

悬吊法止血。对于较长较大的破口,则可在棉片上面加一骨条,两侧悬吊于骨条上,边打结边撤出棉片。上矢状窦前 1/3 损伤,可以直接缝扎。对于不能进行缝扎的静脉窦大部分或全部断裂者,可进行静脉窦重建,采用自体大隐静脉、颈外静脉或人工血管进行静脉窦的吻合。在矢状窦腔内将长约 18 mm 两端带套囊的硅胶管分别插入窦壁两端正常的窦腔内,插入后向套囊内注气以封闭窦腔,作为临时性旁路循环,同时缝扎破裂口控制窦出血,继而再用已备好的备用血管,进行端端吻合。同时用肝素生理盐(12 500 U + 200 ml 生理盐水)冲洗两断端矢状窦,以防吻合口形成血栓^[6]。

3.3 静脉窦损伤患者病情急危重,需要神经外科、急诊科、检验科、放射科及麻醉科紧密合作,尽快进行手术治疗^[7],通过多学科紧密协助,可缩短术前

准备时间,提高抢救成功率。

参考文献

- 1 丁建军,胡子慧,林小华,等. 外伤性上矢状窦和横窦损伤的诊断及治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2000, 5(4):215 - 216.
- 2 何 跃,雷 霆,舒 凯,等. 累及静脉窦的颅骨凹陷性骨折的处理[J]. 创伤外科杂志, 2005,7(5):335 - 336.
- 3 王忠诚. 神经外科学[M]. 第 2 版. 武汉:湖北科技出版社,2015: 1008.
- 4 吕培培,穆学涛,王 宏. 脑静脉窦 MRI 研究进展[J]. 磁共振成像,2016,7(8):621 - 624.
- 5 林合麟,唐 凯,林晓风. 重型颅脑损伤合并静脉窦损伤的临床特点及紧急处理策略[J]. 中国实用医药,2008,3(19): 24 - 26.
- 6 湛燕飞,徐 庚,杜建新. 矢状窦旁脑膜瘤的显微外科治疗和窦重建的临床观察[J]. 首都医药, 2007,14(6):29 - 31.
- 7 崔连珉,刘用玲,岳文明. 急救绿色通道在严重多发伤救治中的作用[J]. 中国临床新医学,2010,3(8):753 - 755.

[收稿日期 2018 - 03 - 01][本文编辑 韦所苏]

临床论著

三角吻合术应用于全腹腔镜胃癌根治术后消化道重建的效果分析

赵小军

作者单位: 454000 河南,济源市肿瘤医院普外科

作者简介: 赵小军(1973 -),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普外科疾病的诊治。E-mail:1173450339@ qq. com

【摘要】 目的 探讨三角吻合术应用于全腹腔镜胃癌根治术后消化道重建的效果。**方法** 选取 2014-01 ~ 2017-01 于该院行全腹腔镜胃癌根治术 60 例患者,按术式分为三角吻合术组(观察组)30 例和 Billroth II 式吻合术组(对照组)30 例,将两组患者的一般治疗情况及手术前后营养指标(总蛋白、白蛋白)水平差值进行对比分析,明确三角吻合术消化道重建效果。**结果** 两组患者吻合时间、术中失血量、排气时间、淋巴结清扫数量、肿瘤组织远近段切缘长度、住院时间等一般治疗情况及术前与术后营养指标差值对比差异无统计学意义($P > 0.05$);但观察组患者术后镇痛药物数量略少于对照组,且术前与术后 6 个月的营养指标水平差值较对照组低,差异有统计学意义($P < 0.05$);身体质量指数(BMI)差值也低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$);同时,观察组术后并发症发生率仅为 6.67%,略低于对照组的 13.33%,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 三角吻合术应用于全腹腔镜胃癌根治术不仅安全可行,较 Billroth II 式吻合术减少术后疼痛,其对患者营养状态及 BMI 的远期影响也更佳。

【关键词】 三角吻合术; 全腹腔镜胃癌根治术; 消化道重建

【中图分类号】 R 735.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674 - 3806(2018)07 - 0700 - 04

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2018.07.21

Effects of delta-shaped anastomosis on digestive tract reconstruction after total laparoscopic gastric cancer radical resection ZHAO Xiao-jun. Department of General Surgery, Jiyuan Tumor Hospital, Henan 454000, China

【Abstract】 Objective To explore the effects of delta-shaped anastomosis on digestive tract reconstruction af-

ter total laparoscopic gastric cancer radical resection. **Methods** The patients with total laparoscopic gastric cancer radical resection in our hospital from January 2014 to January 2017 were screened according to the ratio of 1:1, including 30 cases with delta-shaped anastomosis(the observation group) and 30 cases with Billroth type II anastomosis (the control group). The general treatment conditions and the levels of nutritional indicators(total protein, albumin) were compared between the two groups before and after the operation. The effects of delta-shaped anastomosis on digestive tract reconstruction were observed. **Results** There were no significant differences in the anastomosis time, intraoperative blood loss, exhaust time, the number of lymph node dissection, the proximal and distal incisal margin length of tumor, hospital stay and other general treatment conditions, and preoperative and postoperative nutritional indicators between the two groups($P>0.05$). The number of postoperative analgesic drugs in the observation group was slightly less than that in the control group, and the nutritional indicators in the observation group before operation and 6 months after operation were lower than those in the control group($P<0.05$). There was no significant difference in body mass index(BMI) between the two groups($P>0.05$). The incidence rate of postoperative complications in the observation group was lightly lower than that in the control group(6.67% vs 13.33%)($P>0.05$). **Conclusion** Delta-shaped anastomosis is safe and effective for the patients with total laparoscopic gastric cancer radical resection. It can not only shorten the anastomosis time and reduce the postoperative pain, but also has a better long-term impact on nutritional status and BMI compared with Billroth II anastomosis.

[**Key words**] Delta-shaped anastomosis; Total laparoscopic gastric cancer radical resection; Digestive tract reconstruction

腹腔镜胃癌根治术是当今治疗胃癌的主要术式,已成为治疗共识,在该术式中,如何重建消化道一直是临床争论焦点^[1]。当今临床用于腹腔镜胃癌根治术消化道重建的吻合方式较为繁多,我们对三角吻合术和 Billroth II 式吻合术两种相对常用的吻合术的消化道重建效果进行分析,旨在为明确三角吻合术的可行性与应用效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014-01~2017-01 收治的全腹腔镜胃癌根治术患者 60 例。纳入标准:均符合胃癌诊断标准^[2],经术前病理明确肿瘤组织位于胃窦部,未见远处转移,无其他严重内外科疾病,并知情同意研究。排除标准:排除有远处转移迹象、合并胃癌外其他严重内外科疾病患者,如全身性代谢性疾病、免疫及凝血系统异常等。按术式分为三角吻合术组(观察组)和 Billroth II 式吻合术组(对照组)各 30 例,两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较[$n,(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	身体质量指数 (BMI) (kg/m ²)	肿瘤分期		
		男	女			I 期	II 期	III 期
观察组	30	18	12	56.28±13.47	20.16±5.14	8	16	6
对照组	30	17	13	55.27±12.86	20.47±5.08	9	14	7
χ^2	-	0.067		0.297	0.234	0.269		
P	-	0.794		0.767	0.815	0.874		

1.2 手术方法

1.2.1 全腹腔镜胃癌根治术 两组患者术前均给

予常规肠道准备及预防性抗生素使用,并行全腹腔镜胃癌根治术,手术麻醉方式为全麻,术中分别于脐上(主操作孔)、左右腋前线、左右锁骨中线处穿刺 10 mm、12 mm、10 mm 和两个 5 mm Trocar,并建立 CO₂ 气腹,再在腹腔镜引导下结合术前病理分期充分清扫淋巴结组织,术中淋巴结清扫相关要求及操作方式均参照《腹腔镜胃癌手术操作指南(2016 版)》^[3],两组患者术后均给予抗生素、营养支持直至肠道功能恢复,并酌情拔除留置导管。

1.2.2 Billroth II 式吻合术 对照组在此基础行 Billroth II 式吻合术,于腹部正中作 7~8 cm 小切口,逐层解剖并放置切口保护套,将十二指肠采用直线切割吻合器闭合(离断标本置于取物袋),并将吻合器抵钉座置入,于距瘤体 6 cm 处将胃组织切断 4 cm,采用切割闭合器将残余胃组织进行切断关闭操作,并将残胃组织与空肠吻合,常规留置导管(胃管、营养管)并使直线切割吻合器关闭共同开口。

1.2.3 三角吻合术 观察组行三角吻合术,先将直线切割闭合器在预定位置垂直于十二指肠长轴方向并完全含住十二指肠,再将十二指肠近端逆时针旋转 90°后,在满足肿瘤 RO 切除要求及确保适当的吻合张力基础上自十二指肠后壁往前壁方向离断十二指肠、从大弯侧至小弯侧离断胃,同时留取标本;再在十二指肠后壁及残胃大弯侧切开小孔,再将直线切割闭合器伸入小孔完成十二指肠及残胃闭合。最后于共同开口两端及胃、十二指肠闭合线处行牵拉对合,确认闭合无误后闭合共同开口,并依次对吻合

口全周进行连续缝合以加固吻合口,确认吻合无误后留置常规导管并进行关腹操作。

1.3 观察指标 观察两组患者手术时间、术中失血量、术后首次排气时间、术后镇痛药物用量、淋巴结清扫数目、肿瘤组织远近端切缘长度、住院时间等一般治疗情况,并比较术前与术后及术前与术后6个月营养指标(总蛋白、白蛋白)差值及BMI下降差值,其中术后6个月营养指标及BMI以门诊复查方式获取。

1.4 统计学方法 应用SPSS19.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间

比较用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验或连续校正 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 两组患者吻合时间、术中失血量、术后首次排气时间、淋巴结清扫数量、肿瘤远近段切缘长度、住院时间等一般治疗情况对比差异无统计学意义($P > 0.05$);但观察组术后镇痛药物数量少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

表2 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	吻合时间 (min)	术中失血量 (ml)	术后首次排气 时间(d)	术后镇痛药物 使用(支)	淋巴结清扫 数量(枚)	肿瘤组织近端 切缘长度(cm)	肿瘤组织远端 切缘长度(cm)	住院时间 (d)
观察组	30	57.74 ± 9.66	92.25 ± 11.64	4.98 ± 1.34	1.54 ± 1.20	19.15 ± 6.83	3.25 ± 1.10	2.44 ± 1.50	8.03 ± 2.04
对照组	30	58.26 ± 10.17	97.61 ± 10.43	5.12 ± 1.37	3.27 ± 2.01	18.01 ± 6.28	3.12 ± 1.09	2.31 ± 1.59	8.45 ± 1.61
t	—	0.262	1.878	0.400	4.047	0.672	0.459	0.325	0.325
P	—	0.793	0.065	0.690	0.000	0.503	0.647	0.745	0.379

2.2 两组术前与术后及术前与术后6个月营养指标差值比较 两组手术前后总蛋白及白蛋白水平差值对比差异无统计学意义($P > 0.05$);但观察组术

前、术后6个月的总蛋白及白蛋白水平差值较对照组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。BMI差值也低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

表3 两组术前与术后及术前与术后6个月营养指标差值比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	术前与术后差值		术前与术后6个月差值			总蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)	BMI(kg/m ²)
		总蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)	总蛋白(g/L)	白蛋白(g/L)	BMI(kg/m ²)			
观察组	30	12.96 ± 8.06	3.80 ± 0.76	8.01 ± 4.63	2.84 ± 0.35	6.72 ± 2.84			
对照组	30	13.27 ± 7.54	3.91 ± 0.84	10.45 ± 4.01	3.26 ± 0.47	7.01 ± 3.20			
t	—	0.153	0.048	2.181	3.925	0.371			
P	—	0.878	0.961	0.033	0.000	0.712			

2.3 两组术后并发症发生率比较 观察组术后并发症发生率为6.67%,略低于对照组的13.33%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 两组术后并发症发生率比较[n(%)]						
组别	例数	吻合口瘘	切口感染	吻合口狭窄	倾倒综合征	总发生率
观察组	30	1(3.33)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	2(6.67)
对照组	30	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	4(13.33)
χ^2	—	0.517	0.517	0.000	0.000	0.185
P	—	0.472	0.472	1.000	1.000	0.667

3 讨论

3.1 胃癌根治术是治疗胃癌的主流方案,手术宗旨 在于以最少的创伤获取最大限度的生存获益及生活质量获益^[4]。因此,胃癌根治术中,采用何种吻合方式既能维持消化道解剖结构的连续性又能尽可能维持其生理功能于提高胃癌患者术后生存质量有积极意义。临床常见的吻合方式较繁多,其中以三角吻合术和BillrothⅡ式吻合术应用最为广泛^[5]。本

研究主要筛选在全腹腔镜胃癌根治术中行三角吻合术或BillrothⅡ式吻合术患者,并进行对照研究。

3.2 本研究结果显示,两组患者吻合时间、术中失血量、排气时间、淋巴结清扫数量、肿瘤组织远近段切缘长度、住院时间等一般治疗情况及术前术后营养指标差值对比差异无统计学意义($P > 0.05$);高波、邹贵军等^[6,7]在其报道中也得到相似结论,认为两种术式在淋巴结清扫能力、术中失血量、排气时间及肿瘤组织远近段切缘长度、住院时间等一般治疗情况上并未有显著差异性;同时,高波等^[6]还报道,两组患者手术前后、术前与术后6个月的营养指标差值对比差异均无统计学意义,这与本研究结果略有差异。本研究中,两组患者手术前后的营养指标差值对比虽无统计学意义,但术前与术后6个月时其营养指标水平差值较对照组低,且差异有统计学意义($P < 0.05$),但其报道三角吻合组并发症发生

率较 Billroth II 式吻合组略低,但对比差异无统计学意义,这与本研究结果一致。总体而言,三角吻合术用于全腹腔镜胃癌根治术在安全性、消化道重建效果上较 Billroth II 式吻合具有一定优势^[8]。但本研究中也存在一定局限性,如样本数过少,未开展长时间随访统计远期重建效果等,同时,笔者认为三角吻合术用于胃癌根治术仍有深入探究空间,还需大量临床实践数据支撑。

综上所述,消化道重建作为全腹腔镜胃癌根治术中的重要步骤,虽临床实践数据繁杂且存在一定差异性,但三角吻合术在安全性、消化道重建效果仍不可忽视。

参考文献

1 李国新,陈 韬. 全腹腔镜胃癌根治术及消化道重建发展现状与前景[J]. 中国实用外科杂志, 2016, 36(9):929-934.
2 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 2000: 730.

3 中华医学会外科学分会腹腔镜与内镜科学组. 腹腔镜胃癌手术操作指南(2016 版)[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(9): 851-857.
4 刘宏斌,许 威,于建平,等. 腹腔镜残胃癌根治术中应用三角吻合技术研究(附 8 例报告)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(2):191-194.
5 王君辅,谢 勇,胡 林,等. 三角吻合术与毕 I 吻合术在腹腔镜远端胃癌根治术中近期疗效对比的 Meta 分析[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(12):1270-1277.
6 高 波,黄庆兴,董剑宏,等. 三角吻合技术在全腹腔镜下远端胃癌根治术消化道重建中的临床研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(1):73-78.
7 邹贵军,胡时栋,王 迪,等. 全腹腔镜远端胃癌根治术后消化道重建方式的对比[J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 21(11):820-823.
8 马松林,李惊雷,吕 洋,等. 远端胃癌根治术中全腹腔镜下三角吻合与腹腔镜辅助 Billroth I 式吻合近期效果对比分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2015,14(20):1722-1724.

[收稿日期 2017-10-12][本文编辑 蓝斯琪]

临床论著

灯盏花素联合阿司匹林治疗对急性缺血性脑梗死患者临床症状及血清炎症因子的影响

王富玖

作者单位: 466300 河南,沈丘县人民医院神经内科脑血管科
作者简介: 王富玖(1985-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:脑血管病的诊治。E-mail:wangfujia1985@163.com

【摘要】 目的 探究灯盏花素联合阿司匹林治疗对急性缺血性脑梗死(AIS)患者临床症状及血清炎症因子的影响。方法 选择2014-09~2016-09收治的96例AIS患者为研究对象,依入院顺序分为两组,各48例。两组均给予常规治疗。对照组在常规治疗基础上给予阿司匹林治疗,观察组在常规治疗基础上给予灯盏花素联合阿司匹林治疗。两组均治疗4周,对比两组临床疗效、治疗前后血清炎症因子及美国国立卫生研究所脑卒中评分表(NIHSS)评分。结果 观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平均较治疗前有所下降,观察组下降幅度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$);治疗后观察组NIHSS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 灯盏花素联合阿司匹林能够显著改善AIS患者临床症状,降低其血清炎症因子水平。

【关键词】 急性缺血性脑梗死; 阿司匹林; 灯盏花素; 临床症状; 血清炎症因子
【中图分类号】 R 743 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2018)07-0703-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.07.22