

右侧与左侧入路根治性远端胃切除术治疗 超重胃癌患者对比分析

杨小伟^{1,2} 胡鹏蕴^{1,2} 刘佳林^{1,2}

(1 河南省新乡市中心医院普瘤外科 新乡 453099; 2 新乡医学院第四临床学院 河南新乡 453099)

摘要:目的:比较右侧入路(R-LARG)与左侧入路(L-LARG)根治性远端胃切除术治疗超重胃癌患者应用效果。方法:回顾性分析 2017 年 10 月至 2019 年 10 月收治的 198 例超重胃癌患者临床资料,依据根治性远端胃切除术入路不同分为对照组 102 例和观察组 96 例,对照组予以 L-LARG 治疗,观察组予以 R-LARG 治疗。比较两组围术期指标、术后并发症发生情况以及术后 6 个月复发率、病死率。结果:与对照组相比,观察组手术用时较短,手术总出血量较少,清扫淋巴结数较多,胃管拔除时间及首次排气时间较短,差异均有统计学意义($P<0.05$)。与对照组相比,观察组术后并发症总发生率、术后复发率均较低,差异有统计学意义($P<0.05$);两组术后病死率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:超重胃癌患者采用 R-LARG 治疗效果优于 L-LARG,可缩短手术用时,减少术中出血量并改善胃肠功能,降低并发症发生率及复发率,利于患者预后。

关键词:胃癌;超重;根治性远端胃切除术;右侧入路;左侧入路;并发症

中图分类号:R735.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.031

胃癌是消化系统常见的恶性肿瘤,病死率较高,且患者逐渐趋于年轻化,严重威胁患者生命安全^[1-2]。临床常采用根治性胃切除术治疗胃癌,且随着腹腔镜技术不断进步,传统开腹手术已逐渐被腹腔镜手术取代^[3-5]。腹腔镜下根治性远端胃切除术入路可分为左侧入路(L-LARG)与右侧入路(R-LARG),两者均广泛应用于临床治疗中。本研究分析 R-LARG 与 L-LARG 根治性远端胃切除术治疗超重胃癌患者应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院 2017 年 10 月至 2019 年 10 月收治的 198 例超重胃癌患者临床资料,依据根治性远端胃切除术入路不同分为对照组 102 例和观察组 96 例。对照组男 56 例,女 46 例;年龄 34~72 岁,平均年龄(56.28 ± 11.47)岁;肿瘤直径 26~42 mm,平均肿瘤直径(35.74 ± 4.38) mm;肿瘤临床分期:Ⅰ期 25 例,Ⅱ期 77 例。观察组男 53 例,女 43 例;年龄 36~71 岁,平均年龄(56.17 ± 11.58)岁;肿瘤直径 25~43 mm,平均肿瘤直径(35.62 ± 4.57) mm;肿瘤临床分期:Ⅰ期 23 例,Ⅱ期 73 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入组标准 纳入标准:均符合《胃癌规范化诊疗指南(试行)》^[6]中胃癌诊断标准;均经胃镜、病理检查确诊;体质量指数 $\geq 25\text{ kg/m}^2$;临床资料完整。排除标准:既往存在胃癌化疗或放疗史患者;合并肝、肺、肾等重要脏器功能障碍者;存在胃部手术史者;存在肿瘤已发生远处转移者;合并全身性免疫系统或精神系统异常者;合并凝血功能异常者。

1.3 治疗方法 两组入院后均予以营养支持、抗生素抗感染等常规治疗,术前血常规检查、心血管评估等。

1.3.1 对照组 予以 L-LARG 治疗,取仰卧位并行全麻处理,麻醉生效后取脐下作穿刺点并建立人工气腹,术中维持气腹压力 8~14 mm Hg;取肋缘下侧 2 cm 处左锁骨中线接口置入 12 mm 套管针作主操作孔,取肋缘下 2 cm 处右锁骨中线接口作副操作孔,术者于患者左侧进行手术,置入腹腔镜后探查肿瘤位置及其与周围组织粘连情况,用超声刀顺横结肠边缘切开胃结肠韧带,直至结肠脾区大网膜处。采用可吸收夹夹闭左侧胃网膜血管,并依据肿瘤位置及预计胃切除情况决定是否分离胃短血管,清扫淋巴结,将第 2、10、11 组淋巴结清扫;沿远端脾血管将其分支分离,于胃底动静脉处以及胃后动静脉行

离断操作,而后对贲门左侧进行解剖,获取十二指肠与幽门术野后取中间膜与系膜缝隙间行分离处理,继续向胰头解剖,使左侧胃根部显露并将其切断;而后解剖左侧胃食管动脉淋巴结组,依据血管走向获取十二指肠动脉术野,将其彻底释放后采用吻合器吻合;予以患者 D2 淋巴结清扫。术毕常规缝合并留置胃部引流管。术后予以抗生素抗感染治疗并持续随访 6 个月。

1.3.2 观察组 予以 R-LARG 治疗,术前操作与对照组一致,其术中操作孔与对照组相反,其余操作同对照组。术后予以抗生素抗感染治疗并持续随访 6 个月。

1.4 观察指标 (1)两组围术期指标比较,包括手术用时、手术总出血量、清扫淋巴结数、胃管拔除时

间及首次排气时间;(2)两组术后并发症发生情况比较,包括吻合口出血、切口感染、吻合口瘘及肺部感染;(3)两组复发率与病死率比较,复发标准参照《胃癌规范化诊疗指南(试行)》^[6]中相关标准。

1.5 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$)表示,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围术期指标比较 与对照组相比,观察组手术用时较短,手术总出血量较少,清扫淋巴结数较多,胃管拔除时间及首次排气时间均较短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组围术期指标比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	手术用时(min)	手术总出血量(ml)	清扫淋巴结数(个)	胃管拔除时间(d)	首次排气时间(d)
对照组	102	239.15± 34.26	71.35± 11.26	29.54± 3.26	4.67± 0.42	4.63± 0.58
观察组	96	188.42± 24.71	59.76± 9.53	35.19± 5.43	4.41± 0.38	3.36± 0.52
<i>t</i>		11.887	7.794	8.937	4.558	16.187
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症发生情况比较 与对照组相比,观察组术后并发症总发生率较低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生情况比较[例(%)]						
组别	<i>n</i>	吻合口出血	切口感染	吻合口瘘	肺部感染	合计
对照组	102	6(5.88)	7(6.86)	2(1.96)	3(2.94)	18(17.65)
观察组	96	2(2.08)	2(2.08)	2(2.08)	1(1.04)	7(7.29)
χ^2						4.807
<i>P</i>						0.028

2.3 两组复发率与病死率比较 与对照组相比,观察组术后复发率较低,差异有统计学意义($P<0.05$);两组术后病死率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组复发率与病死率比较[例(%)]			
组别	<i>n</i>	复发	病死
对照组	102	11(10.78)	2(1.96)
观察组	96	2(2.08)	0(0.00)
<i>t</i>		6.103	1.902
<i>P</i>		0.013	0.168

3 讨论

胃癌多发于 50 岁以上群体,主要与患者的饮

食、生活习惯以及遗传等因素有关,但由于近些年饮食习惯的改变导致胃癌发病群体逐渐年轻化,严重影响患者日常生活与工作^[7-8]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组手术用时较短,手术总出血量较少,清扫淋巴结数较多,胃管拔除时间及首次排气时间较短,术后并发症总发生率、复发率较低,表明超重胃癌患者采用 R-LARG 治疗效果优于 L-LARG,可缩短手术用时,减少术中出血量并改善术后胃肠功能,降低并发症发生率及复发率。分析原因在于,超重胃癌患者腹壁脂肪较厚,且胃部周围均布有脂肪,可导致手术时间延长并增加手术难度^[9]。L-LARG 术中进入腹腔后,腔体内组织较多,导致术野较差;且术中对于十二指肠离断时机较晚,导致其对于第 7、9 组淋巴结清扫时机延迟,中央区术野较差,增加淋巴结清扫障碍,从而使左侧入路手术时间延长,术中出血量增多。而 R-LARG 术中经腹腔镜进入腹腔后,腔体内组织较少,此外通过先行离断十二指肠,便于术者对于淋巴结组进行清扫,且由于中央区显露良好,可获取符合手术需求的术野及张力,减轻淋巴结清扫障碍,因此 R-LARG 手术患者各项围术期指标均较优。本研究结果显(下转第 117 页)

患者盆底肌功能，进一步降低盆底功能障碍对患者日常生活带来的影响。有研究发现，盆底功能障碍患者在日常生活中会出现盆底肌肉松弛、会阴损伤和腰骶疼痛现象，严重降低了患者的生活质量，因此在治疗过程中，需要应用有效的盆底肌功能锻炼方式提升患者盆底肌功能^[14]。另外还有研究发现，通过生物电刺激疗法，能够刺激患者的相关组织与神经，进一步调节患者盆底肌功能，并联合盆底肌功能锻炼，改善患者临床症状，进而提升盆底功能障碍患者生活质量，与本研究结果相符^[15]。

综上所述，对产后盆底功能障碍患者应用个体化盆底康复治疗能够提升盆底功能康复效果，提升盆底肌力，降低脏器脱垂程度，提升患者生活质量。

参考文献

[1]胡群芳,吕子珍.盆底功能障碍性疾病的产科影响因素分析[J].中国妇幼保健,2020,35(10):57-59.
[2]朱兰,娄文佳.中国女性盆底康复现状[J].中国计划生育和妇产科,2020,112(10):3-48.
[3]陆燕运,黄婉珊.生物反馈电刺激联合盆底肌锻炼治疗产后盆底功能障碍及对盆底器官脱垂分度影响[J].中外医学研究,2020,18(12):125-127.
[4]中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.盆腔器官脱垂的中国诊治指南(2020年版)[J].中华妇产科杂志,2020,55(5):300-306.

[5]张银桃,电刺激联合生物反馈治疗产后盆底功能障碍的效果及对患者性功能的影响[J].白求恩医学院学报,2020,18(1):35-37.
[6]徐迎雪.盆底肌康复训练对产后盆底功能障碍的防治效果[J].反射疗法与康复医学,2020,29(14):114-116.
[7]周赵,刘春花,邓翠艳.生物反馈电刺激联合盆底肌锻炼治疗产后盆底功能障碍的临床观察[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(5):62-65.
[8]袁晓红.临床生物反馈电刺激个体化治疗方案联合盆底肌训练对女性产后盆底功能障碍效果[J].当代医学,2020,26(12):54-56.
[9]刘莎,赵永民,郭秀秀,等.个体化产后盆底康复治疗对产后盆底功能障碍患者的应用研究[J].河北医药,2021,43(6):918-921.
[10]吴晓丹,符春风,陈依琳,等.生物反馈联合盆底肌锻炼对直肠癌低位保肛患者低位前切除综合征的作用[J].中华医学杂志,2019,99(30):2337-2343.
[11]徐洁,尉宁.生物反馈电刺激疗法辅以盆底肌锻炼用于产后盆底肌力康复效果[J].中国计划生育学杂志,2019,27(5):670-673.
[12]王美兰,胡茜莹.产后盆底功能障碍行电刺激生物反馈、阴道锥联合盆底肌锻炼治疗的临床效果研究[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(3):71-74.
[13]朱丽娟,江华,朱开欣,等.产后妇女盆底功能障碍性疾病的盆底肌力特点[J].中国妇幼保健,2020,35(2):212-215.
[14]刘庆庆,胡倩,周艳梅.产褥期盆底功能障碍患者盆底肌锻炼依从性影响因素分析及护理干预[J].齐鲁护理杂志,2021,5(16):120-122.
[15]陈晓丹,李小银,黄少华,等.凯格尔运动训练联合生物反馈电刺激治疗对顺产妇盆底肌早期康复的效果研究[J].中国妇幼保健,2020,35(24):4661-4664.

(收稿日期: 2021-03-28)

(上接第 91 页) 示,R-LARG 术后并发症发生率较低,由于两种入路术中切除内容均一致,这可能与患者年龄、体质量以及不同身体状况导致。两组病死率无明显差异,说明两种入路方式下进行根治性远端胃切除术均可有效治疗超重胃癌患者,安全性较高。但由于本研究纳入样本量有限、术后随访时间较短,研究结果可能存在一定局限性,未来还需进一步扩大样本量、延长随访时间来提高结果准确性。

综上所述,超重胃癌患者采用 R-LARG 治疗效果优于 L-LARG,可缩短手术用时,减少术中出血量并改善胃肠功能,降低并发症发生率及复发率,利于预后。

参考文献

[1]蒋东霞.腹腔镜辅助远端胃切除胃癌根治术的临床研究[J].医学临床研究,2018,25(3):464-466.
[2]康东瀛.全胃及远端胃切除胃癌根治术对患者生活质量及免疫指标的影响[J].中国医药导刊,2013,24(12):2014,2016.

[3]罗德胜,徐宏涛,章平禄,等.早期近端胃癌行腹腔镜辅助下近端胃切除双通路吻合术的短期手术疗效观察[J].中国内镜杂志,2019,26(1):1-8.
[4]王利东,田忠,刘源.近端胃切除联合间置空肠重建与全胃切除联合 Roux-en-Y 重建治疗近端胃癌的效果比较[J].山东医药,2017,57(9):58-60.
[5]李国新,陈韬.腹腔镜胃癌远端胃切除术后消化道重建术式选择[J].中华普外科手术学杂志,2017,8(4):12-15.
[6]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.胃癌规范化诊疗指南(试行)[J].中国医学前沿杂志,2013,33(8):56-63.
[7]曾毅克,刘衍民,雷建.腹腔镜辅助胃癌根治术治疗进展期胃癌的短期疗效评价[J].暨南大学学报,2017,33(2):172-175.
[8]韩继祥,曹宏泰,陈茂盛,等.全胃切除与近端胃切除治疗近端胃癌疗效的荟萃分析[J].中华普通外科杂志,2018,30(3):238-241.
[9]王艳良,陈涛.腹腔镜远端胃切除联合三角吻合术治疗对胃癌患者围术期指标、肠道功能恢复及术后并发症的影响[J].空军医学杂志,2019,35(3):242-245.

(收稿日期: 2021-06-13)