

# 探讨不同消化道重建方式在腹腔镜远端胃癌手术中的临床效果

马胜辉 任佳 王馨 石秀霞 蔡淑云  
(承德市中心医院 河北 承德 067000)

**摘要:**目的 探讨不同消化道重建方式在腹腔镜远端胃癌手术中的临床效果。方法 选取进入本院治疗的 60 例需要进行腹腔镜远端胃癌手术,并行消化道重建的患者,将这 60 例患者分为两组,一组为实验组进行改良 Roux-en-Y 吻合术,另一组为观察组采用毕 II 式联合 Braun 吻合术,将两组患者的临床资料,围手术期指标以及在手术完成后的第三个月的并发症情况进行对比。结果 经过研究发现 实验组和观察组的围手术期指标无统计学差异 ( $P>0.05$ ),实验组的吻合口炎和碱性反流性胃炎的发生率明显低于观察组吻合口炎和碱性反流性胃炎的发生率 ( $P<0.05$ ),除此之外实验组的造影剂胃排空时间也长于观察组 ( $P<0.05$ )。结论 在不同消化道重建方式上改良 Roux-en-Y 吻合术明显优于毕 II 式联合 Braun 吻合术,改良 Roux-en-Y 吻合术能够很明显的减低腹腔镜远端胃癌手术患者吻合口炎和碱性反流性胃炎的发生率。在临床上医护人员应根据患者术前身体的具体情况,综合评估从而选择合适的手术方式。

**关键词:** 消化道重建;腹腔镜;胃癌手术

在世界恶性肿瘤发病率的排行榜上胃癌的发病率占到了第二位,胃癌除了发病率极高,致死率也是极高的。在全球癌症死因上,胃癌同样也占到了第二位。经不完全统计胃癌每年的确诊人数在 40 万左右,我国胃癌的普查率较低,人们对于这方面知识的了解还非常淡薄<sup>[1]</sup>。近年来,腹腔镜远端胃癌手术中普遍使用 Roux-en-Y 吻合术和毕 II 式联合 Braun 吻合术,这两种消化道重建方式受到人们的关注,但相关的研究较少,因此,本文主要探讨不同消化道重建方式在腹腔镜远端胃癌手术中的临床效果,如下为此次研究的内容。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究主要选用本院 2019 年 6 月-2021 年 4 月收治的 60 例需要进行腹腔镜远端胃癌手术,并行消化道重建的患者。这 60 例患者分为两组,一组为实验组进行改良 Roux-en-Y 吻合术,另一组为观察组采用毕 II 式联合 Braun 吻合术,参与本次研究的患者在术前均经过电子胃镜以及术后病理检查,经过研究确诊为远端胃癌,除此之外,患者还经过 CT、X 线等影像学检查从而得出无远处转移以及周围脏器浸润,无合并严重心、肺、肝以及脏器功能不全的状况,患者的身体状况可耐受手术治疗。参与本次研究患者不包括有腹部手术史、晚期胃部肿瘤以及幽门梗阻的患者<sup>[2]</sup>。

### 1.2 方法

表 1 围手术期指标对比

组别	手术时间	消化道重建时间	术中出血量	术后排气时间	进流食时间	术后住院时间
实验组	151.23 ± 2.23	17.98 ± 2.31	61.25 ± 1.36	2.1 ± 3.21	3.87 ± 1.23	7.9 ± 3.2
观察组	143.15 ± 2.31	14.23 ± 3.21	60.89 ± 1.02	2.31 ± 2.13	4.01 ± 2.31	8.0 ± 2.31

### 2.2 造影剂胃排空时间以及并发症对比

经研究两组造影剂胃排空时间以及并发症对比,有统计学差异 ( $P<0.05$ ),如表 (2)。

表 2 造影剂胃排空时间以及并发症对比

组别	造影剂胃排空时间	并发症			
		造影剂食管反流	反流性食管炎	碱性反流性胃炎	吻合口炎
实验组	26.31 ± 2.14	2	3	1	0
观察组	20.36 ± 1.25	3	6	4	9

## 3 结论

目前我国胃癌的普查率较低,主要由于人们对于这方面知识的了解还非常淡薄导致的。相关研究资料显示我国胃癌早期患者的诊断率还不到 10%。在治疗胃癌方面临床上一般都采用远端胃癌根治手术。随着社会的不断发展,腹腔镜手术的技术也在不断发展,人们对于微创治疗的理念也在不断的进步,腹腔镜胃癌根治术受到了胃肠外科的广泛关注。近年来,腹腔镜远端胃癌手术中普遍使用改良 Roux-en-Y 吻合术和毕 II 式联合 Braun 吻合术这两种消化道重建方式。经过本次研究发现改良 Roux-en-Y 吻合术会提高患者的治愈效果,虽然胃排空的时间会有所延长,但能够显著的降低患者术后

实验组消化道重建采用改良 Roux-en-Y 吻合术,即非离断 Roux-en-Y 吻合术。于残胃低点和大弯交界处开孔,于距离 Treitz 韧带 25cm 空肠对系膜侧开孔,采用 60cm 的直线切割器行类三角吻合。于输入袢空肠距 Treitz 韧带 10cm 处和输出袢空肠距胃空肠吻合口约 40cm 处行侧侧吻合。取出闭合器后行非离断闭合,使用腔内无刀直线闭合器阻断而不离断距离胃肠吻合口 3cm 的输入袢。

观察组消化道重建采用毕 II 式联合 Braun 吻合术,残胃与距离十二直肠 Treitz 韧带 10~15cm 处行残胃和空肠的毕 II 式侧侧吻合,之后在输入袢和输出袢距胃肠吻合口 7~10cm 处 Braun 吻合,消化道重建结束后,两组均于右侧的 Trocar 孔放置引流管,依次缝合 Trocar 孔,手术完毕。术后均使用常规静脉滴注奥美拉唑 40mg。

### 1.3 观察指标

围手术期指标:手术时间、消化道重建时间、术中出血量、术后排气时间、进流食时间、术后住院时间、术后并发症情况。

### 1.4 统计学方法

本次研究主要采用 SPSS20.0 统计学软件对研究数据进行处理,计量资料( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 t 检验,  $P<0.05$  为差异有统计学意义<sup>[3]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 两组围手术期指标对比

经研究两组围手术期指标对比,无统计学差异 ( $P>0.05$ ),如表 (1)。

的吻合口炎和碱性反流性胃炎的发生率,提高患者的生活质量。

### 参考文献

- [1]罗佳宝,邱堃,刘宁,吴元清,林杰.完全腹腔镜切除治疗右半结肠癌的消化道重建方式选取研究[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2021,15(04):454-456.
- [2]张海翹,郑智,尹杰,蔡军,张军.早期 Siewert II/III 型食管胃结合部腺癌不同消化道重建方式术后生活质量的研究进展与争议[J].国际外科学杂志,2020,47(11):773-776.
- [3]李子禹,吴舟桥,陕飞,季加孚.腹腔镜全胃切除术消化道重建方式的安全性评估[J].中华消化外科杂志,2020,19(09):941-945.