

腹腔镜肝切除术治疗非边缘部位小肝癌的临床效果观察

王元贵

万宁市人民医院 海南万宁 571500

【摘要】目的 探讨腹腔镜肝切除术治疗非边缘部位小肝癌的临床效果。**方法** 回顾性分析 2015 年 6 月~2018 年 6 月期间, 我院收治的非边缘部位小肝癌患者 100 例, 根据不同的治疗方法, 将其分为开腹组 (n=50) 和腹腔镜组 (n=50), 对两组患者的治疗效果, 术中出血量, 进食时间, 住院时间和术后并发症发生率进行临床观察分析。**结果** 腹腔镜组患者的总有效率高于开腹组, 进食时间和住院时间均短于开腹组, 术中出血量少于开腹组, 术后并发症发生率低于开腹组, 腹腔镜组患者的治疗效果, 术中出血量, 进食时间, 住院时间和术后并发症发生率与开腹组相比具有一定的差异, 统计学意义显著 ($P<0.05$)。**结论** 采用腹腔镜肝切除术治疗非边缘部位小肝癌患者疗效显著。

【关键词】 腹腔镜肝切除术; 非边缘部位小肝癌**【中图分类号】** R735.7**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 02-063-02

肝癌即为原发性肝癌, 是一种我国常见的恶性肿瘤疾病。目前, 我国肝癌在恶性肿瘤死亡排位中占第 2 位, 肺癌对发于在城市, 胃癌多发于农村。其临床症状有腹水、侧支循环的发生、呕血、肢体水肿、体重减轻、肝脏肿大、全身乏力、食欲减退、黄疸等。小肝癌是相对于大肝癌一种亚临床肝癌, 又称为早期肝癌, 小肝癌在临床上症状不显著。为此, 本研究回顾性分析 2015 年 6 月~2018 年 6 月期间, 我院收治的非边缘部位小肝癌 100 例患者作为研究对象进行临床分析, 现将研究内容报告如下。

1 资料与方法**1.1 一般资料**

回顾性分析 2015 年 6 月~2018 年 6 月期间, 我院进行治疗的非边缘部位小肝癌 100 例患者作为研究对象, 根据不同的治疗方法, 将其分为腹腔镜组 (n=50) 和开腹组 (n=50), 纳入标准: 通过对两组患者的临床症状进行判断, 利用生化、肿瘤标记物、彩超和 CT 等影像学检查, 术前考虑为小肝癌且术后明确病理学检查明确诊断为非边缘部位小肝癌。腹腔镜组患者男 16 例, 女 34 例, 年龄范围 36~79 岁, 平均年龄 (58.6 ± 9.3) 岁, 病程范围 2~16 个月, 平均病程 (8.7 ± 3.2) 个月; 开腹组患者男 18 例, 女 32 例, 年龄范围 37~78 岁, 平均年龄为 (60.3 ± 8.6) 岁, 病程范围 1~19 个月, 平均病程 (9.3 ± 4.2) 个月; 腹腔镜组和开腹组患者在一般资料上无明显的统计学差异 ($P>0.05$), 可进行对比。

1.2 手术方法

腹腔镜组采用腹腔镜肝切除术进行治疗, 术前检查, 确定患者的病变切除范围, 根据患者的切除部位适当的游离患者的肝脏, 利用超声刀结合 LigaSure 离断肝实质, 在患者的肿瘤位置判断困难时利用腹腔镜下超声引导, 明确肿瘤位置、大小, 在距离肿瘤 1cm 以外进行肝部分切除术, 肝创面彻底止血, 放置腹腔引流管即可。开腹组采用开腹手术治疗, 常规采用右侧肋缘下斜行切口入路, 充分游离肝脏, 暴露肿瘤病灶在距肿瘤边缘 1cm 处进行肝部分切除术即可。

1.3 观察指标

①统计分析两组患者的治疗效果。疗效分为, 痊愈: 患者疼痛消失, 症状消失; 有效: 患者疼痛有所改善, 症状逐渐减少; 无效: 患者病情无好转, 且加重。②统计分析两组患者的术中出血量, 进食时间和住院时间。③统计分析两组患者的术后并发症发生率。

1.4 统计学方法

两组患者治疗的数据用 SPSS20.0 软件核对, 用均数 $\pm$ 标准差表示两组患者的术中出血量, 进食时间和住院时间等指标数据, 用 t 检验; 用 “%” 表两组患者的治疗效果和术后并发症发生率并用卡方检验, 当两组患者的各指标数据有差异时, 则用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 对两组患者治疗效果进行比较 见表 1。

2.2 观察分析两组患者的术中出血量, 进食时间和住院时间 详见表 2。

表 1: 两组患者的治疗效果 [n(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效率
腹腔镜组	50	36 (72.00)	10 (20.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
开腹组	50	28 (56.00)	12 (24.00)	10 (20.00)	40 (80.00)

注: 腹腔镜组患者的治疗效果与开腹组相比具有一定的差异, 统计学意义显著 $P<0.05$ 。

表 2: 两组患者的术中出血量, 进食时间和住院时间 [$\bar{x}\pm s$]

组别	例数	术中出血量 (ml)	进食时间 (h)	住院时间 (d)
开腹组	50	504.3 ± 26.6	63.8 ± 4.6	11.8 ± 3.5
腹腔镜组	50	289.6 ± 24.7	25.9 ± 5.3	6.46 ± 2.4

注: 观察组患者的术中出血量, 进食时间和住院时间与对照组相比具有一定的统计学差异, 统计学意义显著 $P<0.05$ 。

2.3 观察分析两组患者的术后并发症发生率

开腹组患者出现腹水 2 例, 胸腔积液 4 例, 切口脂肪液化 4 例, 并发症发生率是 20%; 腹腔镜组患者出现腹水 1 例, 胸腔积液 0 例, 切口脂肪液化 2 例, 并发症发生率是 6%。腹腔镜组患者的术后并发症发生率与开腹组相比具有统计

学意义显著 $P<0.05$ 。

3 讨论

小肝癌具有较为明显的病理特征, 其分化和癌灶的大小有密切的关联, 其特点具有膨胀性和浸润性, 伴有极少的卫星结节, 癌周围出现较多的肝病背景。小肝癌的肝细胞癌中单

个癌结节 ($r \leq 2\text{cm}$), 两个癌结节 ($r \leq 3\text{cm}$), 在患病期间患者无任何临床症状, 镜下检查小肝癌瘤结节大部分都呈球形, 边界较为清楚, 切面较为均匀, 无任何出血和坏死现象。临床研究证明, 我国的小肝癌标准: 单个癌结节 ($r \leq 3\text{cm}$), 两个癌结节 ($r \leq 3\text{cm}$)^[1]。

目前, 随着医学技术的不断发展, 腹腔镜微创技术的不断引进临床, 使临床上治疗胆肝肝癌患者积累了大量的临床价值。相对于传统的开腹手术, 微创手术对患者的创伤较小, 术后患者恢复的时间较短, 术后进食的时间短, 可有效减少患者对腹腔内脏的暴露和水分的蒸发, 对患者的腹腔脏器刺激性较小, 胃肠功能恢复较快, 大大减轻患者的疼痛, 可明显改善患者的生活质量, 另外, 腹腔镜在切除方面具有一定

的凝固和止血功能, 可有效减少患者的创面出血量, 最大程度上提高患者的治疗效果^[2]。

综上所述, 采用腹腔镜肝切除术治疗非边缘部位小肝癌患者疗效显著, 可有效的缩短患者的进食时间和住院时间, 减少患者的术中出血量, 降低患者的术后并发症发生率, 为该病患者的治疗提供较为科学的临床价值。

参考文献

- [1] 刘宇斌. 腹腔镜肝切除术治疗老年非边缘部位小肝癌的临床价值 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(23):5870-5871.
- [2] 周兵, 汪正伟, 牛坚等. 腹腔镜与开放性肝切除术治疗小肝癌的近期疗效比较 [J]. 中国普通外科杂志, 2013, 22(7):862-866.

(上接第 60 页)

术与开腹阑尾切除术的对比研究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011, 18(12):1327-1329.

[2] 张伟耀, 周霞. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的并发症大样本对比分析 [J]. 中国全科医学, 2014, 17(03):322-324.

[3] 王英俊, 黄磊. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾手术的对比分析 [J]. 大家健康 (学术版), 2015, 9(22):104-105.

[4] 庞永奎. 腹腔镜与开腹阑尾切除术治疗急性穿孔性

阑尾炎的疗效对照分析 [J]. 中华普通外科学文献 (电子版), 2015, 9(06):491-493.

[5] 牟剑虹. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究 [J]. 工企医刊, 2013, 1(06):486-487.

[6] 李清, 张忠民. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的临床对比研究 [J]. 大家健康 (学术版), 2015, 9(06):107-108.

[7] 陈海英, 陈克绒, 黎枝红. 腹腔镜阑尾切除术与开腹阑尾切除术的对比观察与护理 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2012, 1(07):62-64.

(上接第 61 页)

疗效果, 因此需注重临床免疫检验质量控制。而影响检验质量的因素较多, 如试剂存储时间长短、溶血状况、患者自身抗体及操作过程失误等, 必须从各个环节严格落实质量控制措施^[4]。严格质量控制需从检验前、检验中和检验后进行优化, 确保合理采集血液标本和科学处理, 并重视试剂、设备等核查工作, 且需完整记录检验结果, 确保提高检验质量。本次研究结果显示观察组检验质量问题发生率 2.13% 显著低于对照组 12.77%, $P < 0.05$; 观察组质量控制有效效率 97.87% 显著高于对照组 78.72%, $P < 0.05$, 表明实施严格质量控制可减少相关问题的发生, 利于保障检验结果准确性, 确保患者获得科学有效的质量, 提高质量控制效果。

综上所述, 全面落实临床免疫检验严格质量控制的相关性对策, 利于提高检验结果准确性, 应用价值较高。

参考文献

- [1] 韩洁琼. 临床免疫检验质量控制对检验结果可靠性和准确性的影响 [J]. 淮海医药, 2017, 35(6):647-649.
- [2] 熊国润. 临床免疫检验质量控制的相关性措施对检验结果的可靠性和准确性的影响探析 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(2):111-111.
- [3] 杜文水. 临床免疫检验质量控制的相关性措施对检验结果的影响 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(29):5861-5862.
- [4] 吴长洪, 叶碧, 曾作兵. 临床免疫检验分析前的质量控制及对策分析 [J]. 广东微量元素科学, 2017, 24(2):23-26.

(上接第 62 页)

另一方面可以促进骨折的正常, 便于预后恢复^[5]。

本研究将选入的胫腓骨多段骨折的患者随机分成切开复位常规钢板内固定的对照组与闭合复位微创锁定钢板内固定的观察组, 结果, 治疗后, 观察组的治疗优良率高于对照组, 差异有统计学的意义 ($P < 0.05$)。观察组的并发症发生率低。可见, 闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的临床疗效显著。

综上所述, 闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的临床疗效好, 治疗后的并发症发生率低, 可在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 刘冰, 张东连, 方昕, 等. 胫腓骨多段骨折不同手术

方法治疗 85 例疗效分析 [J]. 中外健康文摘, 2014, 9(19): 154.

[2] 吴晓东. 有限切开复位锁定钢板内固定治疗胫腓骨骨折 36 例 [J]. 医学理论与实践, 2012, 25(10): 1201-1202.

[3] 刘昌海, 王占朝, 陆骅, 等. 经皮锁定钢板与传统解剖钢板内固定治疗胫骨下段骨折的比较 [J]. 中国组织工程研究, 2014, 13(17): 2703-2708.

[4] 林世荣, 唐继仁, 梁科友, 等. 闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折 30 例 [J]. 广西医科大学学报, 2014, 31(5): 839-840.

[5] 孔闪闪. 闭合复位微创锁定钢板内固定治疗胫腓骨多段骨折的临床效果观察 [J]. 医学理论与实践, 2016, 29(6): 766-767.