

专家连线

腹腔镜胃癌根治术与开腹手术对进展期胃癌的影响

□孟鑫 姜孝奎 李韶山

笔者研究分析本院收治的22例腹腔镜胃癌D2(一种手术方法)根治术患者和36例开腹手术患者的临床资料,比较两组手术时间、手术切口长度、术中出血量和输血率、清扫淋巴结数目、阳性淋巴结数目和血生化指标等,探讨两者在手术安全性和可行性方面的差异。与开腹手术相比,腹腔镜手术时间较长,手术切口长度、术中出血量、输血率、白细胞水平和C-反应蛋白水平明显降低,清扫淋巴结数目、阳性淋巴结数目、切缘阳性率、术后并发症无明显差异。这表明腹腔镜胃癌根治术能够达到与开腹手术相同的治疗效果,并且具有创伤小、出血少、手术风险小和术后恢复快等优势。

胃癌是来源于胃黏膜上皮细胞的恶性肿瘤,具有多步骤、多因素进行性发展的特点,居我国各种恶性肿瘤的首位;可将胃癌分为早期胃癌和进展期胃癌,在临床工作中以进展期胃癌多见;进展期胃癌的癌组织已经侵入胃壁肌层、浆膜层,无疑增加了胃癌的风险和治疗难度。目前,外科手术仍是治疗胃癌最主要的手段,D2淋巴结清扫术是目前亚洲地区治疗进展期胃癌的标准手术。针对胃癌的外科手术主要分为腹腔镜手术和开腹手术,已有相关报道,腹腔镜治疗早期胃癌的效果与开腹手术根治效果相同。自腹腔镜外科手术开展以来,以其切口小、出血少等优势在外科手术中占有越来越高的比例,但D2淋巴结清扫术清扫范围大、清扫难度高。因此,关于腹腔镜胃癌D2根治术鲜有报道。笔者采用回顾性研究比较腹腔镜胃癌D2根治术和开腹手术患者的多项临床资料和指标,分析两者在手术安全性和可行性方面的差异。

资料与方法

一般资料:收集本院收治的接受手术治疗的胃癌患者58例;其中,男30例,女28例;患者年龄为24岁~79岁,平均年龄为(51.5±15.7)岁。病例收集标准:1.术前均进行胃镜病理诊断确诊为进展期胃癌;2.同时检查胸部和腹部CT、盆腔B超进行分期,无肝脏、腹腔、肺转移等;3.无淋巴转移灶融合包绕重要血管;4.肿瘤未与周围组织广泛浸润;5.患者及家属知情同意选择腹腔镜胃癌根治术或开腹手术。病例排除标准:1.已有远处转移或周围组织浸润;2.术前短期内有开腹史;3.患者未行D2根治术。

选取的58例胃癌患者均符合上述病例收集标准,其中,胃近端大部切除+D2淋巴结清扫术(PG+D2)16例、胃远端大部切除+D2淋巴结清扫术(DG+D2)30例、胃全切+D2淋巴结清扫术(TG+D2)12例。胃癌病理分期标准依据美国肿瘤研究联合委员会《AJCC癌症分期手册》(第7版)制定的分期标准。

依据上述病例资料的手术方式将其分为腹腔镜胃癌D2根治术组(22例)和开腹手术组(36例),两组患者术前平均年龄、体重、肝肾功能、血尿大便常规比较差异均无统计学意义,均符合手术指征。

手术方法:腹腔镜组手术方法:腹腔镜组行气管内插管全身麻醉术;采取平卧位,双腿分开。术前于脐下缘1厘米处切口,置10毫米Trocar(穿刺套管)作为观察孔,放置镜头,建立人工气腹。行常规腹腔镜探查,观察病变部位,癌组织是否向附近淋巴结及腹腔转移。于左侧腋前线肋缘下3厘米处行12毫米Trocar作为主操作孔;于右侧腋

前线肋缘下3厘米处行5毫米Trocar作为把持孔;于右侧锁骨中线肋缘下8厘米处行10毫米Trocar辅助操作孔;放置超声刀和把持钳等手术器械。根据患者具体病情和癌组织发生部位适当选择以下3种手术方式。

1.腹腔镜胃近端大部切除术。该手术保留了远端胃大弯和小弯血管弓。
2.腹腔镜胃远端大部切除术。淋巴结清扫操作方法同上,该手术主要切除胃远端大部,保留了胃短血管;行胃空肠吻合术;放置引流管,关闭气腹,逐层缝合手术切口。
3.腹腔镜全胃切除术。淋巴结清扫操作方法同上,需要离断胃短血管,全胃切除;行食管空肠吻合术。放置引流管,关闭气腹,逐层缝合手术切口。

开腹组手术方法:术前常规行胃肠减压,留置导尿管。气管插管,全身麻醉,取平卧位。采用常规开腹胃癌D2根治术。

观察指标:观察指标包括术中指标和术后指标。术中指标包括:手术时间、手术切口长度、术中出血量和输血率、清扫淋巴结数目及阳性淋巴结数目、切缘阳性率;术后指标包括:术后并发症、血尿大便常规、血生化指标。

结果

两组病例手术时间、手术切口长度、术中出血量和输血率的比较:比较两组病例的手术时间、手术切口长度、术中出血量和输血率,与开腹手术组相比,腹腔镜组手术时间较长,而手术切口长度、术中出血量和输血率明显降低。

两组病例清扫淋巴结数目及阳性淋巴结数目、切缘阳性率的比较:两组清扫淋巴结数目及

阳性淋巴结数目、切缘阳性率比较差异均无统计学意义。

两组病例术后并发症的比较:腹腔镜组出现吻合口出血1例;开腹组出现切口感染1例。两组术后并发症比较差异无统计学意义。

两组病例血尿大便常规、血生化指标的比较:两组病例的尿常规干化学和尿沉渣结果比较差异无统计学意义;大便常规镜检和大便潜血实验结果比较差异无统计学意义;血常规结果中,腹腔镜组白细胞数显著低于开腹组,而红细胞、血红蛋白和血小板比较差异无统计学意义;生化结果中,腹腔镜组C-反应蛋白比开腹组低,且下降幅度较开腹组显著。

讨论

胃癌是我国发病率较高的恶性肿瘤,严重威胁着人类的生存质量和生命安全。手术治疗一直是进展期胃癌治疗的首选方案,开腹手术作为传统手术治疗已经得到认可和普及;腹腔镜手术是近年来飞速发展的微创外科的典范,具有创伤小、出血少、手术风险小和术后恢复快等诸多优势。目前,腹腔镜手术已广泛地应用于结肠癌、直肠癌等的根治性外科治疗,但在治疗进展期胃癌方面鲜有报道。相关研究指出,腹腔镜手术治疗进展期胃癌的操作难度大,对能否达到与开腹手术相同的D2根治效果和手术安全性存在质疑。因此,笔者特从本院收治的进展期胃癌患者临床资料着手研究,采用回顾性研究,比较腹腔镜胃癌D2根治术和开腹手术在手术安全性和可行性方面的差异。

腹腔镜胃癌D2根治术作为一种新的进展期胃癌治疗的手术方式,具有严格的手术治疗操

作要求,并遵循肿瘤根治原则和无瘤原则;要求充分切除原发癌组织病灶和足够的周围正常组织,按照胃癌D2根治术要求清扫淋巴结,尽可能地清除腹腔内的癌组织,防止癌组织的播散和肿瘤复发,以期达到理想的手术治疗目标。

研究采用多项指标比较了腹腔镜胃癌D2根治术和开腹手术的治疗效果、手术安全性以及术后恢复情况。研究数据表明,腹腔镜胃癌D2根治术的手术时间比开腹手术时间长,但在手术切口长度、术中出血量、输血率、白细胞水平以及生化指标C-反应蛋白恢复情况等具有显著优势,在清扫淋巴结数目、阳性淋巴结数目、切缘阳性率、术后并发症、尿常规、大便常规等方面无明显差异。手术切口长度、术中出血量、输血率等指标表明,腹腔镜胃癌D2根治术在手术损伤方面占有一定的优势;白细胞水平在一定程度上反映了手术损伤和术后感染的情况;C-反应蛋白是常用的反映手术损伤的指标,其浓度的下降程度也可以反映术后损伤修复的情况。笔者选取了术后第1天、4天、7天、10天的C-反应蛋白水平,数据表明,腹腔镜组的C-反应蛋白水平恢复的速度快,明显优于开腹组。

腹腔镜手术也存在一定的不足,手术时间长、手术费用高、操作技术要求高等。但是,随着腹腔镜胃癌D2根治术的日益成熟和新的技术设备的不断发展,腹腔镜手术将以其显著的优势在治疗进展期胃癌方面占据越来越重要的地位,将为进展期胃癌的手术治疗研究提供更多更丰富的资料。

(作者供职于新乡医学院第三附属医院)

经验分享

病因:下肢静脉曲张多发生于从事体力劳动和长久站立工作的人群,俗称“蚯蚓腿”,就是指腿上长出许多蚯蚓状的血管团。这些血管团在早期除了影响美观外,可能不表现出任何的不适症状。但是,随着疾病的发展,患者逐渐出现下肢酸胀不适及钝痛感,尤其是在长久站立或活动后,这种感觉更加明显。疾病中后期时肢体皮肤可出现营养性改变,如瘙痒、脱屑、色素沉着等,甚至形成湿疹及溃疡。随着病情的逐渐发展,可以伴随肢体疼痛肿胀、瘀积性皮炎、血栓性浅静脉炎、静脉破裂出血等症状。血栓性浅静脉炎表现为条索状硬结、皮肤红肿热痛。多数患者未能在疾病早期得到正规治疗,而是在出现湿疹、皮炎、静脉性溃疡、血栓性浅静脉炎,甚至是出现了静脉曲张出血和其他并发症后才入院就诊,以至于导致治疗周期延长,下肢皮色变黑,脂质硬化,难治性溃疡的形成。因此,浅静脉曲张,看似小病,实则久病,及早发现,及早治疗,可以有效防止疾病进展,改善患者生活质量。

静脉曲张分级:0级表现为下肢沉重感,但没有明显的静脉曲张;1级:毛细血管扩张、网状毛细血管;2级:明显的静脉曲张,但没有水肿症状;3级:静脉曲张,伴有下肢水肿;4级:皮肤改变,如色素沉着、脂质硬化;5级:伴有已愈合溃疡;6级:没有愈合溃疡,俗称“老烂腿”形成。

治疗方法的选择:
0级~1级:改变生活方式、压力治疗。
2级~6级:结合病因,综合治疗,泡沫硬化治疗,手术联合压力治疗和药物治疗。

传统手术:高位结扎剥脱术。
在大腿根部和脚踝内侧各做一个小切口,其中大腿根部为2厘米切口,脚踝内侧为0.5厘米切口,解剖游离大隐静脉,于根部离断,并结扎,运用特殊医疗器械(静脉剥脱器,可以理解为一根长钢丝),于脚踝内侧大隐静脉管内置入,贯穿至大腿根部大隐静脉,全程剥脱大隐静脉。
优点:术后大隐静脉再通率低,剥脱掉了,也就不存在了。
缺点:麻醉时要选择腰部麻醉(肚脐以下无感觉,以上感觉正常);术后需卧床6小时;创伤较大、疼痛较明显;术后沿大隐静脉走行瘀斑明显;可能存在剥脱不完全,术中需增加手术切口等。

微手术:射频消融术。
射频消融是指一种加热装置,通过彩超引导下穿刺膝关节下方大隐静脉,置入目标靶静脉(病变大隐静脉),然后通过加热装置,摧毁靶静脉,从而达到闭合目的。

优点:可在局部麻醉下手术(在病变靶静脉局部注射麻醉药,术中除注射麻醉部位感觉消失,其他部位感觉正常);创伤小、切口小、疼痛轻、术后不需要拆线、愈合后不留瘢痕;相对传统手术,术后即可下地活动,平均住院日减少,术后瘀斑轻微,恢复快。
优点:相对传统手术,费用较高。

泡沫硬化剂注射治疗。
泡沫硬化剂是一种化学药品,通过注射到病变静脉管内,破坏静脉管腔内皮,达到闭合目的。通常与其他术式相互补充。
优点:不需要麻醉、操作简单、经济实惠、可重复操作。

缺点:单纯应用,容易复发。

(作者供职于郑州市第一人民医院)

实用方

健脾参芪汤

组成:党参15克、黄芪25克、茯苓12克、炒白术15克、桂枝9克、炒白芍20克、砂仁9克、清半夏9克、蒲公英12克、甘草6克。

功效:健脾益气、祛湿清热、和中缓急。
主治:用于胃及十二指肠溃疡等。
辨证:脾胃虚弱、湿滞化热者。
用法:每天1剂,分2次水煎服,滤渣取汤汁400毫升,一天2次,每次200毫升,餐后半小时温服。
(郑州市金水区总医院刘洪峰提供)

软组织肿瘤的诊断与介入治疗

□马波 李兆南 韩新巍

软组织肿瘤的种类繁多,名称混杂,特别是软组织恶性肿瘤的病理形态学,随着对其认识的不断提高,经常更改其病理命名,致使临床工作者在处理过程中感到比其他恶性肿瘤困难得多。恶性软组织肿瘤占全部恶性肿瘤的0.7%,年发病率在2/10万左右。恶性软组织肿瘤可发生在任何年龄,但仍以青壮年为多。男女比例为3:2,20岁~50岁为高发年龄。儿童期软组织肉瘤约占儿童全部恶性肿瘤的6.5%,仅次于白血病、脑肿瘤和淋巴瘤,居第4位。

恶性软组织肿瘤多见于四肢、躯干、腹膜后间隙,还可见于头颈,泌尿、生殖系统,常见的有纤维肉瘤、滑膜肉瘤、脂肪肉瘤、横纹肌肉瘤、平滑肌肉瘤等。

纤维源性肿瘤多发于皮下组织;脂肪源性肿瘤多发生于臀部、下肢及腹膜后;间皮瘤多发生于胸、腹腔;平滑肌源性肿瘤多发生于腹腔及躯干部;滑膜肉瘤则易发生于关节附近及筋膜等处。

病因

根据目前对软组织肿瘤的认识水平,对其发生都认为是单一的因素所致,诸多的证据表明电离辐射是肿瘤发生的原因。例如,在乳腺切除术后经照射以后胸腔发生的纤维肉瘤,除此之外,还与先天性畸形,家族性遗传,异物刺激,化学物质刺激,病毒因素,内分泌因素等有关。

临床症状

疼痛:可以是软组织肿瘤的早期症状,也可以是肿瘤压迫重要器官或神经的早

期症状。初始疼痛常轻微,呈间歇性,后逐渐发展为持续性,程度也会加剧。疼痛部位有时限于局部,有时会向远处放射,常常会有牵痛感、酸痛和钝痛并发。

肿胀:肿胀往往在疼痛经历一段时间后出现,恶性软组织肿瘤往往生长迅速,局部可有皮温增高及静脉迂曲,对周围组织的压迫以及功能影响比较明显,如关节周围的肿物会引起关节活动障碍,盆腔肿物可以导致肠梗阻或排便困难。

活动度:良性及低度恶性肿瘤,生长部位常表浅,活动度较大,生长部位较深或周围组织浸润的肿瘤,其活动度较小,腹膜后肿瘤因解剖关系多为固定型。

温度:软组织肉瘤的血供丰富,新陈代谢旺盛,局部温度可高于周围正常组织,良性肿瘤局部温度正常。

体征:恶性软组织肿瘤患者往往会有乏力、食欲减退、活动受限、发热等全身症状,严重时会有贫血、消瘦等恶病质表现。患者可出现局部肿胀、肿物结节、皮肤色素沉着、静脉迂曲或扩张等,往往伴有局部压痛、皮温增高,甚至皮肤破溃。软组织肉瘤可沿淋巴道转移,滑膜肉瘤,横纹肌肉瘤常有区域淋巴结肿大,有时融合成团。可以通过触诊判断肿物的质地、边界、活动度等,为诊断及治疗提供依据。

辅助检查

影像学诊断:目前影像学诊断技术发展非常迅速,常用诊断技术包括:X线片、CT、MRI(核磁共振成像)、血管造

影、超声等。

X线片:有助于进一步了解软组织肿瘤的范围、透明度及与邻近骨质的关系,如边界清晰,常提示为良性肿瘤;如边界清楚并见有钙化,则提示为高度恶性肉瘤,该情况多发生于滑膜肉瘤,横纹肌肉瘤等。

CT:具有对软组织肿瘤密度分辨力和空间分辨力的特点,是诊断软组织肿瘤的有效手段。

MRI:可以纵切面把各种组织的层次对肿瘤的全部范围显示出来,对于腹膜后软组织肿瘤,盆腔向臀部或大腿根部伸展的肿瘤,腮腺部的肿瘤以及肿瘤对骨质或骨髓侵袭程度的图像更为清晰,是制订治疗计划的可靠依据。

超声显像检查:该法可检查肿瘤的体积范围、包膜边界和瘤体内部肿瘤组织的回声,从而区别良性还是恶性,恶性者体大而边界不清,回声模糊,如横纹肌肉瘤,滑膜肌肉瘤,恶性纤维组织细胞瘤等,超声检查还能引导进行深部肿瘤的细胞学或组织学检查。

病理学诊断:组织活检的病理诊断被认为是诊断的“金标准”,具有重大意义,包括组织定性、分类、分期、定级,治疗方案以及生物学行为的表现等。目前临床常用的病理检查方法包括:细胞学检查、粗针活检、粗针穿刺活检、切取活检、通过光镜、免疫组化、电镜等方法进行鉴定。
细胞学检查:是一种简单、快速、准确的病理学检查方法,最适用于以下几种情

况:已破溃的软组织肿瘤,用涂片或刮片的采集方法取得细胞,镜检确诊;软组织肉瘤引起的胸腹水,必须用刚取到的新鲜标本,立即离心沉淀浓缩,然后涂片;穿刺涂片检查适用于瘤体较大、较深,而又拟作放疗或化疗的肿瘤,也适用于转移病灶及复发病灶。

粗针穿刺活检及细针穿刺活检:可以在超声或CT引导下进行,多用于术前诊断。

粗针穿刺活检:多在手术中采取此法,如较大的肢体肿瘤,需截肢时,在截肢前做切取活检,以便得到确切的病理诊断,肿瘤位于胸、腹或膜后时,不能彻底切除,可做切取活检,确诊后采用放疗或化疗。

切除活检:适用体积较小的软组织肿瘤,可连同肿瘤周围部分正常组织整块切除送病理检查。

诊断

软组织肿瘤的临床、影像学表现及病例改变十分复杂、多变,经常在不同学科、不同专家之间产生很大分歧,甚至最终的诊断有待于临床治疗后随访观察。因此,要综合临床、影像学及病

理资料进行诊断。

介入治疗

良性软组织肿瘤以观察及外科切除为主要治疗手段。恶性软组织肿瘤目前多以手术为主,术前或术后辅以化疗及放疗。常用的外科切除方法有:肿瘤根治术、肿瘤减瘤术等。对于晚期的四肢巨大软组织肿瘤,伴有溃疡大出血,而又无法止血,或伴发严重感染,如脓毒症、破伤风等危害病人生命安全,或肿瘤生长迅速并引起剧烈疼痛,难以用药物控制的病人,可以考虑截肢术。

软组织肿瘤介入治疗是在影像设备的引导下,通过穿刺针、导丝及导管等工具,采用微创技术将化疗药物、物理或生物制剂等引导至肿瘤部位,达到治疗肿瘤的目的。根据治疗途径的不同,分为血管性和非血管性介入治疗,前者主要包括动脉灌注化疗、栓塞治疗;后者包括经皮肿瘤直接穿刺药物注射、射频和微波治疗、氩氦刀冷冻治疗及放射性粒子植入等。作为软组织肿瘤综合治疗的重要组成部分,介入治疗已成为中晚期恶性软组织肿瘤治疗的特色手段之一。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)



郑州颐和医院
骨科三病区副主任医师牛小育:

科学预防脑卒中

扫码看视频



牛小育,郑州颐和医院骨科三病区(关节与运动医学外科)副主任医师;在关节外科、运动损伤、创伤骨科、脊柱外科和手足显微外科等骨科多个相关亚专业方面有丰富的理论知识和临床实践经验,以骨科创伤的临床诊疗为核心和依托,以骨与关节损伤为主要方向,将手足外科及创伤救治和显微外科基础相结合,运动损伤和关节镜微创技术相结合,在骨与关节损伤方面形成了成熟的诊疗策略,积累了大量髋关节和膝关节置换经验。

征稿

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》《用药指南》等栏目。
稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。
联系人:朱忱飞
电话:13783596707(微信账号)
投稿邮箱:5615865@qq.com