

# 52 例全阻断(隔)胃癌根治术临床分析

周峰

(湖南省长沙市湖湘中医肿瘤医院 长沙 410000)

**摘要:**目的:对比不同胃癌根治术的疗效,探讨全阻断(隔)胃癌根治术临床应用的优劣。方法:选取我院 2008 年 1~6 月期间收治的 52 例给予全阻断(隔)根治术的胃癌患者设为实验组,选取同期采取传统根治术的 50 例胃癌患者设为对照组,对比两组术中状况以及术后不同时间段的存活率。结果:实验组手术所用时间相比对照组更长( $P<0.05$ ),但其住院所用天数与并发症发生率相比对照组却明显更低( $P<0.05$ );对照组相对实验组 1、3、5 年的存活率明显更低( $P<0.05$ )。结论:给予胃癌患者阻断(隔)根治术不仅操作简便且能更有效地控制癌细胞转移,相比传统根治术其并发症低,且 5 年内患者存活率较高,具有临床推广价值。

**关键词:**胃癌;全阻断(隔)胃癌根治术;传统胃癌根治术;疗效比较

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.019

胃癌是人类最常见的恶性肿瘤之一,在全世界具有较高的发病率和病死率,该病具有早期诊断率低、手术切除率低、病死率高等特点<sup>[1-2]</sup>。实施根治术是当前治疗该病的最主要手段,即便如此,患者五年期的生存率仍较低。肿瘤复发转移是引起患者最终死亡的主要原因<sup>[3]</sup>。因此,外科手术在继无菌原则后提出了无瘤原则,目的在于通过降低手术对肿瘤的触压而降低癌细胞的术中转移。我院本次对收治的 52 例胃癌患者实施了全阻断(隔)技术,与同期实施传统胃癌根治术的 50 例患者进行疗效比较,旨在观测其临床应用优势。现报告如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2008 年 1~6 月期间收治的确诊为胃癌的患者 102 例,男 56 例,女 46 例;年龄 23~79 岁,平均年龄(45.5±3.2)岁。所有病例均经病理组织细胞学证实分型,其中高、中、低分化腺癌分别为 32 例、28 例、26 例,黏液腺癌 10 例,印戒细胞癌 6 例。将给予全阻断(隔)根治术的 52 例胃癌患者设为实验组,同期采取传统根治术治疗的 50 例胃癌患者设为对照组。两组术前均行上消化道钡餐造影及 CT 增强扫描,明确肿瘤具体位置及胃周围脏器受累情况<sup>[4]</sup>。两组一般情况比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 实验组** 本组 52 例患者给予全阻断(隔)胃癌根治术。全麻并仰卧,常规铺巾与消毒。在患者上腹正中绕肚脐切一大口,自动拉钩充分显露术野,取电刀在小网膜与胃结肠韧带无血管部位进行锐性剥离以显露孔隙,自胃结肠韧带上胃远端的孔隙处置入直肠钳并进入小网膜囊,确保相邻两孔隙连线与肿瘤边缘距离超过 3 cm。肠钳从小网膜上胃远端的孔隙引出,并用肠钳将 90 cm 的关闭器引入此间隙,确定关闭线与肿瘤边沿距离超过 3 cm 后激发关闭器。注意进行该操作时尽量避免碰压肿瘤,并将胃

前后壁和阻隔膜均给予平行重复钉合。钉合完毕后顺着钉合线外围将多余的保护贴膜剪去,本组患者均给予 D2 淋巴结清扫。吻合胃肠道后于前壁开孔处近端关闭胃腔,胃切除范围大于肿瘤周围的关闭范围<sup>[5]</sup>。

**1.2.2 对照组** 本组 50 例实施传统胃癌根治术。全麻并仰卧,常规铺巾与消毒。在其上腹正中绕肚脐切一长约 20 cm 的口子,护皮并小心处理胃周围血管,均给予 D2 淋巴结清扫,在需切除的部位对肿瘤进行切除处理,重新建立消化道和置入引流管并关闭腹腔。

**1.3 观察指标** 观察两组手术与住院时间,以及并发症情况与不同时间段患者的存活率。

**1.4 统计学方法** 对经校对后的数据均输入计算机并通过 SPSS16.0 软件处理后组建数据库,将( $\bar{X} \pm S$ )与%作为计量、计数资料,行  $t$  与  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组手术、住院时间和并发症发生率比较** 实验组患者手术所用时间相比对照组更长( $P<0.05$ ),但其住院天数与并发症的发生率较对照组明显更低( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组手术、住院时间和并发症发生率对比 ( $\bar{X} \pm S$ ) 例(%)

组别	n	手术时间(min)	住院时间(d)	并发症
实验组	52	101.5±28.1	57.52±7.94	4(7.69)
对照组	50	73.2±26.3	68.40±4.61	13(26.00)
t、 $\chi^2$		5.8847	9.4419	6.15
P		<0.05	<0.05	<0.05

**2.2 两组不同时间段存活率对比** 对照组相比实验组不同时间段的存活率明显更低( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组不同时间段存活率对比 例(%)

组别	n	1 年生存	3 年生存	5 年生存
实验组	52	46(88.46)	31(59.62)	16(30.77)
对照组	50	35(70.00)	19(38.00)	7(14.00)
$\chi^2$		5.31	4.77	4.10
P		<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

胃癌当前最主要的治疗方式以手术治疗为首

推,但经随访发现根治手术后患者 5 年存活率仍很低。为进一步提高外科手术对胃癌患者的疗效,早在上世纪 50 年代起就有学者开始提出在对患者肿瘤部位接触前,先对其肠管远近端、肠段系膜血管进行结扎,目的在于降低肿瘤的扩散。据相关资料对 2 015 例直肠癌手术患者的回顾性研究中发现术前结扎肠腔能降低肿瘤的复发、提高患者存活率,这就为全阻断技术应用于胃癌手术提供了技术依据。最先提出胃癌阻断技术的是日本学者山岸久一,其技术关键点是术前在患者肿瘤远近端胃壁上各夹一血管阻断夹用以断绝肿瘤血供,从而达到预防癌细胞转移的目的。但因癌细胞的转移除血行转移外,还包括淋巴道转移、胃腔内与腹膜播散等方式,因此,采用纱布与血管阻断夹未能全部阻断癌细胞所有转移途径,再加上阻断夹体积较大影响手术操作,因此该技术的应用至今未能在临床上得到普及。

我院本次对实验组 52 例患者进行了全阻断(隔)胃癌根治术,先通过血管阻断夹隔绝患者肿瘤

与外界的联系,使之处于“孤立”状态以断绝癌细胞扩散,然后再切除肿瘤以避免后期操作对其碰压引起癌细胞转移。结果发现:实验组手术所用时间相比对照组更长( $P<0.05$ ),但其住院天数与并发症发生率相比对照组却明显较低( $P<0.05$ );对照组相比实验组 1、3、5 年的存活率明显更低( $P<0.05$ )。综上,给予胃癌患者阻断(隔)根治术不仅操作简便,而且能更有效地控制癌细胞的转移,相比传统根治术其并发症发生率低,且患者 5 年存活率较高,具有临床推广价值。

#### 参考文献

- [1]范金阳,孙培春.腹腔镜辅助近端胃癌根治术 48 例临床疗效分析[J].中国实用医刊,2014,41(9):66-67
- [2]严建宇,杨钦清,朱建民,等.影响胃癌根治术患者预后的相关因素分析[J].武警医学,2014,25(3):267-268,271
- [3]郭峰华,罗奋,茅翔,等.全阻断(隔)胃癌根治术与传统胃癌根治术的比较[J].复旦学报,2010,37(1):103-105,123
- [4]陈宏宇.腹腔镜胃癌根治术 71 例临床分析[J].中国现代药物应用,2014,8(3):31-32
- [5]郭晓鹏.全阻断(隔)胃癌根治术与传统胃癌根治术的比较[J].中国医药指南,2012,10(9):89-90

(收稿日期:2014-07-09)

## 中西医结合治疗晚期肠癌的临床观察\*

王丽芬 曹蕊芸#

(江苏省常州市武进中医医院 常州 213161)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗晚期肠癌的临床效果。方法:将 40 例晚期肠癌患者随机分成治疗组与对照组各 20 例。对照组给予替吉奥治疗,治疗组采用健脾益肾补肺法联合替吉奥治疗,21 d 为 1 个周期,共治疗 2 个周期。观察两组近期疗效、临床症状积分、生活质量和不良反应发生情况。结果:治疗组的临床症状、生活质量均优于对照组。结论:健脾益肾补肺法联合化疗治疗晚期肠癌可以改善临床症状及生活质量,延长患者的生命。

**关键词:**晚期肠癌;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R735.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.020

大肠癌是包括盲肠至直肠整个肠段的癌,是常见的恶性肿瘤。据统计,其发病率占恶性肿瘤的第 7 位,死亡率占第 5 位,在胃肠道中发病率仅次于胃癌<sup>[1]</sup>。大肠癌目前的治疗仍以手术切除为主,综合应用放疗、化疗、中医、免疫等多种手段。化疗是晚期肠癌主要的治疗方法,可延长晚期肠癌患者的中位生存期;尤其是随着新药的问世,包括口服氟尿嘧啶类(如替吉奥)、第 3 代铂类、喜树碱类、分子靶向药物等,使晚期大肠癌的中位生存期延长到超过 20 个月<sup>[2]</sup>。替吉奥是近年来上市的抗消化道恶性肿瘤药物<sup>[3-4]</sup>,由于其毒性较低易于管理,在临床上已经越来越多地代替全身静脉化疗。我科从 2012 年 3 月~2014 年 4 月,采用中药结合常规化疗治疗晚期肠癌 20 例,并与单纯化疗组 20 例进行比较。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 40 例病例均选自我科病房和门诊,随机分为治疗组和对照组各 20 例。病例类型均为腺癌,病理分期均为 IV 期。治疗组男性 11 例,女性 9 例;平均年龄 62.6 岁;直肠癌 9 例,结肠癌 11 例;术后复发者 13 例,未行手术者 7 例。对照组男性 12 例,女性 8 例;平均年龄 63.5 岁;直肠癌 7 例,结肠癌 13 例;术后复发者 10 例,未行手术者 10 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入或排除标准** 纳入标准:有明确的病理学或细胞学诊断依据;中医辨证符合脾肾亏虚型标准:腹痛喜温喜按,或腹内结块,下利清谷或五更泄泻,或见大便带血,面色苍白,短气自汗,言语无力,畏寒肢冷,腰酸膝冷,苔薄白,舌质淡胖,有齿痕,脉

\* 通讯作者:曹蕊芸, E-mail: mmccff@chinaren.com

\* 基金项目:江苏省常州市武进区科技项目(编号:WS201227)