

胃肠肿瘤采用腹腔镜联合胃镜治疗的临床探讨

张 驰

(河北省沧州市人民医院(本部)胃肠外科 061001)

摘要:目的:探讨胃肠肿瘤采用腹腔镜联合胃镜治疗的临床效果。方法:研究时间:2021年6月—2022年6月;研究对象:我院收治的胃肠肿瘤患者48例。根据就诊次序分为研究组、对照组,平均每组24例。对照组实施外科切除术,研究组实施腹腔镜+胃镜。观察两种治疗方法手术指标、凝血功能。结果:研究组手术指标(手术时间、感染、出血量、住院时间)均优于对照组($P<0.05$)。治疗前,48例患者凝血功能指标比较具有同质性($P>0.05$)。治疗后,研究组FIB、DD指标高于对照组($P<0.05$)。研究组PT指标低于对照组($P<0.05$)。结论:腹腔镜联合胃镜对治疗胃肠肿瘤手术指标良好,手术时间短,出血量少,患者出院实践短,效果显著,故值得采纳借鉴。

关键词:胃肠肿瘤;腹腔镜;胃镜;临床效果;手术指标;凝血功能

胃肠肿瘤包括胃间质瘤、结直肠癌、胃癌,通常做胃镜或肠镜早发现早治疗,以便诊断和治疗。胃肠肿瘤多为恶性肿瘤,若患者没有及时入院治疗将对其生命健康产生严重影响。现如今,外科手术是常见治疗方法,但创伤大、手术过程复杂、术后易产生不良反应,故很多患者存在抗拒、抵触、不积极情绪。随着微创技术的发展,腹腔镜技术越来越完善,且在临床中具有创伤小、风险低、出血量少的优势,在胃肠肿瘤治疗中得到了良好反响,效果显著。于是,有学者提出:腹腔镜联合胃镜治疗方案可促进病情快速恢复,有十分重要的现实意义。但目前,关于腹腔镜联合胃镜对胃肠肿瘤的研究较少,临床缺乏可靠理论依据。鉴于此,本文以48例胃肠肿瘤患者为研究对象并实施不同治疗方案,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:

研究时间:2021年6月—2022年6月;研究对象:我院收治的胃肠肿瘤患者48例。根据就诊次序分为研究组、对照组,平均每组24例。

对照组:男患者10例,女患者14例。年龄上限值45岁,下限值75岁(均值:56.8±8.4)岁。肿瘤直径1.3—5cm(平均:3.65±1.04)cm。其中,胃间质瘤9例、胃息肉5例、大肠息肉6例、其他4例。

研究组:男患者11例,女患者13例。年龄上限值44岁,下限值74岁(均值:56.9±8.6)岁。肿瘤直径1—4.5cm(平均:3.64±1.05)cm。其中,胃间质瘤7例、胃息肉6例、大肠息肉6例、其他5例。48例患者病历资料比较具有同质性($P>0.05$),可比。

入选标准:(1)经检查患者均确诊为胃肠肿瘤疾病。(2)患者均自主参与研究,已签署同意书。(3)未接受任何影响凝血功能药物。

排除标准:(1)严重心、肝、肾类不全者。(2)不能积极配合本研究者。(3)精神疾病、语言交流障碍、认知障碍者。(4)非胃间质瘤。(5)出现肿瘤转移情况。

1.2 方法

对照组:外科切除术:气管插管全麻,消毒铺巾。结合影像学检查结果引导患者适宜体位,结合肿瘤类型采取相应切除术。

研究组:腹腔镜联合胃镜:常规胃肠道准备,置尿管。患者保持仰卧位,头部略高。创建气腹($CO_2<14\text{mmHg}$),在脐下做观察孔5mm,放入腹腔镜,其他操作孔结合病灶位置确定。放入胃镜,确定肿瘤位置。若患者存在特殊病变应在腹腔镜下切开网膜,借助内镜提起病变处胃肠壁,腔内切割闭合器切除肿瘤及周围胃肠壁。

1.3 评价指标

(1)评估48例患者手术指标,包括:手术时间、感染、出血量、住院时间。(2)评估48例患者治疗后凝血功能。具体方法:搜集外周静脉血,监测纤维蛋白原(FIB)、凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、D-二聚体(DD)。

1.4 数据处理

研究所采用的核算软件为:SPSS22.0版本,以“均数±平方差”的方式代表两组患者护理/治疗指标,并用t值检验。两组患者不良反应/并发症指标采用“%”的方式表示。用卡方来检验。如果 $P<0.05$ 则表示两组患者指标数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 评估48例患者手术指标

研究组手术时间(64.52±4.67)、感染(0%)、出血量(44.35±5.87)、住院时间(4.68±1.07)均低于对照组(102.41±6.84、25%、1523.00±52.37、8.67±2.55)($P<0.05$),详见表1。

表1,评估48例患者手术指标

分组	例数	手术时间 (min)	感染(%)	出血量(ml)	住院时间 (d)
研究组	24	64.52±4.67	0(0.00)	44.35±5.87	4.68±1.07
对照组	24	102.41±6.84	6(25.00)	1523.00±52.37	8.67±2.55
X ² /T	-	22.41	6.86	137.46	7.07
P	-	0.00	0.00	0.00	0.00

2.2 评估48例患者凝血功能指标

治疗前,48例患者凝血功能指标比较具有同质性($P>0.05$)。治疗后,研究组FIB(4.19±0.24)、DD(1.50±0.05)指标高于对照组(3.68±0.13、1.00±0.03)($P<0.05$)。研究组PT(9.44±3.27)指标低于对照组(11.00±1.59)($P<0.05$),详见表2。

表2,评估48例患者凝血功能指标

分组		研究组(n=24)	对照组(n=24)	t	P
FIB(g/L)	治疗前	2.20±0.17	2.21±0.21	0.18	0.86
	治疗后	4.19±0.24	3.68±0.13	9.15	0.00
PT(s)	治疗前	12.30±2.46	12.35±2.84	0.07	0.95
	治疗后	9.44±3.27	11.00±1.59	2.10	0.04
APTT(s)	治疗前	30.46±3.84	30.21±3.64	0.23	0.82
	治疗后	29.64±1.74	29.38±1.87	0.50	0.62
DD(mg/L)	治疗前	0.14±0.05	0.16±0.04	1.53	0.13
	治疗后	1.50±0.05	1.00±0.03	42.00	0.00

3 讨论

胃肠道肿瘤初期不容易发现,临床表现不显著。多数患者入院时病情已经发生恶变,严重影响生命健康^[1]。因为该病多向腔内生长,在浆膜层无明显改变,常规腹腔镜手术难以准确定位病灶,故切除效果不理想^[2]。而单一内镜手术,若肿瘤较大,则容易造成穿孔、出血^[3]。随着微创腹腔镜技术的进步,胃肠道肿瘤采取腹腔镜联合胃镜在临床中也得到了广泛应用,并获得了良好反响^[4]。

本研究中,研究组手术指标优于对照组($P<0.05$)。研究组凝血功能优于对照组($P<0.05$)。胃镜体积小,操作简单。具体优势包括:第一,视野广。全小肠段的影像清晰,打破了小肠盲区问题,有效提升了消化道疾病诊断准确率^[5]。第二,手术卫生安全性高。胃镜胶囊属于一次性物品,在一定程度上降低了感染风险^[6]。胶囊外层为高分子材料,对患者身体无毒无害,可排出,故安全性高。第三,患者耐受性高,对生活质量影响小。第四,操作简单。胃镜检查仅需三步即可完成,改变了传统复杂的检查方法。医生仅需回放胶囊拍摄的图片资料即可诊断^[7]。此外,腹腔镜技术具有创口小、疼痛感小、术后康复快、住院时间短的特点。凝血指标可以更好的反映患者机体凝血状态。其中,FIB能够反映出凝血功能。PT、APTT能够反映血浆中凝血因子指标^[8]。DD能够反映出患者身体高凝状

(下转第46页)

(上接第 38 页)

态。而腹腔镜联合胃镜治疗中,患者受体位影响,以及创建人工气腹而造成静脉血流减慢,内皮细胞损伤,激活凝血、纤溶系统,使得凝血功能发生变化,危及生命^[9]。本研究中,治疗前患者 FIB、DD 指标较高,且研究组 FIB、DD 指标高于对照组,APTT 较治疗前有明显改变^[10]。治疗后,患者 PT 指标明显下降,且研究组低于对照组 ($P<0.05$)。由此可见,两种方案联合治疗时患者可能发生血栓。所以,手术阶段应给予临床干预从而降低不良风险。本研究与骆文雄研究结果相似。骆文雄^[11]通过对 90 例胃肠道良性肿瘤患者实施不同手术方案得出:观察组术中出血量、住院时间、手术时间均低于对照组 ($P<0.05$)。观察组并发症率明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论:腹腔镜+内镜对胃肠道肿瘤有利于降低各种不良反应,建议作为该类疾病首选治疗方案。贾昀豪^[12]以 90 例胃肠道肿瘤患者为研究样本实施腹腔镜与内镜联合手术,观察组手术指标优于对照组 ($P<0.05$)。观察组并发症率相较于对照组显著要低 ($P<0.05$)。结论:腹腔镜联合胃镜对胃肠道肿瘤手术指标良好,术后并发症风险低^[13]。

综合分析,腹腔镜+胃镜对胃肠肿瘤疗效确切,可降低术后并发症率,加快康复进程,建议推广应用。不过,两种技术联合使用对患者凝血功能有一定影响,故临床治疗时应及时给予针对性干预。

参考文献:

- [1] 章纪叶,王知非,刘军伟,等. 腹腔镜联合胃镜行胃固有肌层肿瘤切除+抗反流手术 1 例[J]. 浙江医学, 2020, v.42(09):102-104.
- [2] Zhang Jiye, Wang Zhifei, Liu Junwei, et al. Laparoscopic combined gastroscopic resection of muscularis propria tumor with anti-reflux operation: a case report [J]. Zhejiang Med, 2020, 42(9):3.

[3] 马春涛、张海玲、王永栋. 胃镜联合腹腔镜治疗胃间质瘤的效果观察[J]. 海南医学院学报, 2020, 26(18):4.

[4] Xie Yujie, Zeng Qian, Wang Linjia, et al. Review of the methodology of acupuncture in the treatment of gastrointestinal symptoms after chemotherapy for malignant tumor [J]. Journal of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, 2020, 43(3):6.

[5] 朱代亮,王子卫. 胃镜、腹腔镜联合治疗上消化道溃疡出血的研究进展[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(18):4.

[6] 吴一鸣,胡洁云,徐鹿平, et al. 胃镜腹腔镜序贯疗法治疗胃底静脉曲张破裂出血的临床疗效[J]. 中华消化外科杂志, 2020, 19(6):7.

[7] Luo Wenxiang. Effect of laparoscopy combined with endoscopic minimally invasive treatment of gastrointestinal benign tumors [J]. Chongqing Med, 2020, 49(S01):3.

[8] 赵清侠,李冬梅,李娜,等. 胃间质瘤行胃镜联合腹腔镜手术的护理配合体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2020, 25(4):3.

[9] 张作君,彭涛. 超声内镜下辅助腹腔镜切除治疗胃肠道黏膜下肿瘤的临床效果[J]. 中国医药导报, 2021, 18(7):4.

[10] Qiu Guojun, Mou Weigang, Ji Bao-shang. Clinical study of laparoscopic surgery for gastrointestinal stromal tumors in difficult sites [J]. Journal of North Sichuan Medical College, 2020, 35(5):4.

[11] 骆文雄. 腹腔镜联合内镜微创治疗胃肠道良性肿瘤效果研究[J]. 重庆医学, 2020, 49(S01):3.

[12] 贾昀豪. 腹腔镜与内镜联合手术治疗胃肠道肿瘤临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(8):2.

[13] 万振达. 新辅助化疗联合腹腔镜手术治疗进展期胃癌 1 例[J]. 中国临床案例成果数据库, 2022, 04(01):E02882-E02882.