

腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术治疗肝细胞癌的效果

吕洪亮 谷 洋

吉林省一汽总医院 吉林 长春 130000

【摘要】目的：探索此次试验病症采取腹腔镜肝静脉导向解剖治疗后产生的作用。方法：此次试验对象为72例肝细胞癌患者，入院时间段在2019年3月至2021年3月，利用电脑盲选方式分组，分为对照组（传统入路手术，n=36）和观察组（腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术，n=36）。结果：疗效标准中，观察组具有明显优势，（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。结论：此次试验病症中采取腹腔镜肝静脉导向解剖治疗效果十分明显，值得临床大力应用。

【关键词】：腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术；肝细胞癌；并发症；手术指标

肝细胞癌是肝癌一种病理类型，占原发性肝癌主要病理类型的85%至90%^[1]。肝细胞癌是消化道最恶性的肿瘤之一，预后与手术方式的选择和随访治疗密切相关。肝细胞癌细胞恶性程度高，转移快，早期转移。因此，必须重视肝癌的治疗，积极进行靶向治疗。腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术是目前创新治疗方法，能够减少术中出血量，提高手术安全性^[2]。此次研究分析肝细胞癌采取腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术后实际作用，详细报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究开展时间2019年3月至2021年3月，实验对象72例肝细胞癌患者，按照电脑盲选方式分为两组，每组36例。对照组男21例（占比为58.33%），女15例（占比为41.67%），年龄范围47至66岁，平均年龄 50.09 ± 1.33 岁。观察组男20例（占比为55.56%），女16例（占比为44.44%），年龄范围44至63岁，平均 50.04 ± 1.30 岁。患者基础资料无差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：①患者、家属知情此次试验，签署同意书。②通过检查均确诊为肝细胞癌。

排除标准：①因认知问题，不能配合完成研究者。②巨大肿瘤侵犯周围重要血管患者。③合并凝血功能障碍患者。④合并肿瘤组织破裂出血患者。⑤手术禁忌患者。

1.2 方法

对照组实施传统入路手术，观察组实施腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术。

1.2.1 对照组

对照组进行相关检查后，采取全身麻醉气管插管，帮助患者仰卧，抬起头，在脐带下穿刺，并放置腹部镜子。辅助

手术孔和主手术孔位于腋窝前缘的右下边缘和扁平脐带腹直肌的外表面，分别位于刃突的左下部分和腹直肌的左下部分。手术按照常规程序进行。术后进行心电图检查和鼻胃管引流，支持肠外营养和感染治疗。

1.2.2 观察组

观察组麻醉方式和患者仰卧姿势以及作操作孔操作方法和对照组一样。在腹腔切开肝第一门，分离肝右韧带和肝短血管，分离肝叶。通过阻断肝出血，沿肝主静脉和远端，切断肝体和血管。由于静脉与主肝静脉融合而与肝叶开放靶区分离和结合。肝右后部解剖破裂。术后进行心电图检查和鼻胃管引流，肠外营养支持和感染治疗。

1.3 疗效标准

- （1）（对照组和观察组手术情况），手术情况主要有手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间。
- （2）（对照组和观察组炎症因子水平），主要有IL-6、IgA、IgM。
- （3）（对照组和观察组并发症情况），主要有腹腔出血、胆漏、低蛋白血症等。

1.4 统计学方法

使用SPSS20.0软件对数据进行统计学分析，使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料，使用 χ^2 和%表示计数资料， $P < 0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组手术指标

对照组手术时间（ 227.88 ± 41.23 ）min、术中出血量（ 253.47 ± 44.79 ）mL、肛门排气时间（ 34.58 ± 5.78 ）h、住院时间（ 10.12 ± 3.33 ）d，观察组手术时间（ 209.12 ± 30.21 ）min、术中出血量（ 127.54 ± 32.34 ）mL、肛门排气时间（ 27.45

±3.22)h、住院时间(6.12±2.09)d,两组手术时间(t=3.281, p=0.001)、术中出血量(t=3.289, p=0.001)、肛门排气时间(t=3.482, p=0.001)、住院时间(t=1.293, p=0.007)。数据显示,观察组优势更大, P<0.05为差异显著,有统计学意义。

2.2 对比两组炎症指标

对照组术前 IL-6 (9.12±1.56) pg/L、IgA (4.32±0.77) g/L、IgM (2.89±0.59) g/L, 观察组术前 IL-6 (9.14±1.53) pg/L、IgA (4.30±0.74) g/L、IgM (2.86±0.55) g/L, 两组术前 IL-6 (t=1.821, p=1.223)、IgA (t=1.923, p=1.203)、IgM (t=1.782, p=0.923)。

对照组术后 IL-6 (12.13±2.33) pg/L、IgA (1.22±0.47) g/L、IgM (1.23±0.09) g/L, 观察组术后 IL-6 (18.77±3.79) pg/L、IgA (3.22±0.56) g/L、IgM (1.90±0.19) g/L, 两组术后 IL-6 (t=2.743, p=0.003)、IgA (t=1.723, p=0.002)、IgM (t=1.203, p=0.010)。数据显示,观察组优势更大, P<0.05为差异显著,有统计学意义。

2.3 对比两组并发症发生率

对照组腹腔出血 3 (8.33%) 例、胆漏 2 (5.56%) 例、低蛋白血症 2 (5.56%) 例、其他 1 (2.78%) 例, 并发症发生率 22.22% (8 例)。观察组腹腔出血 1 (2.78%) 例、胆漏 0 (0%) 例、低蛋白血症 1 (2.78%) 例、其他 0 (0%) 例,

并发症发生率 5.56% (2 例)。两组并发症发生率 ($X^2=4.181$, $P=0.041$)。数据显示,观察组优势更大, ($P<0.05$) 为差异显著,有统计学意义。

3 讨论

肝细胞癌属于肝癌一种, 同样也属于一种恶性肿瘤病症, 死亡率较高。但是早期采取有效根治性手术措施能够控制病情。肝细胞癌手术治疗方法较多, 腹腔镜下传统入路方式虽然具有一定治疗效果, 但是手术过程中存在大出血风险, 安全性较低。

随着医疗技术不断提高, 腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术流行于肝细胞癌临床治疗中, 并取得了一定效果。腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术主要目的为切除肿瘤, 同时能够预留足够肝功能体积^[3]。换言之, 根据肝脏的解剖结构, 采用手术方法完全切除病灶所在的肝脏部分, 可有效降低手术中癌细胞扩散导致复发和转移的风险。腹部静脉作用下的肝切除可以解决腹部手术中无法确定肿瘤边界的问题。从肝主静脉开始, 可以确定形状, 充分显露, 容易预防和治理肝静脉出血^[4-5]。利用腹腔镜能够保证手术视野完整, 缩短手术时间。此次研究则分析肝细胞癌采取腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术后实际作用^[6-7]。结果发现, 疗效标准中, 观察组具有明显优势, P<0.05 为差异显著, 有统计学意义。

综上所述, 此次试验病症中采取腹腔镜肝静脉导向解剖治疗效果十分明显, 值得临床大力应用。

参考文献:

- [1] 廖科曦,曹利,黄登等.腹腔镜下肝静脉导向解剖性肝切除术治疗肝细胞癌的临床研究[J].中华肝胆外科杂志,2020,26(05):339-344.
- [2] 黎焕,曾志峰,曾三平.腹腔镜超声下左半肝切除术对原发性肝癌患者术后恢复及生存状况的影响[J].当代医学,2022,28(02):160-163.
- [3] 李海滨,胡海,彭承东等.沿肝静脉主干入路行腹腔镜解剖性肝切除术治疗原发性肝癌的效果观察[J].微创医学,2021,16(02):216-218.
- [4] 卢彦川,彭剑波,庄志浩.经肝静脉主干入路行解剖性肝脏切除术对手术指标及并发症的影响[J].医学理论与实践,2021,34(06):974-975.
- [5] 龚杰,雷泽华,高峰畏等.沿肝静脉主干入路行腹腔镜解剖性肝切除术治疗原发性肝癌的临床效果观察[J].实用医院临床杂志,2020,17(05):73-76.
- [6] 郭光辉,刘威,王晖.经肝静脉主干入路手术治疗肝癌的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2021,32(20):3293-3294.
- [7] 屈振,李玉成,陈宇翔,蔡辉华,段云飞,陈学敏.循肝静脉入路腹腔镜肝切除术 59 例临床分析[J].肝胆胰外科杂志,2021,33(12):747-749.