

• 论 著 •

胰十二指肠切除术治疗胰腺癌的临床效果观察

李 丰

湘潭市中心医院肝胆外科 411100

【摘要】目的 针对使用胰十二指肠切除术 (Pancreaticoduodenectomy) 的手术方式治疗胰腺癌 (pancreatic cancer) 患者的效果进行分析与观察, 并总结经验。**方法** 选取 2016 年 1 月到 2019 年 3 月期间于我院收治的胰腺癌患者 200 例作为观察对象, 并以“随机数字表法”的方式分为两组 (100 例/组)。实施扩大式胰十二指肠切除术为观察组, 实施标准式胰十二指肠切除术为对照组, 并将 2 组结果进行比较。**结果** 观察组临床总有效率 (98.00%) 高于对照组 (91.00%), 观察组淋巴结清扫总数量 (12.18 ± 3.41 个) 多于对照组 (6.21 ± 2.11 个), 差异显著 ($P < 0.05$)。**结论** 相比标准式胰十二指肠切除术, 扩大式胰十二指肠切除术更能在治疗胰腺癌患者中起到良好的临床效果。

【关键词】 胰十二指肠切除术; 胰腺癌; 临床效果**【中图分类号】** R735.9**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 10-026-02

0 前言

胰腺癌 (pancreatic cancer) 属于一种消化系统类的恶性肿瘤。胰腺位于胃的后方, 当胰腺中的细胞开始出现不受控制的增殖且形成肿块之时, 便意味着胰腺癌的产生。这些癌细胞具有侵入人体内的其他部位的能力, 胰腺癌分很多种, 在诸多类型中胰腺癌所占比例为 85%, 其发病率也呈现出每年均增的势头, 胰腺癌好发部位一般起始于消化酶部位, 而该疾病最常见的临床表现则包括: 自觉痛、压痛、皮肤泛黄、腹背部疼痛、食欲不振、尿色深、粪便颜色浅、原因不明的体重骤减等现象^[1]。在早期阶段, 患者往往不会表现出明显的临床症状, 甚至由于该疾病的特异性使得病情即便是发展到晚期阶段之前也不会有十分明显的症状存在, 正是因为这样, 往往会使患者忽略掉该疾病的存在和发展, 等到患者察觉之时, 为时已晚, 得以确认的时候胰腺癌已经扩散到机体的其他部位了。就目前情况来说, 想要改善预后, 通常会采取手术的方式进行根治, 因此我院决定在 2016 年 1 月开始将扩大式胰十二指肠切除术 (Pancreaticoduodenectomy) 与标准式胰十二指肠切除术应用到治疗中, 胰十二指肠切除术是一种主要治疗胰腺癌患者的外科手术, 可用于切除胰头处的癌性细胞, 同样也可用于治疗十二指肠损伤和胰腺损伤等, 现将本次研究报道如下:

1 基本资料及方法

1.1 基本资料

我院于 2016 年 1 月到 2019 年 3 月期间收治 200 例胰腺癌患者作为观察对象, 以“随机数字表法”的方式分为观察组与对照组, 每组各 100 例。观察组男、女胰腺癌患者之比为 46 例/54 例, 年龄 25 ~ 70 岁 (54.61 ± 3.76 岁), 肿瘤大小为 0.5 ~ 5cm (3.46 ± 0.31 cm)。对照组男、女胰腺癌患者之比为 44 例/56 例, 年龄 26 ~ 70 岁 (54.59 ± 3.77 岁), 肿瘤大小为 0.6 ~ 4.9cm (3.43 ± 0.32 cm)。观察组与对照组患者基本资料经统计学处理后, 差距有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 手术治疗方法

所有患者均采用平卧体位, 行全身麻醉, 在右腹的直肌处作一切口。

对照组·标准式胰十二指肠切除术, 具体实施步骤为:

a. 在进入腹腔后, 观察周围组织情况并找寻病灶, 确认实施手术者机体内时候存在淋巴结转移现象; b. 游离于胰头与十二指肠两处, 充分将肠系膜上静脉、下腔静脉与腹主动脉

一并暴露, 随后将远端 1/2 胃部和胆囊切除, 胰腺钩突彻底切除且将胰腺离断 (距肿瘤 2cm 外); c. 将消化道重新建立; d. 上述步骤完成后, 进行胰腺被膜-空肠浆肌层, 胰腺-空肠断端, 胰腺均套入与空肠并吻合^[2]。

观察组·扩大式胰十二指肠切除术, 其手术具体方法在标准式的基础上进行后腹膜淋巴结、肝门部淋巴结清扫, 或行肠下面上静脉或行门静脉部分吻合术^[3]。

1.3 观察指标

观察两组临床治疗效果和淋巴结清扫总数量, 其中临床治疗效果使用 RECIST (实体瘤疗效评价标准) 评价肿瘤治疗效果, 分为“CR (完全缓解)、PR (部分缓解)、SD (稳定)、PD (进展)”四种结果。(总有效率=CR+PR)

1.4 统计学处理

核算软件: SPSS 22.0 版本, 文中临床治疗效果运用 χ^2 值检验, 当结果均显示为 $P < 0.05$ 时, 说明两组患者上述指标比较有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗效果

观察组临床总有效率高高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。(结果详情见表 1)

表 1: 观察组与对照组患者临床治疗效果 (%; n=100)

分组	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	88	10	2	0	98 (98.00)
对照组	82	9	5	4	91 (91.00)

2.2 淋巴结清扫总数量

观察组淋巴结清扫总数量 (12.18 ± 3.41 个) 多于对照组 (6.21 ± 2.11 个), 差异显著 ($P < 0.05$)。

3 讨论

胰腺癌发病后具有神经和淋巴侵袭度高的特点, 因此需要尽早千万医院进行就诊以在早期阶段采取手术治疗的方式得以根治。最常见的标准式胰十二指肠切除术切除技术包括整块切除胃的远端部分 (胃窦)、十二指肠的第一和第二部分、胰头、总胆管和胆囊^[4]。该区域的淋巴结通常在手术过程中也被切除 (淋巴结清扫术)。然而, 并不是所有的淋巴结都在标准式胰十二指肠切除术中被切除, 因为研究表明患者并没有从手术中获益。

(下转第 29 页)

患者就能够获得理想的血糖控制效果。同时,及时有效的在发病早期对患者实施治疗,可有效降低高糖毒性,从而达到改善 β 细胞功能的目的,能够使患者的 β 细胞功能恢复到一个比较良好的状态,这低于患者日后实现持久、良好的血糖控制效果,是大有裨益的^[4]。

因此,如何选择初发2型糖尿病治疗方案就成为了临床不断探索的问题,对于初发2型糖尿病患者的治疗,不仅要考虑血糖控制效果,同时要考虑患者治疗过程中低血糖的控制。二甲双胍是临床常用的初发2型糖尿病治疗药物,但单纯应用二甲双胍疗效有效,因此,临床主张联合用药。

西格列汀和格列美脲均是临床常用的口服类降糖药物,在2型糖尿病的治疗中均表现出了较好的应用效果,均具有良好的改善胰岛素抵抗的作用。因此,与二甲双胍联合应用,两种药物均能够取得良好的血糖控制效果。但对于2型糖尿病来说,其致病因素比较复杂,其中一个突出的高危因素就是肥胖,肥胖会引起胰岛素抵抗,从而影响降糖效果。而部分传统的降糖药物,不仅无法有效控制体重,甚至会增加患者体重,这对于临床治疗十分不利^[5]。而从本次研究中可以看到,西格列汀对患者的体重具有明显的改善和调节作用,且患者用药过程中的低血糖发生率更低,表现出了较大的应用优势。

综上所述,格列美脲联合二甲双胍治疗初发2型糖尿病,

能够取得与西格列汀联合二甲双胍治疗相当的血糖控制效果,但西格列汀联合二甲双胍对初发2型糖尿病患者的体质指数改善程度更加优势,且在预防低血糖发生中的效果更加明显。因此,临床可将西格列汀联合二甲双胍作为初发2型糖尿病患者的首选治疗方案进行应用。

参考文献:

- [1] 陈海静,孙海燕,刘红丹.西格列汀与格列美脲分别联合二甲双胍治疗初发2型糖尿病的疗效观察比较[J].中国现代药物应用,2017,11(02):4-6.
- [2] 刘福平,张星光,陈彬.二甲双胍联合西格列汀或格列美脲对2型糖尿病血糖波动和氧化应激的影响[J].中国现代医学杂志,2015,25(33):71-74.
- [3] 阮勇,王秀景,谭擎缨,等.西格列汀治疗初发2型糖尿病伴非酒精性脂肪肝的疗效及对患者血糖、血脂的影响[J].中国药师,2015,18(07):1160-1162.
- [4] 罗晶,张绍维,丁丽,等.格列美脲或西格列汀联合二甲双胍对初诊T2DM患者胰岛功能影响的对比研究[J].辽宁医学杂志,2015,6(02):90-92.
- [5] 张明,徐春荣,李雪侠,等.口服二甲双胍血糖控制不佳的2型糖尿病患者联合西格列汀治疗的有效性和安全性[J].糖尿病新世界,2016,34(09):1-3.

(上接第26页)

结果显示,观察组临床总有效率(98.00%)高于对照组(91.00%),观察组淋巴结清扫总数量(12.18 ± 3.41 个)多于对照组(6.21 ± 2.11 个),差异显著($P < 0.05$)。说明扩大式胰十二指肠切除术效果明显且能够彻底清除较多的淋巴结数量。同时需注意的时,手术操作步骤较为复杂,涉及脏器多,因此在开始前应仔细了解病情范围和发展情况,进行各项检查以辅佐判断,在最大程度上改善患者预后。

总而言之,两种胰十二指肠切除术都能起到明显的效果,但相比标准式胰十二指肠切除术,扩大式胰十二指肠切除术更能在治疗胰腺癌患者中起到效果更好,淋巴结清扫结果更明显。

参考文献:

- [1] Turner K.M.,Majekodunmi K.,Manejwala A.et al.Image Findings

in Celiac Artery Stenosis Due to Median Arcuate Ligament Compression:A Crucial Diagnosis When Planning for Pancreaticoduodenectomy[J].Journal of gastrointestinal surgery:official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract,2014,18(3):638-640.

- [2] 王龙飞.两种不同入路胰十二指肠切除术治疗胰头癌的临床分析[D].兰州大学,2018.

[3] Berlin A.,Kelly P.,Bahl A.et al.Duodenal toxicity after fractionated chemoradiation for unresectable pancreatic cancer:In regard to Kelly et al[J].International Journal of Radiation Oncology,Physics,2014,88(1):237-237.

- [4] 黄长山,余伟,王谦,等.扩大胰十二指肠切除与标准胰十二指肠切除治疗胰腺癌的临床研究[J].肝胆外科杂志,2018,26(01):35-38.

(上接第27页)

况,防止针头脱落。患儿家属尽量在输液室内输液,不离开护理人员的视线。检查输液固定手板的牢固程度,避免松动导致问题。第二,护理人员在输液前,需要注意加强核对工作。医护人员必须要提高相关用药知识,对儿童用药进行严格监管,避免出现用药失误的情况。重视儿童用药的剂量、种类等,避免由此导致的不适。加强儿童用药的合理性。同时护士加强检查核对,确认是否存在问题。如果对医嘱存疑,要及时与医生沟通,确认是否无误。在交班时,详细交代输液中需要注意的事项。第三,积极改善输液环境。医院输液室要合理规划空间,摆放输液装置、仪器设备、室内座椅等。可以根据往年的经验及时安排。使用合适的通风设备,改善室内空气流通情况,减少感染风险。在输液室内外,可以张贴提示语,尽量一名患儿由一名家属陪护,减少人流的密集程度。如果患儿有腹泻、呕吐等,设置指定的区域,提供相应的收集容器,将患儿隔开输液。集中收集处理呕吐物、排泄物等。对于呼吸道感染的患儿,需要分开输液^[5]。注意加强输液室的消毒清洁。第四,输液室护理人员要提升综合素质,

规范操作,提升应急处理能力。定期培训门诊输液室护士,提升护士的责任心,专业技能和综合素质。专业技术水平高,一次穿刺成功率能够有效提高。护士责任心强,能够及时有效预见可能的风险和安全隐患,从而加强处理。对儿童有同情心和关怀心,能够有效安抚患儿,减少护理风险。

综上所述,儿童输液护理中,存在多方面的安全隐患,护理人员要提高自身素质,加强儿童输液护理,有效减少护患纠纷。

参考文献:

- [1] 唐欢.门诊急诊静脉输液存在护理安全隐患和防范措施[J].医药前沿,2017,7(14):135.
- [2] 阿孜古丽·托力干.急诊输液中存在的安全隐患及护理防范措施[J].世界最新医学信息文摘,2017(10):214+217.
- [3] 王晶.门诊输液的常见护理安全隐患及防范对策[J].中国医药指南,2017,15(17):237-238.
- [4] 钟小辉.小儿患者静脉输液后出现药物不良反应的护理管理分析[J].当代医学,2018,24(11):102-104.
- [5] 方静燕.综合性护理干预在静脉输液患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(22):79-80.