

肝肿瘤患者给予完全腹腔镜与开腹肝切除治疗的效果对比

叶 轲 白 宁 肖 亮 胡 曦
中南大学湘雅医院普外科 湖南长沙 410078

【摘要】目的 探究完全腹腔镜与开腹肝切除治疗肝肿瘤患者的临床疗效。**方法** 选取 2015 年 4 月至 2017 年 7 月期间我院收治的 77 例肝肿瘤患者，将其分为开腹组（37 例；开腹肝切除治疗）、腹腔镜组（40 例；完全腹腔镜下肝切除治疗），对比治疗效果。**结果** 腹腔镜患者术中出血量少于开腹组，术后胃肠道恢复时间以及平均住院时间均短于开腹组，统计学检验有差异（ $P < 0.05$ ），开腹组并发症发生率为 10.8%，腹腔镜组无并发症发生（ $\chi^2=4.561$ ， $P < 0.05$ ）。**结论** 完全腹腔镜治疗肝肿瘤患者效果优于开腹肝切除治疗效果，安全性高。

【关键词】 肝肿瘤；腹腔镜；开腹肝切除

【中图分类号】 R735.7

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2017) 07-068-02

前言：

肝肿瘤的发病部位为肝脏，肝脏切除术治疗是目前临床肝肿瘤治疗的有效手段之一。传统的临床手术治疗多采取开腹手术法，具有对患者伤害大、术后恢复慢等特点^[1]。随着医学技术的提高，腹腔镜在临床手术中被得到广泛的应用，并取得显著的治疗效果。腹腔镜手术对患者造成的伤害相对较小，且利于患者术后的恢复，逐渐被患者认可。本次研究回顾性分析 77 例肝肿瘤患者的临床资料，探究完全腹腔镜与开腹肝切除术对肝肿瘤治疗效果的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 77 例我院肝胆外科收治的肝肿瘤患者作为研究对象，时间从 2015 年 4 月至 2017 年 7 月，将上述患者随机分为开腹组、腹腔镜组，开腹组患者共 37 例，女性 13 例，男性 24 例，年龄 24~68 岁，平均年龄（55.4±2.8）岁，肿瘤直径（2.2~9.1）cm，平均直径（4.6±0.7）cm；腹腔镜组患者共 40 例，女性 18 例，男性 22 例，年龄 25~73 岁，平均年龄（55.8±2.7）岁，肿瘤直径（2.1~9.6）cm，平均直径（4.5±0.6）cm，患者签署了由医学伦理会批准的知情同意书，统计学分析两组患者的一般资料，无差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 治疗方法

腹腔镜组治疗方法如下：予以患者全身麻醉，麻醉形式为气管插管，协助患者取头高足低位，常规建立气腹，压力参数设置为 12~13mmHg，以根治性为治疗原则，采取五孔法进行治疗，如果患者为肝左叶肿瘤，腹腔镜观察孔选取脐上方 1cm 处，并置入长度 1.2cm 的套管针，同时在左锁骨、右锁骨中线肋缘下分别置入一个长度 1.2cm 套管针，在左腋、右腋中线肋缘下各置入一个长度 0.5cm 套管针。如果患者为肝右叶肿瘤，则腹腔镜观察孔选取脐右侧的直肌外侧，并置入长度 1.2cm 套管，在患者右锁骨下置入一个长度 1.2cm 套管针，在患者右腋中线的肋缘下置入一个长度 0.5cm 套管针，同时在剑突下、剑突下约 3~5cm 处分别各置入一个长度为 0.5cm 的套管针。术者可以根据肿瘤实际情况选择适当的观察孔和操作孔。根据手术中的具体情况可以对肝周围韧带进行游离，在进行断肝时，要根据患者的肝内管道大小，选取适当的手术器械，包括钛夹、超声刀、电凝等，常规置入引流管，将切除的肝脏置入标本袋中，并将标本取出。开腹组患者予以开腹肝切除治疗，即在患者右上腹部的肋缘下进行切口，形状为弧形，切口大小根据肿瘤的大小进行判断，同时根据患者肿瘤的具体位置以及肝脏的质地选取适合患者的断肝方式，术中根据具体的情况对肝周围韧带进行游离，对肝门血流予以阻断时可以选择不同的路径，包括超声刀断肝、钳夹法断肝等。

1.3 观察指标

本次研究观察的指标包括四个，分别为术中出血量、术

后胃肠道恢复时间、平均住院时间以及并发症发生率，通过对比两组患者各指标数据结果，探究不同治疗方式的应用效果。

1.4 统计学方法

SPSS22.0 统计学软件处理本次研究数据结果，（ $\bar{x} \pm s$ ）用以表示计量资料，采取 T 检验，百分比用以表示计数资料，采取 χ^2 检验，统计学检验结果有差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 时间、出血量指标比较

腹腔镜组患者术中出血量少于开腹组，术后胃肠道恢复时间以及平均住院时间均短于开腹组，统计学检验有差异（ $P < 0.05$ ），详细的数据指标结果见表 1。

表 1：两组患者的时间和出血量指标结果（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	术中出血量 (ml)	术后胃肠道 恢复时间 (d)	平均住院 时间 (d)
开腹组	37	352.6±46.8	4.1±2.2	9.2±1.8
腹腔镜组	40	167.5±24.3	1.9±0.8	5.3±1.3
T 值		22.018	5.918	10.959
P 值		0.001	0.001	0.000

2.2 并发症发生结果比较

开腹组并发症发生率为 10.8%，腹腔镜组无并发症发生，统计学有差异（ $\chi^2=4.561$ ， $P < 0.05$ ），患者并发症发生结果见表 2。

表 2：两组患者并发症发生结果（n，%）

组别	例数	肺部感染	切口感染	胆漏	并发症发生率
开腹组	37	1 (2.7)	2 (5.41)	1 (2.7)	4 (10.8)
腹腔镜组	40	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
χ^2 值		1.095	2.220	1.095	4.561
P 值		0.295	0.136	0.295	0.033

3 讨论

随着微创理念的宣传和推广，各种手术的器械在不断的改进，腹腔镜作为一种新的技术在临床被广泛的应用^[2]。传统的手术治疗虽然可以达到治疗的目的，但是治疗的整体效果不高，腹腔镜技术的出现有效的弥补传统手术的不足，因此，备受人们的关注。

肝肿瘤是临床一种常见疾病，手术疗法是治疗该疾病最重要的方式之一。与传统开腹手术比较，完全腹腔镜手术的优势在于：第一，手术切口小，对患者造成的创伤下。第二，患者术后恢复快，不仅缩短了住院的时间，还减少了住院的费用。第三，术后并发症少，安全性高^[3]。部分学者认为完全腹腔镜手术虽然优势较多，但是也存在不足，例如气腹压力容易导致肿瘤细胞病症的转移，或者导致腹膜酸性中毒，

（下转第 70 页）

糖尿病患者易引起微血管病变进而导致肾小球损伤, 最终发展为 DN, 是一种严重危害患者生命健康的糖尿病并发症。该疾病进展与血糖升高有关, 临床上将控制血糖作为 DN 的基础治疗, 根据患者自身情况选择口服降糖药或胰岛素注射。

福辛普利作为一种常见的 ACE I 类药物, 通过抑制血管紧张素 II 和内皮素的生成达到舒张血管、降低血压的作用。同时, 也能降低尿蛋白水平和减轻肾小球硬化, 还能抑制系膜细胞增生和间质细胞纤维化, 对患者肾功能有保护作用, 是临床上治疗 DN 的一线药物^[3]。但有研究指出^[4], DN 患者长期服用 ACE I 类药物可能出现醛固酮逃逸现象, 导致治疗效果不理想。近年来, 临床上使用螺内酯以逆转醛固酮逃逸造成的损伤, 并取得一定成效。螺内酯作为一种醛固酮拮抗剂, 与醛固酮受体有较高的亲和性, 通过对醛固酮系统的拮抗作用降低肾小球滤过率、改善肾脏血流状态、促进毛细血管正常运作, 从而达到抑制其对肾脏损伤的目的。此外, 螺内酯还能减少促纤维因子、活性氧的产生, 对肾脏纤维化有较强的抑制作用, 有利于病情转归^[5]。本研究结果显示, 两组患者经 12 周的治疗后, 血清 SCr、BUN 水平和 mAlb 均较治疗前降低, 且加用醛固酮治疗的联合组患者各项指标改善情况更好, 进一步证实了醛固酮对 DN 患者的肾脏保护作用。

TGF- β 1 属于调节细胞生长和分化的超家族, 具有一定的免疫抑制作用, 且能促进成纤维细胞生长, 因而阻断 TGF- β 1 的表达对预防肾脏等器官的纤维化有积极意义^[6]。本研究中, 两组患者经治疗后血清 TGF- β 1 水平均较治疗前降低, 且联

合组改善情况更佳, 表明醛固酮与福辛普利联用可有效阻断 TGF- β 1 在 DN 患者体内的表达, 有利于阻止疾病进展。动物实验表明^[7], 螺内酯对 TGF- β 1 的抑制作用可能与其拮抗醛固酮以及抗氧化应激作用密切相关。

综上所述, 螺内酯联合福辛普利对 2 型 DN 患者的肾功能有保护作用, 可降低 mAlb 和血清 TGF- β 1 水平, 于病情转归有利。

[参考文献]

- [1] 吴斌, 应静. 螺内酯与缬沙坦联合应用对早期糖尿病肾病患者肾功能的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2015, 35(12):89-91.
- [2] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学[M]. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013:1452-1453.
- [3] 姚玲, 吴思思. 羟苯磺酸钙联合福辛普利治疗糖尿病肾病的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2017, 17(4):521-522, 525.
- [4] 张晓燕, 陈赫军, 何芳, 等. 血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素受体 II 阻滞剂联用小剂量螺内酯治疗糖尿病肾病的循证医学研究[J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(8):905-911.
- [5] 史淑贤. 螺内酯对早期糖尿病肾病微量白蛋白尿的影响及肾功能的保护作用[J]. 医学综述, 2016, 22(19):3940-3942.
- [6] 邓世康, 陈晓波, 金焰, 等. 5-氟尿嘧啶抑制 TGF- β 1 诱导人肝内胆管上皮细胞间质化[J]. 基础医学与临床, 2017, 37(8):1122-1127.
- [7] 陆晓兰, 杨慧, 刘文娟, 等. 螺内酯对 db/db 糖尿病小鼠肾脏的保护作用及其机制研究[J]. 中华糖尿病杂志, 2015, 7(4):245-249.

(上接第 67 页)

可对血管内皮细胞受损实行有效抑制, 对于缺血性脑水肿的抑制效果也比较理想^[6]。同时, 能很好的改善患者的神经功能, 为效果较佳的自由基清除剂。这一药物, 还可对氧化酶、次黄嘌呤氧化酶活性实行抑制, 直接对前列环素生成情况构成刺激, 阻止炎症递质白细胞三烯生成, 减少羟自由基浓度和缺血半暗带神经细胞受损发生率。抑制迟发性神经元死亡的同时, 对血管内皮细胞受损伤情况、缺血性脑水肿情况加以抑制, 进而有效改善患者的神经功能。

本次研究结果显示, 观察组的治疗总有效率为 92%, 对照组的治疗总有效率为 68%, 统计学意义显著, $P < 0.05$ 。治疗前, 两组神经功能缺损评分比较, 无统计学意义, $P > 0.05$ 。治疗后, 两组神经功能缺损评分比较, 观察组神经功能缺损评分明显优于对照组, 统计学意义存在, $P < 0.05$ 。可见, 通过依达拉奉对急性脑梗死治疗, 可将缺血周边、缺血再通部分所致羟自由基清除, 进而可有效抑制神经功能障碍。

(上接第 68 页)

减弱腹膜对肿瘤的免疫力等^[4-5]。但是随着腹腔镜技术的不断完善和成熟, 上述问题已经逐渐的解决和克服, 且对患者整体的治疗效果较高, 因此得到临床患者的认可。本次研究结果显示, 腹腔镜组患者的出血量指标以及时间指标均优于开腹组, 且无并发症发生 ($P < 0.05$), 本次研究结果说明完全腹腔镜肝切除治疗肝肿瘤的效果更佳, 要远远优于开腹肝切除手术疗效。

综上, 肝肿瘤患者临床应用完全腹腔镜肝切除治疗的效果要比开腹肝切除手术治疗效果好, 出血量少, 术后恢复快, 安全性高, 可以推广于临床的治疗中。

综上所述, 急性脑梗死治疗中, 应用依达拉奉, 治疗安全性较高, 可行性强, 并可改善患者神经功能缺损评分, 值得在急性脑梗死的治疗中应用、推广。

[参考文献]

- [1] 张鲜民. 依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(8):928-929.
- [2] 高琦, 黄玉雕, 张忠波. 丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2017, 12(21):129-130.
- [3] 王瑶. 丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(8):85-87.
- [4] 庞伟, 李洪涛, 程弘宇等. 阿加曲班联合依达拉奉治疗急性脑梗死的效果观察[J]. 解放军医药杂志, 2017, 29(4):70-74.
- [5] 常惠霞. 高压臭氧联合依达拉奉治疗急性脑梗死的效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(2):111-113.
- [6] 傅科锋. 丁苯酞联合依达拉奉治疗急性脑梗死效果观察[J]. 中国乡村医药, 2017, 24(14):19-20.

[参考文献]

- [1] 武金才, 李灼日, 周开伦, 等. 完全腹腔镜肝切除术在肝肿瘤治疗中的应用和评价[J]. 肝胆胰外科杂志, 2014, 26(3):192-194.
- [2] 张翔, 曾永毅, 池阔辉, 等. 258 例腹腔镜肝肿瘤切除术的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2014, 13(3):198-201.
- [3] 王海涛, 马魏杰, 喻满成, 等. 腹腔镜肝切除术在治疗肝肿瘤中的临床应用价值[J]. 中华肝脏外科手术学电子杂志, 2016, 5(1):21-25.
- [4] 毛岸荣, 潘奇, 赵一鸣, 等. 腹腔镜与开腹肝肿瘤切除术临床疗效的对比分析[J]. 中国癌症杂志, 2017, 27(4):293-296.
- [5] 赵一鸣, 刘泽阳, 潘奇, 等. 腹腔镜与开腹肝切除术对老年肝脏恶性肿瘤患者的疗效分析[J]. 上海预防医学, 2017, 29(6):463-467.