[2]赵卫清.中西医结合治疗宫颈糜烂 80 例效果观察[J].当代医学,2012,18(5):154
[3]晋阳秋,李桂英,张彦波.中西医结合治疗宫颈糜烂 112 例临床观察[J].中医药导报,2013,19(10):49-50
[4]施开应.中医妇科中的活血化瘀法临床应用研究[J].大家健康,2014,8(3):36-37
[5]高巧连,齐进.宫糜汤配合西药治疗宫颈糜烂 34 例[J].陕西中医,2012,33(3):279-280
[6]李印,李金鑫.中西医结合治疗宫颈糜烂 350 例[J].现代中西医结合杂志,2011,20(14):1766
[7]宋志纯,熊萍.中药治疗宫颈糜烂 80 例临床疗效观察[J].中国中医药咨讯,2011,3(16):157
[8]曾梅,李利平,蓝柳冰.微波联合药物治疗宫颈糜烂的临床效果观察[J].中国医药指南,2011,9(14):234-235

（收稿日期：2015-04-07）

腹腔镜下胃癌根治术与开放性胃癌根治术的对比分析

邱俊然[1]　李英儒[2]
（1 广东省汕尾市第二人民医院普外科　汕尾 516600；
2 中山大学附属第二医院胃肠外科　广东广州 510120）

摘要：目的：对比分析腹腔镜下胃癌根治术与开放性胃癌根治术的临床疗效。方法：将 2014 年 1 月 ~2015 年 3 月汕尾市第二人民医院和中山大学附属第二医院收治的 84 例胃癌患者，随机分为观察组和对照组，每组 42 例。观察组接受腹腔镜下胃癌根治术治疗，对照组接受开放性胃癌根治术治疗，观察两组术中、术后各指标及并发症发生情况。结果：观察组患者的手术时间长于对照组，术中出血量与术后胃肠功能恢复时间均优于对照组，差异均具有统计学意义，$P<0.05$；两组清扫淋巴结平均数比较无统计学差异，$P>0.05$；观察组患者的并发症发生率仅为 4.8%，明显低于对照组的 19.0%，$P<0.05$。结论：胃癌患者采用腹腔镜下胃癌根治术的临床疗效优于开放性胃癌根治术，且并发症更少，值得在临床治疗中推广应用。

关键词：腹腔镜下胃癌根治术；开放性胃癌根治术；对比分析
中图分类号：R735.2　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.016

胃癌的死亡率在所有恶性肿瘤中位居前列，是威胁人类生命安全的重要疾病之一。过去临床主要通过开放性胃癌根治术进行治疗，虽然手术效果较好，但由于创伤大，患者的依从性较差，腹腔镜胃癌根治术的应用有效地避免了以上缺陷，并逐渐在临床普及应用[1~2]。本研究旨在对比分析腹腔镜下胃癌根治术与开放性胃癌根治术的临床疗效，特收集汕尾市第二人民医院和中山大学附属第二医院的 84 例胃癌患者进行研究分析。现报告如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　将 2012 年 3 月 ~2015 年 3 月汕尾市第二人民医院和中山大学附属第二医院收治的 84 例胃癌患者，随机分为对照组与观察组各 42 例。对照组男 26 例，女 16 例；年龄 19~80 岁，平均年龄（55.68± 13.56）岁；其中腺癌 28 例，腺鳞癌 2 例，黏液腺癌 12 例。观察组男 25 例，女 17 例；年龄 20~81 岁，平均年龄（56.59± 14.14）岁；其中腺癌 30 例，腺鳞癌 2 例，黏液腺癌 10 例。两组患者的性别、年龄、病情等一般资料比较差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2　手术方法　观察组：腹腔镜下胃癌根治术：常规给予气管插管并实施全麻，应用 5 孔手术方法进行治疗，手术过程中患者保持仰卧体位，选择脐孔部作为第一孔进行穿刺，并将腹腔镜镜头置入，将气腹维持在 15 mm Hg 左右，然后将四个穿刺套管分别穿刺置入左右上中腹，再将操作器械放入，根据实际情况实施全胃切除、近端胃切除、远端胃切除。对照组患者均行全腹腔内手术吻合并实施淋巴结清扫，开放性胃癌根治术：常规给予气管插管并实施全麻，患者保持平卧，选在上腹正中 15~20 cm 绕脐切口，严格遵循胃癌 D2 根治术要求[3]开展手术，在操作步骤上与观察组一致。

1.3　观察指标　观察两组患者的平均手术时间、清扫淋巴结平均数、术中平均出血量、术后平均胃肠功能恢复时间以及并发症发生情况。

1.4　统计学方法　采用 SPSS16.0 软件对本研究的数据进行统计学分析，计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验。$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者术中、术后各指标对比　观察组患者的手术时间长于对照组，术中出血量与术后胃肠功能恢复时间均优于对照组，差异均具有统计学意义，$P<0.05$；两组清扫淋巴结平均数比较无统计学差异，$P>0.05$。见表 1。

表 1　两组患者术中、术后各指标对比（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	手术时间（min）	清扫淋巴结数（个）	术中出血量（ml）	术后胃肠功能恢复时间（d）
对照组	42	211± 19	17.7± 2.1	395± 38	3.8± 0.9
观察组	42	260± 24*	16.6± 1.9#	288± 27*	2.6± 0.6*

注：与对照组相比，*$P<0.05$，#$P>0.05$。

2.2 两组并发症发生率对比 观察组并发症发生率仅为 4.8%，明显低于对照组的 19.0%，$P<0.05$。见表 2。

表 2 两组并发症发生率对比

组别	n	小肠梗阻（例）	感染（例）	出血（例）	总发生[例（%）]
对照组	42	2	2	4	8（19.0）
观察组	42	1	1	0	2（4.8）*

注：与对照组相比，*$P<0.05$。

3 讨论

如今，腹腔镜技术在临床上的应用愈加广泛，在技术上也更加成熟，腹腔镜胆囊切除术已成为了金标准[4]。但由于胃部组织的特殊性，比如胃供应血管多、淋巴转移途径复杂、解剖层面多、胃吻合技术难等多种原因使得腹腔镜技术在实施过程中存在更大的难度。一直到上世纪九十年代，国外学者[5]才成功进行了第一例胃癌根治术。经历了二十年的发展，胃癌根治术不仅综合了腹腔镜手术创伤小、流血少等优势，也有效地解决了胃癌治疗中胃供应血管多、淋巴转移途径复杂、解剖层面多、胃吻合技术难等问题，减轻了患者术后疼痛，且患者手术后胃肠功能可快速恢复，患者早期能够下床活动及康复训练，不仅如此，手术不会明显影响机体免疫功能，显著提高了患者的生活质量[6]。

吕培标等的研究[7]表明，在胃癌患者治疗中应用腹腔镜下胃癌根治术具有以下几方面特点：首先是该手术充分遵循肿瘤根治术的原则，且在分离层面操作上与开放手术完全相同。因为腹腔镜本身带有放大功能，从而可以保障血管解剖过程中能够完全达到骨格化，提高了手术切除的彻底性，对于提高患者的生存率具有非常重要的作用。曹永宽等[8]通过前瞻性研究发现，腹腔镜远端胃切除术能够获得与开放远端胃切除术一致的切缘、淋巴结清扫术个数，甚至可以获得超过开放性根治术的淋巴切除率。其次，腹腔镜下胃癌根治术不会提高腹腔癌肿播散及戳孔种植。最后，由于腹腔镜胃癌根治术在镜下进行分离解剖操作过程中保持与开放性手术严格一致，手术操作全程在直视下完成，不会引起并发症增加。

本研究对观察组患者实施腹腔镜下胃癌根治手术治疗，结果发现，虽然观察组患者的手术时间长于对照组，但其术中出血量（288± 27）ml 与术后胃肠功能恢复时间（2.6± 0.6）d，均明显优于对照组，$P<0.05$；两组清扫淋巴结平均数比较无统计学差异，$P>0.05$，表明腹腔镜治疗在保证疗效的前提下能最大程度减轻患者创伤，促进患者恢复。此外，观察组患者的并发症发生率仅为 4.8%，明显低于对照组的 19.0%，$P<0.05$，与曾毅克等的[9]报道相似，提示腹腔镜治疗的并发症更少，安全性更高。综上所述，胃癌患者采用腹腔镜下胃癌根治术的临床疗效优于开放性胃癌根治术，且并发症更少，值得在临床治疗中推广应用。

参考文献

[1]赵庆洪,鲁明,张弛,等.腹腔镜胃癌根治术与开放性胃癌根治术的对比研究[J].临床肿瘤学杂志,2010,15(5):438-440
[2]景化忠,刘宏斌,李洪涛.腹腔镜在粘连性肠梗阻治疗中的疗效观察[J].中国现代普通外科进展,2013,16(7):518
[3]胡彦锋,余江,王亚楠,等.腹腔镜胃癌 D2 手术学习曲线[J].南方医科大学学报,2010,30(5):1095-1098
[4]宋泽辉.腹腔镜胃癌根治术治疗胃癌效果实验研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2014,35(13):1944-1945
[5]Murata A,Okamoto K,Muramatsu K,et al.Effects of additional laparoscopic cholecystectomy on outcomes of laparoscopic gastrectomy in patients with gastric cancer based on a national administrative database [J].The Journal of Surgical Research, 2014,186(1):157-163
[6]王家镔,黄昌明,郑朝辉,等.腹腔镜胃癌 D2 根治术 218 例疗效评价[J].中华外科杂志,2010,48(7):502-505
[7]吕培标,毛常青,李俊,等.腹腔镜用于胃癌根治术的临床疗效[J].临床医学工程,2014,21(3):296-297
[8]曹永宽,刘立业,周均,等.手辅助腹腔镜与腹腔镜辅助和开腹胃癌根治性切除术的临床比较 [J]. 中华胃肠外科杂志,2012,15(7):740-742
[9]曾毅克,刘衍民,雷建.腹腔镜辅助胃癌根治手术治疗进展期胃癌的短期疗效评价[J].暨南大学学报:自然科学与医学版,2012,33(2):172-175

（收稿日期：2015-04-28）

（上接第 9 页）

[6]Han S,Mallampalli RK.The acute respiratory distress syndrome:from mechanism to translation[J].J Immunol,2015,194(3):855-860
[7]Agassandian M,Shurin GV,Ma Y,et al.C-reactive protein and lung diseases[J].Int J Biochem Cell Biol,2014,53(8):77-88
[8]许永志,林月云,陈彬.严重创伤患者 SIRS 评分与葡萄糖,乳酸,CRP 水平的相关性分析[J].国际检验医学杂志,2014,35(10):1272-1274
[9]West SD,Goldberg D,Ziegler A,et al.Transforming growth factor-β, macrophage colony-stimulating factor and C-reactive protein levels correlate with CD14 (high) CD 16 + monocyte induction and activation in trauma patients[J].PLoS One,2012,7(12):e52406
[10]Lobo SM,Lobo FR,Bota DP,et al.C-reactive protein levels correlate with mortality and organ failure in critically ill patients [J].Chest, 2003,123(6):2043-2049

（收稿日期：2015-06-03）