

综上所述, 针对脑出血患者, 微创置管+尿激酶引流和脑室镜下血肿清除两种术式均能取得满意的血肿清除效果, 但脑室镜下血肿清除对改善患者预后、促进神经功能恢复和改善体内炎症因子水平更有利, 具有较高临床应用价值。另外, 本研究为回顾性研究, 以上两种术式的纳入病例较少, 且仅随访至术后 6 个月, 后续需大样本量、长期跟进研究。

[参考文献]

- [1] 刘晓红. 早期康复训练结合舒适护理对脑出血术后肢体功能及神经功能恢复情况的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2019, 38 (2): 262-265.
- [2] 江澈, 陈状. 脑出血微创手术治疗的现代观点 [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2016, 21 (4): 182-185.
- [3] 冯三平, 陈兴河, 韩志光, 等. 脑室镜辅助下经额入路清除高血压性基底节血肿的手术分析 [J]. 河北医药, 2018, 40 (18): 2801-2804.
- [4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑出血诊治指南 (2014) [J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (6): 435-444.
- [5] 高立威, 张文博, 于国渊, 等. 格拉斯哥昏迷量表和血浆瘦素联合预测脑出血预后的临床研究 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2013, 7 (16): 148-149.
- [6] 赵晓晶, 李群喜, 刘英, 等. 美国国立卫生院脑卒中量表评分与脑出血患者预后的相关性探讨 [J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47 (6): 712-714.
- [7] 范玉华, 姬晓芸, 蓝琳芳. 国内脑卒中临床试验疗效判断方法中改良 Rankin 评分的应用现状 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2015, 41 (7): 412-415.
- [8] 薛锋, 陈婷婷, 李佳. 钻孔内镜下微创手术对高血压脑出血患者血清去甲肾上腺素、5-羟色胺和神经功能的影响 [J]. 中国内镜杂志, 2022, 28 (3): 29-37.
- [9] 陈心乐, 孙玉琳, 应国政. 小骨窗脑室镜下血肿清除术用于高血压性脑出血临床效果分析 [J]. 中国基层医药, 2018, 25 (13): 1656-1659.
- [10] 沈有碧, 黄涛, 薛道金, 等. 两种不同环境中使用脑室镜手术清除脑室内血肿的效果比较 [J]. 广东医学, 2019, 40 (4): 580-583.
- [11] 曲志峰, 鲍艳春, 陈文理, 等. 常规开颅手术和脑室镜治疗硬膜下血肿的对比研究 [J]. 现代生物医学进展, 2015, 15 (7): 1313-1316.
- [12] 向成明, 周桂银, 侯小红, 等. microRNAs 对脑出血神经炎症损伤作用的研究进展 [J]. 山东医药, 2021, 61 (13): 90-92, 96.

[文章编号] 1007-0893(2024)02-0091-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.02.026

腹腔镜辅助和传统开腹手术在进展期胃癌根治术中的临床疗效比较

方宇亮¹ 陈贤庆^{1*} 郭少勇²

(1. 福州市中医院, 福建 福州 350000; 2. 福建医科大学附属第一医院, 福建 福州 350000)

[摘要] 目的: 比较腹腔镜辅助、开腹术式用于进展期胃癌有关根治术中的效果。方法: 选取福州市中医院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 60 例处在进展期胃癌患者, 结合不同术式分成对照组 (开腹根治术式) 和观察组 (腹腔镜辅助根治术式), 分别为 30 例患者, 比较两组患者不同术式下的手术及术后康复指标、并发症发生情况。结果: 观察组患者的切口长度适于对照组, 且术中失血量均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者排气恢复、下床活动、进食恢复及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 和开腹术式相比, 进展期胃癌患者在腹腔镜辅助下接受根治手术能减少手术创伤和并发症出现, 加快术后康复。

[关键词] 进展期胃癌; 腹腔镜手术; 开腹手术

[中图分类号] R 735.2 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-11-28

[作者简介] 方宇亮, 男, 副主任医师, 主要从事肿瘤外科工作。

[*通信作者] 陈贤庆 (E-mail: 1048659750@qq.com; Tel: 18649754997)

Comparison of Clinical Efficacy of Laparoscope-assisted and Traditional Open Surgery in Radical Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer

FANG Yuliang¹, CHEN Xianqing^{1*}, GUO Shaoyong²

(1. Fuzhou Traditional Chinese Medicine Hospital, Fujian Fuzhou 350000; 2. The First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fujian Fuzhou 350000)

[Abstract] **Objective** To compare the clinical efficacy of laparoscopic-assisted surgery versus traditional open surgery for radical gastrectomy in patients with advanced gastric cancer. **Methods** A total of 60 patients with advanced gastric cancer admitted to Fuzhou Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2021 to December 2021 were selected and divided into a control group (open surgery) and an observation group (laparoscopic-assisted surgery), with 30 patients in each group undergoing different surgical methods. The operation outcomes, postoperative rehabilitation indexes, and complications were compared between the two groups. **Results** The observation group had shorter incision lengths and less intraoperative blood loss than those in the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The time of exhaust recovery, first ambulation, eating recovery, and hospital stay were shorter in the observation group compared to the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). The observation group had a lower total incidence of complications than that in the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusions** Compared to open surgery, laparoscopic-assisted radical surgery for advanced gastric cancer can reduce surgical trauma and complications, and accelerate postoperative rehabilitation.

[Keywords] Advanced gastric cancer; Laparoscopic surgery; Open surgery

胃癌是临床一类常见恶性肿瘤，40~70岁人群是疾病高发群体，同时男性患病率处在较高水平^[1]。相关调查发现，世界范围内的胃癌患病率和死亡率处于第5位和第4位，虽然当前国内胃癌发病率和死亡率呈下降趋势，但受庞大的人口基数影响，每年仍有不少的新增胃癌患者^[2]。进展期胃癌指的是癌细胞到达胃壁肌层和浆膜层后方的胃癌，主要症状是腹部疼痛、体质量下降、食欲不振和呕血等，癌细胞易扩散到附近器官或者组织中，同时易经过腹腔中的淋巴结转移，未及时采取有效治疗措施控制病情进展，易演变成晚期胃癌，严重威胁患者的生命安全^[3]。胃癌根治术为胃癌唯一的根治方式，以往开腹胃癌根治术能将肿瘤组织有效清除，然而术中需要长时间暴露腹腔，会使感染风险升高^[4]。近些年来，伴随腹腔镜技术不断进步，其凭借创伤低、恢复快等优点逐渐被普及到临床，与医学界提倡的快速康复这一理念相符合^[5]。当前有关胃癌早期的腹腔镜术式效果和安全性已经得到临床高度认可，但有关胃癌进展期的腹腔镜术式依旧有一定争议。为此，本研究对处在进展期的胃癌患者采用腹腔镜辅助、开腹术式根治术治疗并比较二者的效果，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取福州市中医院2021年1月至2021年12月收治的60例处在进展期胃癌患者，结合不同术式分成对照组和观察组，分别为30例。对照组男性16例，女性14例；年龄40~78岁，平均 (62.35 ± 4.60) 岁；病程2~10个月，平均 (6.06 ± 1.80) 个月；体质量指数 $19.8 \sim 24.9 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，平均 $(21.25 \pm 1.04) \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ；肿瘤直径 $1.5 \sim 7.0 \text{ cm}$ ，平均

$(4.10 \pm 0.65) \text{ cm}$ ；肿瘤位置：胃底部10例，胃体部12例，胃窦部8例；TNM分期：I期12例，II期11例，III期7例。观察组男性17例，女性13例；年龄42~78岁，平均 (61.85 ± 5.34) 岁；病程3~11个月，平均 (6.10 ± 1.62) 个月；体质量指数 $19.9 \sim 25.0 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，平均 $(21.25 \pm 1.04) \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ；肿瘤直径 $1.6 \sim 6.8 \text{ cm}$ ，平均 $(4.22 \pm 0.58) \text{ cm}$ ；肿瘤位置：胃底部9例，胃体部11例，胃窦部10例；TNM分期：I期11例，II期11例，III期8例。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 术前结合胃镜、病理检查确诊是胃癌；(2) 无证据显示产生远处转移，就诊时是初诊，术前未开展放疗和靶向治疗等；(3) 均行全胃或者远端胃部根治切除术式；(4) 入院时神志清晰，能开展有效沟通；(5) 资料完整。

1.2.2 排除标准 (1) 存在其他的恶性肿瘤者；(2) 术前影像学发现存在其他位置转移征象者；(3) 术中发现有肿瘤腹腔内部播散或者远处转移者；(4) 腹腔镜中途转为开腹者；(5) 胃部穿孔、出血或者幽门梗阻等需紧急手术者；(6) 存在无法控制的高血压、房颤等手术禁忌者。

1.3 方法

1.3.1 观察组 在腹腔镜辅助下进行胃癌根治术式，术中行气管插管全麻，取平卧体位，经5孔法开展操作，脐部以下做1 cm长度切口为观察孔，经穿刺建立好 CO_2 气腹，将气腹压控制于 $13 \sim 15 \text{ mmHg}$ 范围内，于左侧肋缘下的2 cm与腋前线交界处做一切口为主操作孔，于左右双侧锁骨中线脐部以上2 cm、右侧肋缘与腋前线的

交界处做一切口为辅操作孔。进入到腹部后予以腹腔和盆腔探查，确定具体的病变位置不存在远处转移，明确胃部切除范围以及清扫淋巴结方案，对肿瘤进行完整切除，胃周清扫淋巴结需要严格按胃癌腹腔镜术式操作指南中的各项要求开展。术前经超声刀从横结肠中部仔细分离大网膜到小网膜囊位置，胰十二指肠浅筋膜深面予以分离处理，到达胃网膜右动静脉后将其充分切断后结扎，开展 No.6 组的淋巴结清扫处理。沿脾脏面分离获得胃短血管后予以切断和结扎，开展 No.4 组的淋巴结清扫。充分离断肝胃韧带的左侧直至贲门右侧，开展 No.1 和 No.3 组的淋巴结清扫。游离十二指肠，通过线性切割有关吻合器于幽门以下的 3 cm 处离断十二指肠，向左侧将胃部提起，离断冠状静脉，确保肝总动脉得到充分暴露，清扫 No.8a 组的淋巴结，在根部位置切断胃左动脉，确保脾动脉以及腹腔干被充分暴露，对 No.7、No.9 以及 No.11 组的淋巴结开展清扫处理。经吻合器吻合残胃食管或者空肠，留置腹腔内部引流管 1 根。

1.3.2 对照组 行开腹根治术式，术中同样行气管插管全麻，取平卧体位，于上腹正中做切口 1 个，术中依据实际情况合理延长切口，逐层切开到达腹腔位置，开展腹腔探查，确定肿瘤所处位置，余下分离、游离和吻合等各项操作均与观察组相同。

1.4 观察指标

(1) 手术指标：包含两组患者切口长度、术中失血量、清扫淋巴结数量及手术时长。(2) 康复指标：包含两组患者排气恢复、下床活动、进食恢复及住院时间。

(3) 并发症：包含肺部感染、切口感染、吻合口瘘、出血以及肠梗阻等。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术指标比较

观察组患者的切口长度短于对照组，且术中失血量少于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组患者清扫淋巴结数量、手术时长比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术指标比较 (*n* = 30, $\bar{x} \pm s$)

组别	切口长度 /cm	术中失血量 /mL	清扫淋巴结数量 /枚	手术时长 /min
对照组	14.28 ± 2.34	274.95 ± 62.30	18.64 ± 5.05	205.98 ± 34.14
观察组	5.24 ± 1.05 ^a	188.56 ± 50.34 ^a	17.80 ± 4.12	207.60 ± 32.60

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者康复指标比较

观察组患者排气恢复、下床活动、进食恢复及住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者康复指标比较 (*n* = 30, $\bar{x} \pm s$, *d*)

组别	排气恢复	下床活动	进食恢复	住院时间
对照组	4.75 ± 1.02	5.40 ± 1.14	6.70 ± 1.38	15.34 ± 3.18
观察组	2.94 ± 0.55 ^b	3.78 ± 0.80 ^b	4.36 ± 1.25 ^b	12.30 ± 2.65 ^b

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者并发症发生情况比较

观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况比较 [*n* = 30, *n*(%)]

组别	肺部感染	切口感染	吻合口瘘	出血	肠梗阻	总发生
对照组	1(3.33)	2(6.67)	2(6.67)	1(3.33)	2(6.67)	8(26.67)
观察组	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	2(6.67) ^c

注：与对照组比较，^c*P* < 0.05。

3 讨论

胃癌作为消化系统一类高发恶性肿瘤，其患病率在消化系统所有肿瘤中占比超过 50%，有着较高的死亡率^[6]。因疾病早期症状不够典型，常常会被忽视，确诊时常常已经发展到进展期或者晚期，对于处在进展期的胃癌患者，其癌细胞、淋巴结均处在高危转移阶段，病情演变至晚期的风险较高^[7]。因此，需尽早开展治疗，以延缓患者的病情发展，改善其预后。

进展期胃癌多经手术的方式进行治疗，以往行开腹术式操作较为便捷，效果理想，但会给机体带来较大创伤，术后很难恢复，使其在临床上的应用受限^[8]。本研究结果显示：观察组患者的切口长度短于对照组，且术中失血量少于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；观察组患者排气恢复、下床活动、进食恢复及住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，反映腹腔镜术式能减少手术创伤，加快术后的恢复进程。分析原因是术中置入腹腔镜后，能放大血管以及有关组织，以便术者进行各项操作，缓解不必要损伤引起的出血，促进术后恢复。观察组患者并发症总发生率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，这和寇吉平^[9]研究所得结果完全一致。考虑原因在于腹腔镜术式中需做的切口较短，术中无需使腹腔中组织长时间在空气中暴露，进而有助于减少组织感染出现；手术对腹部产生的损伤较小，能防止肠壁水肿以及腹腔内部出血，使肠梗阻发生减少；患者在术后能尽早下床活动，便于促进其切口愈合，减少切口感染出现；年龄较高的患者对于该类术式耐受度较高，能避免术后卧床时间过长导致肺部感染等一系列并发症^[10]。

综上所述,和开腹术式相比,进展期胃癌患者在腹腔镜辅助下接受根治手术能减少手术创伤和并发症出现,加快术后康复。但本研究还有一些不足的地方,如纳入的病例数量不多,未对实验室指标进行统计,且受时间限制未统计远期预后等指标,最终得到的结果有局限性,这些均需在日后做出进一步完善。

[参考文献]

[1] 胡茂,夏天,李腾腾,等.局部进展期近端胃癌新辅助化疗后腹腔镜与开腹手术安全性与近期疗效研究[J].中国肿瘤临床,2022,49(5):231-236.

[2] 程川兵,姚凯,江厚象,等.腹腔镜辅助和传统开腹手术在进展期胃癌根治术中的临床疗效对比[J].湖南师范大学学报(医学版),2022,19(1):88-91.

[3] 刘超,姬乐,白铁成.腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌的对比研究[J].延安大学学报(医学科学版),2021,19(3):41-48.

[4] 姚家虎,吴斌,吴申伟.腹腔镜辅助胃癌根治术与开放手

术治疗进展期胃癌患者的近期疗效及血清学检查结果比较[J].中国内镜杂志,2021,27(3):39-45.

[5] 黄惠.腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌患者的围手术期效果对比分析[J].中外医疗,2018,37(14):49-51.

[6] 赵玉军,江德军.腹腔镜辅助与开腹D2胃癌根治术对老年进展期胃癌治疗效果的研究[J].浙江创伤外科,2022,27(2):263-264.

[7] 曾汉民.腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌患者的围手术期效果对比观察[J].中外医学研究,2019,17(3):131-132.

[8] 郭智博.腹腔镜辅助D2胃癌根治术和开腹D2胃癌根治术治疗进展期胃癌的对比研究[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(2):24-26.

[9] 寇吉平.腹腔镜辅助进展期胃癌D2根治术与开腹手术近期疗效的临床对比[J].中国医疗器械信息,2018,24(10):34-35.

[10] 黄建平,闵珍.腹腔镜辅助D2式胃癌根治术对进展期胃癌患者术后康复及生活质量的影响[J].江西医药,2022,57(7):780-781,786.

[文章编号] 1007-0893(2024)02-0094-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.02.027

不同神经阻滞对膝关节镜下交叉韧带重建术患者镇痛效果比较

王超平 周旭 张继洛

(河南省洛阳正骨医院 河南省骨科医院,河南 郑州 450000)

[摘要] 目的:比较不同神经阻滞对膝关节镜下交叉韧带重建术患者镇痛效果。方法:选取2021年1月至2022年12月河南省洛阳正骨医院收治的128例行膝关节镜下交叉韧带重建术患者作为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和观察组,各64例。对照组行股神经阻滞,观察组行收肌管阻滞。比较两组患者手术一般情况、术后镇痛效果、术后膝关节功能恢复情况、股四头肌肌力及不良反应发生情况。结果:两组患者麻醉操作时间及阻滞成功率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者术后辅助镇痛率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者静息状态、被动运动状态、主动运动状态视觉模拟评分法(VAS)评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术前两组患者美国特种外科医院(HSS)膝关节评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后两组患者HSS评分均高于术前,且观察组高于对照组;观察组患者术后timed-up-and-go时间短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术前两组患者股四头肌肌力评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后两组患者股四头肌肌力评分均低于术前,但观察组高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。术后两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:膝关节镜下交叉韧带重建术患者行收肌管阻滞可有效降低术后辅助镇痛率,提高镇痛效果,并可改善患者膝关节功能且对股四头肌肌力影响较小。

[关键词] 交叉韧带重建;神经阻滞;膝关节镜

[中图分类号] R 68 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-11-19

[作者简介] 王超平,女,主治医师,主要研究方向是骨科麻醉。