

白血病患者凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、凝血酶时间明显延长,主要是由于白血病患者细胞大量破坏后,释放促凝物质,导致血管内凝血,且纤溶系统亢进降解凝血因子。急性白血病细胞膜组织因子破坏后进入血液,释放肿瘤坏死因子,继而促进单核细胞和内皮细胞膜组织因子升高,引起凝血系统亢进^[4]。而慢性白血病血液细胞破坏程度较轻,在凝血和纤溶方面改变不明显。D-二聚体作为纤维蛋白降解产物,其升高程度是判断白血病继发性纤溶亢进程度的有效指标。此外,为进一步判断患者的病情应当联合其他实验室检测指标,了解患者出血和凝血障碍程度,为治疗方案的制定提供更多依据,

进一步控制患者病情发展。综上所述,通过血液生化学临床检验对了解患者病情变化和程度有明显的的作用,利于为治疗方案的制定提供依据,且对急变趋势尽早预防,值得临床推广应用。

参考文献

- [1]王丽红.急性性白血病的血液生化学临床检验价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(33):6684,6686
- [2]彭家明,吕小林.急性性白血病的血液生化学临床检验价值[J].当代医学,2016,22(20):52-53
- [3]王建霞.对急、慢性白血病患者进行血液生化学检验的临床价值[J].当代医药论丛,2016,14(13):34-35
- [4]张雪,许业栋.血液分析仪在急性性白血病诊断中的应用价值研究[J].现代诊断与治疗,2016,27(14):2670-2672

(收稿日期:2017-07-01)

腹腔镜辅助进展期胃癌根治术的临床研究(附 12 例报告)

叶金阳

(河南省固始县人民医院外一科 固始 465200)

关键词:进展期胃癌;胃癌 D₂根治术;腹腔镜

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.072

胃癌是临床常见恶性肿瘤之一,据国际癌症研究中心的统计数据显示,全球每年新发胃癌患者 100 万例,占全部新发癌症的 8.6%,位居第四,仅次于肺癌、乳腺癌和肠癌。每年因胃癌死亡人数高达 70 万,居因癌症相关疾病死亡第三^[1]。其中,近 2/3 胃癌病例发生在发展中国家,中国占 42%。另据报道,我国初诊时已处于进展期胃癌患者的比例高达 90%。目前,进展期胃癌的治疗多以传统根治性开腹手术(标准胃癌 D₂根治术)为主,但该手术治疗存在创伤大、出血多、恢复慢、并发症发生率高等一系列不足。国内外研究显示,腹腔镜辅助早期胃癌根治术在远期疗效和安全性上与传统开腹手术相似,但对腹腔镜辅助进展期胃癌根治术的安全性和可行性仍存在争议。本文对近 3 年我院收治的 12 例进展期胃癌患者行腹腔镜辅助进展期胃癌根治术的临床效果进行回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本次研究对象为 2014 年 8 月~2016 年 12 月我院收治的 12 例进展期胃癌患者。其中男 8 例,女 4 例;年龄 46~68 岁,平均年龄 51.8 岁。12 例患者均符合进展期胃癌诊断标准,术前病理学活检确诊为胃癌,术后 TNM 分期为进展期。其中胃窦部癌 6 例,胃体部癌 4 例,贲门及胃底部癌 1 例,皮革胃 1 例。

1.2 手术方法 由同一组医师团队参照中华医学

会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组 2007 年制定的《腹腔镜胃癌手术操作指南》^[2]执行 D₂淋巴结清扫术。具体根据肿瘤所在部位和范围执行:(1)腹腔镜远端胃癌根治术;(2)腹腔镜近端胃癌根治术;(3)腹腔镜胃癌根治性全胃切除术;(4)腹腔镜胃切除合并邻近脏器切除术。胃周淋巴结清扫按照日本胃癌协会《胃癌治疗指南》^[3]执行。

1.3 观察指标 观察并记录淋巴结清扫数目、手术时间、术中出血量;术后肠鸣恢复时间、排气恢复时间、住院时间等。

1.4 随访 术后第 3 个月开始,每 3~6 个月随访一次;2 年后,每 6~12 个月随访一次。随访方式以门诊检查、住院、电话及其他即时通讯软件询问等。随访内容包括体格检查、问诊、实验室检查(包括血常规、肝肾功能检验等)、影像学检查(胸部 X 线、胸部 CT 检查)及胃镜检查等。

2 结果

2.1 手术实施情况 全部 12 例研究对象中,9 例在腹腔镜下成功完成 D₂ 或 D₂+ 根治手术,3 例中转开腹手术。其中 9 例腹腔镜辅助术中:远端胃切除术 6 例,近端胃切除术 2 例,全胃切除术 1 例。3 例中转开腹手术中:2 例因术中不可控出血中转;1 例因胃体癌侵及周围脏器,淋巴结廓清时解剖困难,无法在腹腔镜下继续操作中转。

2.2 手术相关系数 (1)手术时间:9 例在腹腔镜下

成功完成 D2/D2+ 根治手术者用时最长 370 min, 最短 210 min, 平均用时 268 min。其中, 1 例全胃切除用时 370 min; 2 例近端胃切除分别用时 320 min、290 min; 6 例远端胃切除最长用时 300 min, 最短 210 min。(2) 淋巴结清扫数: 淋巴结清扫最多者 36 枚, 最少 15 枚, 平均 22.5 枚。(3) 远、近端肿瘤切缘: 最长 10 cm, 最短 3.8 cm, 平均 5.8 cm。(4) 手术切口长度: 切口最长 12.8 cm, 最短 6.5 cm, 平均 9 cm。(5) 术中出血量: 出血最多 460 ml, 最少 280 ml, 平均 345 ml。

2.3 术后相关系数 (1) 术后肠鸣恢复时间: 最长 67 h, 最短 38 h, 平均 50.8 h; (2) 术后排气恢复时间: 最长 89 h, 最短 61 h, 平均 72.2 h; (3) 术后进流食时间: 最长 120 h, 最短 68 h, 平均 81 h; (4) 术后下地活动时间: 最长 96 h, 最短 48 h, 平均 78 h; (5) 术后住院时间: 最长 18 d, 最短 10 d, 平均 13.5 d; (6) 术后随访: 术后随访最长时间 32 个月, 最短 3 个月, 其中 1 例 IV 期胃窦癌于术后 15 个月复查出现肝转移和腹腔播散, 其他患者随访暂无复发。

3 讨论

在我国, 胃癌的发病率和死亡率一直居高不下, 严重威胁患者的生命健康。临床上对进展期胃癌多以传统开腹手术治疗为主, 即标准胃癌 D2 根治术, 但该术存在手术创伤大、出血多、并发症发生率高、术后恢复慢等不足。随着腹腔镜技术及设备的不断发展, 临床对腹腔镜的应用也已认可和普及, 且与传统手术相比, 腹腔镜辅助手术具有手术创伤小、出血少、切口短、术后恢复快、并发症发生率低等优势。但腹腔镜辅助胃癌手术发展整体相对缓慢。目前研究认为, 腹腔镜辅助早期胃癌根治术的近远期疗效和安全性可达到与开腹手术相似效果, 已获国内外研究证实。但对腹腔镜辅助进展期胃癌治疗的可行性和安全性医学界仍存在一定争议。

笔者对近年公开发表的论文进行大致总结, 发现目前对腹腔镜辅助进展期胃癌根治术主要存在以下四点疑问: (1) 腹腔镜辅助进展期胃癌根治术是否安全? 能否达到与开放性手术相一致的中远期疗效? (2) 腹腔镜辅助进展期胃癌根治术是否会增加手术难度? (3) 腹腔镜辅助进展期胃癌根治术是否会增加并发症发生率? (4) 腹腔镜辅助进展期胃癌根治术手术时间长、手术费用等成本高、多资源因素, 是否值得普及? 董剑宏等^[4]研究表示, 与开腹手术一样, 腹腔镜进展期胃癌根治术同样可完成肿瘤学根治效果和 R0 切除, 两种手术 5 年生存率差异无统计学

差异, 但腹腔镜辅助手术具有出血量少、术后恢复快、住院时间短等优势, 且研究结果认为: 腹腔镜辅助进展期胃癌根治术完全可以取得与开腹手术相同的远期效果, 并可取代传统开腹手术, 成为进展期胃癌 D2 根治术的“金标准”。华瑾等^[5]通过采用腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌对比研究, 显示两组 5 年无病生存率分别为 47.6% 和 42.8%, 同时腹腔镜根治术并发症为 7.5%, 开腹根治术并发症发生率为 6.7%, 两项差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 结果提示: 腹腔镜辅助进展期胃癌 D2 根治术是安全、可行的治疗进展期胃癌的手术方式。本研究对 9 例腹腔镜辅助手术患者进行随访, 1 例 IV 期胃窦癌患者于术后 15 个月复查出现肝转移和腹腔播散, 其他暂无复发。目前多数研究认为腹腔镜手术难度主要表现在: (1) 进展期胃癌多有胃周淋巴结转移, 增加术中淋巴结清扫难度, 如对大网膜、结肠系膜前叶及第 6、7、8、9、11p、12 组淋巴结清扫困难; (2) 胃体血供丰富、解剖层次较多, 在进行胃体游离、标本切除及胃肠道重建时, 操作步骤和操作平面较多, 手术复杂, 因而增加了手术难度。本次 9 例腹腔镜辅助手术的手术时间、术中出血量均要略高于相关研究, 笔者认为可能与手术操作经验及学习曲线有较大关系。史志涛等^[6]研究认为, 随着腹腔镜胃癌手术的理论知识、操作技巧等经验不断积累, 加上手术团队的有效配合, D2 淋巴结清扫的准确性、安全性是可以肯定的, 手术时间、术中出血量、中转开腹率都将明显下降。杨宏等^[7]通过对比 I、II、III 期腹腔镜辅助胃癌根治术的手术时间、术中出血量、输血率及中转开腹率发现, 三期患者各项数据比较差异均无统计学意义, 其结果认为腹腔镜手术治疗进展期胃癌不会显著增加手术难度。胃癌根治术淋巴结清扫是手术的关键, 美国国立综合癌症网络 (NCCN) 指南建议的清扫数目应不少于 15 枚。本研究中, 淋巴结清扫最多的 36 枚, 最少 15 枚, 平均 22.5 枚, 按上述指南标准, 腹腔镜辅助手术效果是可以肯定的。术后并发症是衡量手术质量的重要标准, 很大程度上决定了手术成功与否, 并决定着术后住院时间及治疗费用。本研究虽未对术后并发症进行统计, 但据相关文献报道, 我国腹腔镜胃癌术后严重并发症发生率为 10.4%, 韩国为 11.6%, 日本在其第 7、8、9 次全国内镜会议统计的分别是 14.3%、9.0%、8.2%。我国 CLASS-01RCT 研究认为腹腔镜组术后并发症发生率为 15.2%, 开放组略低 (12.9%), 但差异并无统计学意义。蓝炘等^[8]对比开放、腹腔镜及机器人胃癌根治

术术后并发症发生率分别为 10.6%、10.8% 及 13.2%，差异无统计学意义 ($P=0.556$)，但腹腔镜组和机器人组术后吻合口瘘发生率要明显高于开放组，分析认为可能与操作口过小、视野受限，影响吻合加固效果有关。他们建议微创手术由经验丰富医师完成或许能降低该并发症发生率。住院时间和治疗费用往往决定着患者术后治疗及康复治疗的依从性，住院时间越长、治疗费用越高，患者依从性越差。本研究因考虑时间跨度，未对治疗费用进行统计，但住院时间平均 13.5 d (10~18 d)，虽多于卢钦荣等^[9]研究的 (9.2±1.4) d，但少于杨宏等^[7]统计的 II 期住院 (17±8) d、III 期住院 (17±7) d。卢钦荣等^[9]对比腹腔镜组和开腹组的住院时间、住院费用等项目，结果显示：腹腔镜组术后住院时间 (9.2±1.4) d 要显著少于开腹组 (14.1±1.5) d，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)；而住院费用腹腔镜组 (35 948±760) 元虽略高于开腹组 (34 375±580) 元，但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。曾毅克等^[10]对腹腔镜和开腹手术的手术费和总体住院费进行统计发现，腹腔镜组手术费用 (7 206.88±1 031.52) 虽然要显著高于开放组 (5 134.64±1 559.15) ($P<0.05$)，但两组总住院费用 [(49 675.84±8 478.43) vs (40 536.98±11 855.24)] 差异却无统计学意义 ($P=0.21$, $P>0.05$)。他们认为腹腔镜组手术费用高主要是由手术设备、耗材等导致的，但因术后恢复快、住院时间短等在一定程度上抵消了手术增加的费用，从而整体住院费用两组并无明显差别 ($P>0.05$)。

综上所述，腹腔镜辅助进展期胃癌根治术是安

全、可行的，能达到与开放手术相一致的近、远期疗效。随着手术理论知识、操作经验的不断丰富，手术难度、手术时间、术中出血量、术后并发症发生率等都将得以改善。腹腔镜辅助胃癌根治术手术费用较开腹手术虽有增加，但整体治疗费用并无显著增加。综合考虑腹腔镜微创手术优势，特别是对患者康复的优势明显，能显著缩短患者住院时间，建议加大相关研究力度，以明确腹腔镜辅助进展期胃癌根治术在胃癌治疗中的价值。

参考文献

- [1] 郝洪庆, 张珂诚, 卫勃, 等. 胃癌 TNM 分期第八版更新在临床诊疗治疗中的意义和思考[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(2): 166-170
- [2] 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜外科学组. 腹腔镜胃癌手术操作指南(2007 版)[J]. 中华消化外科杂志, 2007, 6(6): 476-480
- [3] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver.3) [J]. Gastric Cancer, 2011, 14 (2): 113-123
- [4] 董剑宏, 董静逊, 黄庆兴, 等. 腹腔镜进展期胃癌根治术的临床疗效[J]. 肿瘤研究与临床, 2010, 22(3): 193-195
- [5] 华瑾, 杜建军, 王安辉, 等. 腹腔镜辅助与开腹手术治疗进展期胃癌的疗效对比[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(6): 421-424
- [6] 史志涛, 郭春光, 段绍斌. 腹腔镜辅助下胃癌根治切除手术治疗进展期胃癌的临床效果分析[J]. 临床外科杂志, 2014, 22(10): 729-731
- [7] 杨宏, 崔明, 邢加迪, 等. 腹腔镜辅助胃癌根治术的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(3): 234-240
- [8] 蓝妍, 郝洪庆, 张珂诚, 等. 开放和腹腔镜及机器人胃癌根治术后并发症发生情况的对比分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(2): 184-189
- [9] 卢钦荣, 黄江龙, 李思荣, 等. 腹腔镜手术和传统手术治疗进展期胃癌安全性及可行性分析[J]. 中国医药导报, 2015, 12(35): 93-95, 102
- [10] 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: 2017-07-14)

彩色多普勒超声联合全数字化 X 线诊断老年乳腺癌的价值

申晓虎

(河南省义马煤业公司总医院超声科 义马 472300)

摘要:目的: 探讨彩色多普勒超声联合全数字化 X 线检查在诊断乳腺癌老年患者中的诊断价值。方法: 选取 2014 年 5 月~2016 年 4 月我院收治的 70 例乳腺癌老年患者作为研究组, 另选取 98 例同期健康体检者作为对照组, 两组均行彩色多普勒超声和全数字化 X 线检查。对比彩色多普勒超声与全数字化 X 线单独与联合诊断老年乳腺癌的准确度、灵敏度和特异度。结果: 以病理学诊断为金标准, 确诊乳腺癌老年患者 70 例, 98 例阴性; 彩色多普勒超声诊断出真阳性 53 例, 真阴性 80 例; 全数字化 X 线诊断出真阳性 60 例, 真阴性 88 例; 彩色多普勒超声联合全数字化 X 线诊断出真阳性 68 例, 真阴性 96 例。两种方法联合诊断的灵敏度为 97.14%、特异度为 97.96%、准确度为 97.62%, 均高于彩色多普勒超声与全数字化 X 线单项诊断, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论: 彩色多普勒超声联合全数字化 X 线检查可提高老年乳腺癌患者的诊断准确度、灵敏度和特异度。

关键词: 乳腺癌; 彩色多普勒超声; 全数字化 X 线; 诊断价值

中图分类号: R737.9

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.073

乳腺癌是女性常见恶性肿瘤之一, 发病率极高, 相关研究显示全球每年老年乳腺癌新发病例约为 120 万, 且老年乳腺癌死亡率约占乳腺癌总发病率

的 40%, 是女性死亡的重要因素之一。近年来, 随着医疗水平的不断进步, 可通过手术治疗延长乳腺癌患者的生存期, 降低死亡率。因此, 及早进行有效、准