

〔文章编号〕 1007-0893(2021)01-0155-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.074

# 腹腔镜下不同淋巴结清扫术对 I ~ III 期胃癌的影响

谢 仁

(长垣县中医医院, 河南 长垣 453400)

〔摘要〕 **目的:** 研究分析腹腔镜下不同淋巴结清扫术对 I ~ III 期胃癌手术临床指标及术后并发症的影响。**方法:** 回顾性分析 2016 年 9 月至 2019 年 1 月于长垣县中医医院就诊的 I ~ III 期胃癌患者 100 例作为研究对象, 实施信封方式进行随机分组, 每组 50 例。分为腹腔镜下常规淋巴结清扫术的对照组和改良淋巴结清扫术的观察组, 比较两组患者的手术时间、住院时间、淋巴结送检数量、出血量以及术后并发症发生率。**结果:** 观察组患者的手术时间低于对照组, 淋巴结送检数量多于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者的术后并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 腹腔镜下改良淋巴结清扫术对 I ~ III 期胃癌患者的疗效确切, 能够有效缩短手术时间, 增加淋巴结的清扫个数, 安全性高。

〔关键词〕 胃癌; 腹腔镜术; 改良淋巴结清扫术

〔中图分类号〕 R 735.2 〔文献标识码〕 B

胃癌在临床上是一种常见的恶性肿瘤, 近年来胃癌的发病率和病死率不断增加, 且在各类恶性肿瘤中排列首位, 早期胃癌患者的治疗方法是手术根治术治疗, 但是传统开腹手术给患者带来的创伤较大, 术后恢复时间长<sup>[1]</sup>。近年来, 随着腹腔镜在临床上的不断发展和成熟, 早期胃癌患者应用腹腔镜下根治和淋巴结的清扫在临床上取得了良好效果, 但是腹腔镜下对淋巴结的清扫需要更高的要求 and 考验, 在基层医院不易开展<sup>[2]</sup>, 因此, 选择降低手术难度, 提高淋巴结清扫数量的方式尤为关键。在本研究中, 笔者就 100 例 I ~ III 期胃癌患者分组实施不同的腹腔镜治疗措施, 比较差异性, 详情如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2016 年 9 月至 2019 年 1 月于本院就诊的 I ~ III 期胃癌患者 100 例作为研究对象, 实施信封方式分为对照组与观察组, 每组 50 例。对照组患者中, 男性 32 例, 女性 18 例, 年龄 59 ~ 79 岁, 平均年龄 ( $64.36 \pm 1.83$ ) 岁, I 期胃癌患者有 13 例, II 期胃癌患者有 16 例, III 期胃癌患者有 21 例; 观察组患者中, 男性 30 例, 女 20 例, 年龄 56 ~ 75 岁, 平均年龄 ( $62.87 \pm 1.57$ ) 岁, I 期胃癌患者有 12 例, II 期胃癌患者有 14 例, III 期胃癌患者有 24 例; 两组患者的性别、胃癌分期和年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 100 例参与研究患者通过活组织病理检查在临床上诊断为胃癌; (2) 患者的年龄满 18 岁; (3) 影像学检查无远处转移的患者; (4) 患者知情同意本

研究。

1.2.2 排除标准 (1) 患有严重肺癌、肝癌等恶性肿瘤的患者; (2) 严重精神功能异常或者认知功能障碍的患者; (3) 腹腔镜手术有禁忌证的患者; (4) 妊娠期或哺乳期的女性<sup>[3]</sup>。

### 1.3 方法

两组患者手术的麻醉方式均是全身麻醉, 手术体位为仰卧位, 采用五孔法的腹腔镜术式, 在患者的脐下缘切开, 放置 12 mm 的 Trocar 作为观察孔, 建立二氧化碳气腹, 压力为 12 mmHg, 观察患者的腹腔有无积液、胃癌的肝转移或者腹膜种植, 随后确认胃癌的位置, 头抬高 15° 后, 在患者双侧腋前线肋缘下和锁骨中线脐平面上 2 ~ 3 cm 分别置入 Trocar。

1.3.1 对照组 采用常规的腹腔镜淋巴结清扫术治疗<sup>[4]</sup>。于患者上腹部正中部位剑突下方行手术创口, 创口大小为 6 ~ 7 cm, 应用蓝蝶式手助器, 于腹腔镜的辅助之下进入患者腹部, 查看病灶大小、所在部位等, 而后清扫患者淋巴结, 将病灶组织切除, 于直视情况下, 对患者局部再行淋巴结清扫术, 利用蒸馏水对手术视野热浴 20 min, 蒸馏水水温即 42 °C, 水量为 1000 mL, 为患者重新建立消化道, 并置入引流管, 关闭腹腔。

1.3.2 观察组 实施腹腔镜下改良淋巴结清扫术治疗, 首先沿肝脏下缘切断小网膜至贲门右侧, 在剑突右下方作荷包缝合并固定贲门右侧的小网膜后, 荷包缝合穿出位置为剑突左下方, 收紧缝线悬吊左肝, 然后依次清扫 No.4sb、No.4d、No.6 和 No.4d 淋巴结, 经胃后壁、胃胰纵襞右侧引

〔收稿日期〕 2020 - 09 - 10

〔作者简介〕 谢仁, 男, 主治医师, 主要研究方向是普通外科方向。

出小网膜，将束带将胃癌肿瘤在远近端打结，固定大网膜和胃壁，从而固定牵引胃部，清扫 No.8a、No.7 及 No.11p 淋巴结清扫，充分暴露脾静脉近心端后，钳夹根部将胃左动静脉的血流中断，进行 No.9 淋巴结的清扫，放下胃部后打开十二指肠球部上无血管窗，充分暴露胃右血管根部，夹闭胃右血管根部，清扫 No.5 和 No.12a 淋巴结；随后游离贲门右侧和胃小弯，清扫 No.1 和 No.3 淋巴结<sup>[5]</sup>。

#### 1.4 观察指标

记录两组患者的手术时间、住院时间、淋巴结送检数量、出血量以及术后并发症的发生率。其中，并发症包括肺部感染、淋巴瘘和肠梗阻<sup>[6]</sup>。

#### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，手术时间、住院时间、淋巴结送检数量和出血量等计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，术后并发症的发生率等计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者手术指标的比较

观察组患者的手术时间、住院时间和出血量均低于对照组，但仅手术时间与对照组比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术指标的比较 (*n* = 50,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 手术时间/min                    | 住院时间/d       | 出血量/mL        |
|-----|-----------------------------|--------------|---------------|
| 对照组 | 301.38 ± 46.83              | 10.02 ± 0.53 | 98.83 ± 17.93 |
| 观察组 | 259.36 ± 48.53 <sup>a</sup> | 9.91 ± 0.36  | 94.83 ± 16.83 |

与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

#### 2.2 两组患者淋巴结送检数量的比较

观察组患者的淋巴结送检数量为 (26.72 ± 5.83) 个，多于对照组的 (20.38 ± 4.36) 个，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

#### 2.3 两组患者术后并发症发生率的比较

观察组患者的术后并发症发生率比对照组低，但差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率的比较 (*n* = 50, *n* (%))

| 组别  | 肺部感染    | 淋巴瘘     | 肠梗阻     | 术后并发症   |
|-----|---------|---------|---------|---------|
| 对照组 | 2(4.00) | 1(2.00) | 1(2.00) | 4(8.00) |
| 观察组 | 1(2.00) | 2(4.00) | 0(0.00) | 3(6.00) |

### 3 讨论

胃癌发病的主要相关因素有遗传因素、吸烟饮酒、不良饮食习惯以及幽门螺杆菌感染等。肿瘤的发生部位在贲门部，患者的主要临床症状表现为剑突下不适、进食梗阻和吞咽困难等<sup>[7]</sup>。目前临床上治疗胃癌的主要措施是手术治疗、分子靶向治疗、化学治疗及放射治疗等，手术方式有腹腔镜手术与开腹手术<sup>[8]</sup>。早期胃癌是指患者肿瘤的位置位于黏膜及黏

膜下层未侵袭到肌层，不管有无淋巴结的转移。临床上早期胃癌患者通过手术治疗的临床疗效明显优于进展期胃癌患者的手术治疗效果。腹腔镜手术治疗早期胃癌患者具有疗效好和创伤小的优势，在世界范围内得到了广泛应用。但是胃的解剖结构复杂、术中涉及范围广<sup>[9-10]</sup>，腹腔镜下淋巴结清扫是手术的难点。腹腔镜下改良淋巴结的清扫方法具有优势，如悬吊肝脏和网膜的束带扎起能够充分暴露手术视野，有利于患者肿瘤和周围组织的游离，降低淋巴结清扫的难度；胃部翻动时通过夹持束带牵引有助于降低胃部的出血和医源性损伤的发生率；对肿瘤的远近端进行束扎能够预防肿瘤的扩散，降低复发率；每组淋巴结的清扫有具体的注意事项和要求，有利于淋巴结清扫的顺畅，有利于患者预后的改善<sup>[11]</sup>。

在腹腔镜手术中要注意悬吊肝脏的进出针位置在剑突下的两侧，小网膜打开时远离肝脏以及荷包线固定夹闭位置在贲门右侧，增加手术视野等<sup>[12]</sup>。本研究证实，实施改良淋巴结清除的治疗方法能够有效清除淋巴结，缩短手术时间，安全性高。

#### [参考文献]

- (1) 吴浩, 邹文斌, 刘枫, 等. 早期胃癌及癌前病变内镜下切除治疗现状及进展 (J). 中国实用内科杂志, 2014, 18(5): 530-538.
- (2) Kim KH, Kim MC, Jung GJ. Is the rate of postoperative complications following laparoscopy-assisted gastrectomy higher in elderly patients than in young patients (J). World J Surg Oncol, 2014, 12(1): 1-6.
- (3) 胡祥. 基于日本胃癌治疗指南 T 分类的胃癌外科治疗 (J). 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(2): 113-115.
- (4) 李彬. 腹腔镜辅助胃癌根治术和开腹手术治疗早期胃癌的效果对比 (J). 中国医药指南, 2014, 11(5): 94-95.
- (5) 英国和爱尔兰上胃肠道外科医师学会, 英国胃肠病学会和英国肿瘤外科学会. 食管癌和胃癌治疗指南 (J). 胃肠病学, 2012, 17(3): 173-175.
- (6) 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, 8(10): 1447-1448.
- (7) 田永静, 宝音升博尔, 王腾祺. 腹腔镜与传统开腹手术治疗早期胃癌的疗效及安全性对比分析 (J). 现代诊断与治疗, 2014, 25(23): 5458-5459.
- (8) 李敏哲, 沈荐, 杜燕夫, 等. 进展期胃癌腹腔镜辅助与开腹全胃 D2 根治术临床疗效的比较 (J). 中国微创外科杂志, 2017, 17(7): 589-593.
- (9) 徐菁, 魏启春. 局部晚期胃癌术后辅助放疗的价值 (J). 实用肿瘤杂志, 2018, 33(2): 112-115.
- (10) 陈学谦, 郭兰栓, 张惠卿, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗早期胃癌的术后近期生活质量的对比研究 (J). 中国现代普通外科进展, 2015, 18(4): 325-327.
- (11) Suda K, Nakauchi M, Inaba K, et al. Minimally invasive

surgery for upper gastrointestinal cancer: Our experience and review of the literature (J). World J Gastroenterol, 2016, 22(19): 4626-4637.

(12) 马沛. 比较腹腔镜下胃癌根治术与开腹胃癌根治术治疗早期胃癌患者的预后与生存率 (J). 中华临床医师杂志: 电子版, 2014, 13(2): 154-156.

(文章编号) 1007-0893(2021)01-0157-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.01.075

## 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于分娩镇痛的临床效果

易 兰

(息县人民医院, 河南 息县 464300)

**〔摘要〕** **目的:** 探讨腰麻及硬膜外麻醉联合应用于分娩镇痛的临床效果。**方法:** 抽取息县人民医院产科 2017 年 8 月至 2018 年 10 月收治的产妇 96 例作为研究对象, 回顾性分析产妇的临床资料, 以不同的麻醉措施作为分组依据, 将 96 例产妇分为对照组、观察组, 每组 48 例。对照组行硬膜外麻醉, 观察组行腰麻及硬膜外麻醉联合麻醉, 比较两组产妇麻醉起效时间与药物使用剂量、产程时间、疼痛评分等情况。**结果:** 观察组麻醉起效时间短于对照组, 且药物使用剂量少于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组疼痛评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组的第一产程、第二产程时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 腰麻及硬膜外麻醉联合应用于分娩镇痛中, 既可缩短麻醉起效时间、减少药物使用剂量, 又能缓解疼痛程度, 提高产妇满意度。

**〔关键词〕** 腰麻; 硬膜外麻醉; 分娩镇痛

**〔中图分类号〕** R 714.3 **〔文献标识码〕** B

分娩是女性最特殊的一种生理过程, 也是角色转变的一个过程。但在分娩时, 剧烈的疼痛感, 会使产妇出现心理与生理产生不同的反应, 从而影响分娩<sup>[1]</sup>。产科是医院最重要的一个科室, 随着人们生活水平的不断提高, 产妇分娩疼痛越来越受关注, 故如何减轻产妇分娩疼痛感, 对母婴具有积极作用<sup>[2]</sup>。此外, 分娩中的疼痛感会使产妇出现恐惧、害怕等心理, 进而增加剖宫产率, 因此, 给予科学有效的镇痛措施, 减轻产妇疼痛感, 对促使产程顺利进行有积极作用<sup>[3]</sup>。本研究针对腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床效果进行了评价, 详情报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基本资料

抽取本院产科 2017 年 8 月至 2018 年 10 月收治的产妇 96 例作为研究对象, 回顾性分析产妇的临床资料, 以不同的麻醉措施作为分组依据, 将 96 例产妇分为对照组、观察组, 对照组 ( $n = 48$ ) 年龄 21 ~ 36 岁, 平均年龄 ( $28.30 \pm 3.31$ ) 岁; 孕周 37 ~ 41 周, 平均孕周 ( $39.15 \pm 1.05$ ) 周, 其中经产妇 20 例、初产妇 28 例。观察组 ( $n = 48$ ) 年龄 22 ~ 37 岁, 平均年龄 ( $28.55 \pm 3.26$ ) 岁; 孕周 36 ~ 42 周, 平均孕周 ( $39.22 \pm 1.10$ ) 周,

其中经产妇 21 例、初产妇 27 例。两组产妇的平均年龄、平均孕周等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 宫缩力正常者; 头盆对称者; 单胎头位者; 有分娩镇痛要求者; 知情同意并自愿参与本研究。

1.1.2 排除标准 妊娠合并症者; 产前出血者; 麻醉药物禁忌证者; 合并心脑血管等严重原发性疾病者; 不愿参与研究者。

#### 1.2 方法

两组产妇入院后, 快速完善常规检查, 明确分娩适应证后, 均做好分娩准备。基于此, 两组产妇在宫口开到 3 cm 时实施镇痛。

1.2.1 对照组 行硬膜外麻醉: 于 L2 ~ L3 间隙实施硬膜外穿刺, 将外导管置入后, 于 0.9% 氯化钠注射液中加入芬太尼 (宜昌人福药业有限责任公司, 国药准字 H42022076) 0.2 mg 与罗哌卡因 (AstraZeneca AB, 批准文号 H20100103) 10 mg, 将其稀释为 100 mL 镇痛液, 第 1 次注入 6 mL 混合镇痛液, 对镇痛效果进行观察, 如无效, 在疼痛明显时增加 5 mL 疼痛液; 宫口开至 9 cm 时, 最后注射 1 次 8 ~ 10 mL 镇痛液<sup>[4]</sup>。

**〔收稿日期〕** 2020 - 09 - 03

**〔作者简介〕** 易兰, 女, 主治医师, 主要从事麻醉科工作。