腹压力维持在 1.3~1.6 kPa, 置入腹腔镜。使用超声刀分离大网膜, 充分游离胃网膜左、右动静脉和胃左、右动静脉根部, 依次切除大网膜, 切断胃网膜右血管, 暴露食管裂孔及腹部食管, 并清扫胃大弯侧淋巴结。打开肝十二指肠韧带被膜, 显露胃十二指肠动脉、肝总动脉、肝固有动脉和门静脉, 清扫淋巴结; 离断胃右动脉根部, 用腹腔镜切割缝合器离断十二指肠球部, 检查十二指肠残端完整无出血, 提起切断之胃, 继续切除小网膜, 向上处理食管并清扫淋巴结^[1]。之后于剑突下 4 cm 正中切口, 将胃拉出体外作远端胃大部切除, 常规行食管空肠吻合及布朗氏吻合^[2]。依次缝合上腹壁小切口, 重建气腹并冲洗, 置腹腔引流管于上腹部。分层缝合各穿刺孔。开腹组于上腹部正中切口, 实施常规手术方式, 常规吻合并放置引流管^[3]。

收稿日期: 2014-04-15; 修订日期: 2014-09-09。

作者简介: 张衍胜, 枣庄矿业集团枣庄医院副主任医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 张衍胜, Email: 2542704087@qq.com

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别		平均年龄 (岁)
		男	女	
开腹组	42	28	14	55.2 ± 12.1
腹腔镜组	48	27	21	58.2 ± 11.2
P		>0.05		>0.05

1.3 观察指标

详细记录手术时间、术中出血量、手术切口长度等手术指标；术后对患者的肠道排气时间、进食时间、住院天数、手术并发症等术后指标进行记录分析。用以上数据的差异作为两种手术方式疗效评价的标准。

1.4 统计学处理

所有患者数据采用 SPSS 18.0 统计软件分析，数据以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 *t* 检验，计数

资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术指标比较

术中出血量腹腔镜组为 (123.3 ± 24) mL 明显少于开腹组的 (378.2 ± 43) mL ($P < 0.05$)；胃肠道功能的恢复时间腹腔镜组为 (3.4 ± 0.3) d，开腹组为 (4.4 ± 1.2) d；止疼药的使用次数腹腔镜组为 (1.5 ± 4.3) 次，开腹组为 (6.1 ± 2.3) 次；住院时间腹腔镜组为 (8.3 ± 0.2) d，开腹组为 (12.4 ± 0.7) d；以上指标两组比较，均有统计学差异 ($P < 0.05$)；两组清扫淋巴结数量无统计学差异 ($P > 0.05$) (表 2)。

表 2 手术指标比较

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	肠道恢复时间 (d)	止疼药次数 (次)	住院时间 (d)	清除淋巴结数 (个)
开腹组	42	246.2 ± 34.1	378.2 ± 43	4.4 ± 1.2	6.1 ± 2.3	12.4 ± 0.7	18.6 ± 2.2
腹腔镜组	48	197.1 ± 37.1	123.3 ± 24	3.4 ± 0.3	1.5 ± 4.3	8.3 ± 0.2	17.1 ± 3.3
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	> 0.05

2.2 术后并发症

开腹组术后出现吻合口瘘 1 例，手术切口不愈、感染 7 例，小肠梗阻 2 例，肺部感染 2 例，28.6%；腹腔镜组出现吻合口瘘 1 例，切口感染、

不愈 1 例，小肠梗阻 2 例，肺部感染 1 例，并发症发生率为 10.4%；两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 3)。

表 3 术后并发症

组别	n	吻合口瘘 (n)	切口不愈、感染 (n)	小肠梗阻 (n)	肺部感染 (n)	总发生率 (%)
开腹组	42	1	7	2	2	28.6
腹腔镜组	48	1	1	2	1	10.4
P		—	—	—	—	<0.05

3 讨论

我国癌症患者中患胃癌的比例较大，胃癌的病死率位于全球性疾病病死率的第 2 位，迄今为止外科全胃切除手术仍然是治愈胃癌的有效途径。自 20 世纪末内镜技术的进步使腹腔镜技术广泛应用于治疗恶性肿瘤手术上，并取得了较好的疗效与发展^[4]。由于肿瘤手术要求高，胃癌手术解剖层面多、淋巴清除范围广，且胃周血管丰富，在进行开腹手术时，手术时间长、出血量大。腹腔镜具有良

好的放大效果，镜下能清晰地观察到各解剖平面、病灶部位以及血管走行，有利于病灶切除及淋巴结的彻底清扫，并可以避免开腹手术引发的副损伤^[5-6]。腹腔镜手术要求术者具备熟练的操作技术、良好的心理素质和足够的耐心，助手准确的镜下定位并营造良好的术野，器械护士熟悉术中适合操作的各种腹腔镜器械^[7]。

在此次研究中，在医生和护士熟练掌握手术技巧的情况下，腹腔镜组患者的手术时间 (197.1 ± 37.1) min 明显短于开腹组的手术时间

(246.2 ± 34.1) min。腹腔镜开阔的手术视野以及超声刀应用使术中出血明显减少, 尤其在清扫淋巴结时, 利用超声刀进入间隙进行清扫, 具有整体性和层次性, 同时避免了对肿瘤挤压, 减少因肿瘤细胞脱落引起的腹腔种植。所以本次手术时间、术中出血量、胃肠道功能恢复时间、止痛药使用次数以及住院时间均较开腹组有明显优势, 同时清除淋巴结数量并无较大差异说明了腹腔镜下手术治疗胃癌的效果与开腹手术治疗胃癌的效果差异不大。这也证明了腹腔镜辅助全胃切除术对比传统的开腹全胃切除术具有创伤小、机体应激轻、恢复快等特点。同时并发症的发生减少, 但是手术的根治性是最为重要的, 腹腔镜全胃切除术应该在确保其根治性的前提下, 然后再提到微创性。如果遇到在腹腔镜下全胃切除手术过程中操作困难, 应该及时中转开腹治疗, 以此来确保根治性、减少并发症。综上所述, 笔者认为腹腔镜辅助全胃切除术与传统的开腹全胃切除术治疗胃癌患者的疗效相当, 具有较为良好的治疗效果, 但是腹腔镜辅助全胃切除术具有创伤轻、临床症状改善快、痛苦小的优势^[8-9], 同时并发症的发生率也显著减少^[10-11], 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张华平, 宫向前. 进展期胃癌腹腔镜 D2 根治术的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(9):1814-1816.
- [2] 邵月琴. 腹腔镜辅助下胃癌根治术的手术配合 [J]. 交通医学, 2011, 25(4):428-429.
- [3] 张亮, 李永翔. 进展期胃癌腹腔镜手术应用现状 [J]. 安徽医药, 2012, 16(5):684-686.
- [4] 曹永宽, 周均, 刘立业, 等. 手辅助腹腔镜与腹腔镜辅助胃癌

D2 根治术的临床对照研究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2012, 19(11):1208-1212.

- [5] Lee HW, Kim HI, An JY, et al. Intracorporeal anastomosis using linear stapler in laparoscopic distal gastrectomy: comparison between gastroduodenostomy and gastrojejunostomy[J]. J Gastric Cancer, 2011, 11(4):212-218.
- [6] Lee SW, Tanigawa N, Nomura E, et al. Benefits of intracorporeal gastrointestinal anastomosis following laparoscopic distal gastrectomy[J]. World J Surg Oncol, 2012, 10:267. doi: 10.1186/1477-7819-10-267.
- [7] 甄四虎, 侯会池, 王少文, 等. 腹腔镜辅助下进展期胃癌根治术 56 例分析 [J]. 解放军医药杂志, 2012, 24(3):32-34.
- [8] Chen QY, Huang CM, Lin JX, et al. Laparoscopy-assisted versus open D2 radical gastrectomy for advanced gastric cancer without serosal invasion: a case control study[J]. World J Surg Oncol, 2012, 10:248. doi: 10.1186/1477-7819-10-248.
- [9] Dulucq JL, Wintringer P, Stabilini C, et al. Laparoscopic and open gastric resections for malignant lesions: a prospective comparative study[J]. Surg Endosc, 2011, 19(7):933-938.
- [10] Hosono S, Arimoto Y, Ohtani H, et al. Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy[J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(47):7676-7683.
- [11] Dulucq JL, Wintringer P, Stabilini C, et al. Laparoscopic and open gastric resections for malignant lesions: a prospective comparative study[J]. Surg Endosc, 2012, 19(7):933-938.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 张衍胜, 高翔宇. 腹腔镜辅助全胃切除术与开腹全胃切除术治疗胃癌的疗效及早期预后比较 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(10):1447-1449. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.030
Cite this article as: ZHANG YS, GAO XY. Laparoscopic- assisted total gastrectomy and open total gastrectomy for gastric cancer: comparison of therapeutic efficacy and short-term prognosis[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(10):1447-1449. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.10.030