

表 4 两组凝血功能水平比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	PT(s)		APTT(s)		FIB(g/L)		D-D(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	8.26 ± 1.62	11.62 ± 2.29*	27.34 ± 2.31	37.11 ± 4.41*	11.23 ± 2.11	6.64 ± 1.17*	1.29 ± 0.23	0.99 ± 0.16*
研究组	36	8.31 ± 1.58	15.78 ± 2.26*	27.32 ± 2.26	40.84 ± 4.39*	11.26 ± 2.08	4.76 ± 1.14*	1.31 ± 0.36	0.68 ± 0.12*
<i>t</i>		0.136	7.957	0.038	3.690	0.062	7.080	0.292	9.470
<i>P</i>		0.892	<0.001	0.970	<0.001	0.950	<0.001	0.771	<0.001

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ 。

性、生物利用度高,起效快等特点,在合理用药范围内,不会在机体内大量堆积,用药安全性高,且利伐沙班治疗期间,不会受到食物、药物等外界因素干扰,未增加不良反应,证实了用药的安全性。

综上所述,低分子肝素钙联合利伐沙班用于急性肺栓塞治疗,凝血功能、血管内皮功能改善理想,疗效高,肺功能得到显著提升,安全性好,建议将其作为重要治疗方案,广泛应用于临床急性肺栓塞的治疗中。

#### 参考文献

[1] 柳永红. 低分子肝素钙联合利伐沙班治疗急性肺栓塞的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2022,15(21):67-69.  
[2] 杨金方,冯玲,郑海静. 利伐沙班及低分子肝素治疗老年急性肺栓塞患者的效果及其对血流动力学水平及血管内皮功能的影响[J]. 中国医学工程,2022,30(6):67-70.  
[3] 刘会金,时会敏. 低分子肝素钙与利伐沙班治疗急性肺栓塞的临床效果及对D-二聚体水平的影响[J]. 山东第一医科大学(山东省医学科学院)学报,2021,42(11):833-836.  
[4] 刘红梅,杨海升. 利伐沙班、低分子肝素对急性肺栓塞的疗效分析[J]. 中国继续医学教育,2021,13(28):162-166.  
[5] 焦建华,李霞. 低分子肝素钙联合利伐沙班治疗急性肺栓塞的效果及对凝血功能、血管内皮功能的影响[J]. 临床误诊误治,2021,34(6):49-54.  
[6] 柳志红. 2019 欧洲心脏病学会《急性肺栓塞诊断和治疗指南》解读[J]. 中国循环杂志,2019,34(12):1155-1157.  
[7] 黄佩荣. 低分子肝素钙联合利伐沙班治疗急性肺栓塞患者的疗效及其对D-二聚体水平的影响[J]. 中国药物与临床,2020,20(8):1346-1347.

[8] 杨盛,邢亚恒,王凯. 利伐沙班联合低分子肝素治疗急性肺栓塞的效果[J]. 临床医学,2021,41(6):100-102.  
[9] 朱志明,李世泽. 利伐沙班在急性肺栓塞抗凝治疗中的效果及对患者血管内皮功能的影响[J]. 黑龙江医药,2020,33(6):1292-1294.  
[10] 胡浩原,韩飞. 利伐沙班联合低分子肝素治疗急性肺栓塞的效果及对凝血功能的影响[J]. 血管与腔内血管外科杂志,2020,6(4):335-339.  
[11] 高海燕,卢鑫,朱颖,等. 利伐沙班片对老年肺栓塞患者血清D-D、NT-proBNP 水平等影响及临床疗效[J]. 中国老年学杂志,2022,42(4):836-838.  
[12] 高丽渊,王珊珊. 利伐沙班联合阿替普酶治疗急性肺栓塞患者疗效观察及对炎症因子和凝血功能的影响[J]. 中国医师进修杂志,2022,45(2):132-135.  
[13] 璩红,梁彦森,王海涛. 利伐沙班与华法林治疗肺栓塞患者的临床疗效及安全性对比分析[J]. 内科,2021,16(6):789-792.  
[14] 李春艳. 低分子肝素钙与利伐沙班在老年急性肺栓塞治疗中的联合应用[J]. 当代医学,2020,26(3):4-6.  
[15] 张小燕,何平,梁雪玲. 利伐沙班与华法林在肺栓塞抗凝治疗中的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2021,19(19):89-90.  
[16] 王乐朋,江山. 利伐沙班在急性肺栓塞抗凝治疗中的效果及对患者血管内皮功能的影响[J]. 名医,2021,(12):165-166.  
[17] 吴瑞杰,洪惠敏,刘杰. 利伐沙班对肺栓塞患者的治疗有效性和安全性分析[J]. 北方药学,2021,18(3):172-173.  
[18] 朱艺欣,刘虎军,左泳泳,等. 利伐沙班联合阿替普酶在急性肺栓塞(APTE)急诊治疗中的应用及对患者炎症因子水平的影响[J]. 贵州医药,2021,45(8):1265-1266.  
[19] 段伟. 急性肺栓塞抗凝治疗中利伐沙班的应用价值[J]. 中国社区医师,2020,36(2):14-15.

## 探讨老年胃癌患者行腹腔镜下胃大部分切除术治疗的临床效果观察

李秀军 林高锋

(平邑县人民医院胃肠外科,山东 临沂,273300)

**摘要:**目的 探究针对 60 周岁以上老年胃癌患者行腹腔镜下胃大部分切除术的临床疗效及显示意义。方法 选取 2019 年 12 月—2021 年 12 月平邑县人民医院收治的 70 例老年胃癌患者作为研究对象,根据随机数表法将患者分为对照组

和研究组, 每组 35 例。对照组实施传统开腹胃癌治愈性切除术, 研究组实施腹腔镜下胃大部分切除术, 观察比较两组患者的手术指标、术后并发症及术后患者生活质量。结果 两组患者术后均有一定的恢复效果, 研究组术后 3 个月、6 个月生活质量调查问卷内健康状况、功能量表、症状量表评分显著高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 研究组手术时间、术中出血量、术后排气时间等指标均少于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 研究组术后并发症发生率显著低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 研究组术后生活质量高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 老年胃癌患者临床使用腹腔镜下大部分胃切除术临床疗效显著, 安全性更高, 术后患者生活质量和身体恢复更好, 值得临床应用。

**关键词:** 胃癌; 老年患者; 胃癌治愈性切除术; 腹腔镜下胃大部分切除术; 临床效果

**中图分类号:** R735.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-07-0169-04

胃癌是起病于胃黏膜上皮组织的一种常见恶性肿瘤, 该疾病好发于 50 周岁以上男性人群, 由于快速生活节奏等原因的影响, 近年来多样数据统计显示, 我国胃癌患者的发病年龄趋势呈现年轻化和低龄化, 其中不规律饮食是致病的主要因素<sup>[1]</sup>。日常生活由于该疾病与其他胃炎、胃溃疡疾病症状相似导致疾病早期诊断率较低, 部分患者通常自行用药后部分症状得以控制, 而未及时就医, 在临床确诊的病例通常均处于进展期阶段, 患者的癌组织细胞浸润深度超过胃黏膜下层, 此阶段的胃癌患者通常采用根治性手术联合化疗方案救治。患者经过 X 线、胃镜等方式检查并确诊后, 经过 TNM 分期确定患者肿瘤扩散和转移情况, 根据患者实际情况确定适宜的临床手术方案<sup>[2-3]</sup>。但开展开腹胃癌治愈性切除术对老年患者的创伤较大, 患者恢复期长, 术后化疗效果不佳, 随着腹腔镜技术的不断发展, 近年来平邑县人民医院针对老年胃癌患者实施腹腔镜下胃大部分切除术, 临床治疗效果令人满意。本研究结合近年来平邑县人民医院胃癌患者手术病例情况, 旨在总结老年胃癌患者临床救治工作经验, 为今后提高老年胃癌患者临床治疗效果提供参考佐证。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 12 月—2021 年 12 月平邑县人民医院收治的 70 例老年胃癌患者作为研究对象, 按照随机数表法将患者分为对照组和研究组, 每组 35 例, 对照组男 24 例, 女 11 例, 年龄 64~75, 平均年龄 ( $68.47 \pm 5.12$ ) 岁; 术前 TNM 分期: I 期 12 例, II 期 16 例, III 期 8 例; 平均肿瘤直径 ( $3.83 \pm 1.67$ ) cm; 病理分型: 腺癌 17 例, 鳞癌 10 例, 腺鳞癌 8 例; 疾病程度: 早期 9 例, 进展期 26 例。研究组男 22 例, 女 13 例, 年龄 63~75, 平均年龄 ( $68.23 \pm 4.79$ ) 岁; 术前 TNM 分期: I 期 11 例, II 期 17 例, III 期 7 例; 平均肿瘤直径 ( $3.98 \pm 1.59$ ) cm; 疾病分型: 腺癌 15 例, 鳞癌 11 例, 腺鳞癌 9 例; 疾病程度: 早期 11 例, 进展期 24 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 有可比性。本研究经平邑县人民医院医学伦理委员会批准。患者对研究知情同意, 自愿签署知情同意书

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①入院后经 X 线钡剂检查 (或胃增强 CT)、组织活检等检查临床确诊为胃癌<sup>[4]</sup>者; ②年龄  $\geq 60$  周岁者; ③营养、脏器功能、机体免疫等指标符合本研究中手术指征要求者; ④均在平邑县人民医院完成诊疗全过程, 按时复查并配合医院定期随访, 诊疗、手术、随访等记录资料齐备者。

排除标准: ①肿瘤浸润广泛或存在远处转移无法通过手术彻底根除者; ②心肺功能差或合并其他器官器质性病变者; ③严重低蛋白血症、贫血和营养不良, 无法耐受手术者; ④存在言语、智力、精神障碍或老年痴呆病发病期者。

### 1.3 方法

对照组采用传统开腹胃癌治愈性切除术。平卧体位, 气管插管复合麻醉, 根据患者检查报告, 选择上腹正中切口, 对患者胃部及周边开展由远及近的无瘤操作探查, 探查患者胃癌肿瘤是否向肝脾和盆腔转移, 患者胃部情况及肿瘤大小形态以及肿瘤供血血管根部, 明确胰腺浸润程度, 十二指肠残端情况和肿瘤与贲门的间隙距离, 根据探查结果综合判断手术切除范围以及淋巴结清扫范围。按照从左向右, 从下向上, 从前向后顺序切除患者肿瘤及网膜囊, 术中取切除的块状肿瘤及肿大淋巴结进行快速病理检查, 根据检查结果关闭十二指肠, 清扫胃小弯与肝脏之间除了肝血管、胆总管外的所有血管、淋巴、脂肪组织。对胃大弯、系膜进行切除或结扎处理后根据患者情况采取适宜的消化道重建术, 常规关闭术腔。

研究组实施腹腔镜下胃大部分切除术。手术前期患者体位及麻醉等均与对照组等同, 根据患者手术切除需求选择远端、近端切除, 并确定经胸、经腹或经胸腹联合切口方式, 建立二氧化碳气腹, 操作探查患者胃部病变范围并进行切除, 病变部位切除后即对老年患者病变周围的淋巴结、血管做清扫或结扎处理, 切除患者肿瘤组织与周边大部分胃组织, 对残胃及空肠等部位进行吻合, 确保吻合强度, 可通过手工缝合对患者的切口进行加固, 术中应尽量避免出现器械损伤及热损伤等并发症。

### 1.4 观察指标

①比较两组患者各项手术指标差异。包括淋巴结清扫数量、手术时间、术中出血、术后排气时间、总住院时间, 其中手术时间、术后排气时间以及总住院时间, 时间越短证明手术

表 1 两组患者手术指标比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	淋巴结 清扫数量(枚)	阳性淋巴结 清扫数量(枚)	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(d)	总住院时间(d)
对照组	35	22.731 ± 8.195	2.767 ± 1.686	212.74 ± 55.62	143.3 ± 42.8	5.21 ± 1.43	10.13 ± 2.42
研究组	35	21.453 ± 8.228	2.594 ± 1.243	161.17 ± 42.48	67.8 ± 20.7	3.79 ± 1.02	15.72 ± 3.28
<i>t</i>		-0.565	-0.614	2.716	5.724	2.912	5.035
<i>P</i>		0.586	0.663	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 两组患者术后并发症发生情况比较

[*n*(%)]

组别	例数	切口感染	肺部感染	胃瘫	肠梗阻	热损伤	并发症发生率
对照组	35	6(17.14)	4(11.43)	1(2.86)	3(8.57)	0(0.00)	14(40.00)
研究组	35	0(0.00)	1(2.86)	0(0.00)	1(2.86)	1(2.86)	3(8.57)
$\chi^2$							4.228
<i>P</i>							0.002

表 3 两组患者生活质量评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	健康状况			功能量表			症状量表		
		术前	术后 3 月	术后 6 月	术前	术后 3 月	术后 6 月	术前	术后 3 月	术后 6 月
对照组	35	73.07 ± 16.94	63.85 ± 15.78	69.57 ± 15.78	83.42 ± 9.78	78.66 ± 13.37	80.11 ± 10.55	13.63 ± 10.52	19.77 ± 11.75	18.39 ± 14.40
研究组	35	73.18 ± 17.08	65.73 ± 16.58	72.36 ± 16.41	83.37 ± 9.65	80.03 ± 11.22	82.28 ± 10.63	13.58 ± 10.47	18.93 ± 11.48	16.35 ± 12.83
<i>t</i>		38.348	45.743	41.672	10.965	11.696	13.674	3.175	3.912	3.671
<i>P</i>		0.254	<0.001	<0.001	0.735	0.022	0.002	0.837	<0.001	0.001

效果越好,术中出血量以出血量越少表明手术效果更好。

②比较两组患者术后并发症发生情况。并发症包括切口感染、肺部感染、胃瘫、肠梗阻及热损伤。并发症发生率 = (切口感染 + 肺部感染 + 胃瘫 + 肠梗阻 + 热损伤)例数 / 总例数 × 100%。

③比较两组术后生活质量评分。在两组患者术前、术后 3 个月、术后 6 个月分别开展患者生活质量问卷调查,使用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量核心 30 问卷调查(EORTC QLQ-C30)量表<sup>[6]</sup>对两组患者的术后健康状况、功能恢复、症状评分,该调查问卷共有 30 条目。

### 1.5 统计学分析

应用 SPSS 18.0 软件分析处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行 *t* 检验;计数资料以 [*n*(%)] 表示,行  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者各项手术指标比较

两组患者淋巴结清扫数量及阳性淋巴结清扫数量比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);研究组患者手术时间、术后排气时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

### 2.2 两组患者术后并发症发生情况比较

研究组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

### 2.3 两组患者生活质量评分比较

术前,两组患者生活质量评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);术后、术后 3 个月及 6 个月,两组患者生活质量评分高于术前,且研究组术后 3 个月、6 个月健康状况、功能量表、症状量表评分高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

## 3 讨论

胃癌是临床中常见恶性肿瘤,虽然随着医学科技以及对胃癌临床治疗经验不断丰富,我国胃癌患者发病及病死率呈逐年下降趋势,但由于人口基数较大及老龄化社会等因素,导致我国胃癌患者基数远大于世界平均水平,每年约有 40 万胃癌新发病例出现,每年约有 30 万人死于胃癌,严重威胁人民群众的健康和生命安全<sup>[7-8]</sup>。新发早期胃癌可以通过治愈性切除结合化疗的诊疗方案达到令人满意的临床效果,胃癌疾病的早发现早治疗是提高患者生命质量和生存率的重要因素<sup>[9]</sup>。腹腔镜下手术领域不断拓展,随着仪器设备的不断更新换代和人员技术能力的不断提高,各种镜下术式不断开发,本研究通过使用腹腔镜下胃大部分切除术针对老年胃癌患者

进行手术治疗,主要考虑为老年患者提供更小的手术创伤,避免由于较大的手术创伤影响患者恢复质量,缩短老年患者术后恢复期,减少疾病身体不适的影响,提高患者心理状态评分。

本研究结果显示,研究组患者手术相关指标均显著好于对照组,其中手术时间、住院时间、术后排气时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。崔正旅等<sup>[10]</sup>人的研究中显示,采用腹腔镜手术方式肛门排气、下床时间、住院时间等多项指标明显短于传统开腹方式,其实验方法、指标差异与本次研究结果相符,导致两种手术方式患者各项指标差异较大原因与腹腔镜下手术方式相关,实施腹腔镜下胃癌大部分切除术,一方面降低了手术对老年患者的创伤,老年患者对手术耐受程度更好,有利于患者术后恢复,同时对比开腹手术更具美观性,尤其针对早期胃癌患者治疗结果令人满意。本研究结果显示,研究组患者术后并发症显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),虽然腹腔镜手术具有创口小、手术时间较短、术中出血量少及并发症发生率低的优势,但在实施镜下切除手术中要尤为注意不当操作造成的患者脏器及血管机械损伤、热损伤、皮下气肿等腹腔镜手术并发症,医师对术式的熟练理解掌握能够有效的减少患者术后并发症发生,同时开展手术要认真遵守无瘤操作技术规范,结合手术经验积累,通过手术中有意识的操作手法,可以较大程度上避免上述并发症发生,确保有效控制老年胃癌患者术后并发症发生<sup>[11-13]</sup>。本研究结果显示,研究组患者 3 个月、6 个月的生活质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),采用传统的开腹胃癌根治术后患者恢复情况显著差于研究组,开腹手术对患者造成较大创伤的同时延缓了患者术后恢复,患者伤口愈合更慢,相比较而言,采用腹腔镜下胃大部分切除术患者伤口愈合的机体能力恢复更快,患者达到基本正常生活的用时更短,同时腹腔镜下手术有效的减轻了患者病痛和不适感,患者自主行动能力恢复更快,可以及早开展康复训练及休闲活动,有效提高

了患者日常生活能力和质量。

综上所述,针对老年早期、进展期需要开展手术治疗的胃癌患者,腹腔镜下胃大部分切除术针对老年患者临床治疗效果更好,安全系数较高,老年患者耐受力更高,临床实用性更高,值得临床应用。

#### 参考文献

- [1] 姜敏,张久聪,周琴,等.胃癌流行病学研究进展[J].胃肠病学和肝病杂志,2017,26(9):966-969.
- [2] 严映,杨斌.影像学检查在胃癌TNM分期中的研究进展[J].临床放射学杂志,2020,39(1):224-227.
- [3] 许恒敏,李哲轩,张阳,等.胃癌早期诊断相关生物标志物研究进展[J].中国临床医生杂志,2021,49(11):1266-1270.
- [4] 中国抗癌协会胃癌专业委员会.胃癌诊治难点中国专家共识(2020版)[J].中国实用外科杂志,2020,40(8):869-904.
- [5] 黄惠清.加速康复护理对老年高血压行胃大部分切除术患者自理能力及健康行为的影响[J].心血管防治知识,2021,11(28):43-45.
- [6] 易颜琳,张学云,郑松柏.我国胃癌流行病学变迁和启示[J].胃肠病学,2021,26(8):489-493.
- [7] 王雪华.胃癌流行病学研究进展[J].饮食保健,2020,7(1):292-293.
- [8] 杨勇.老年胃癌患者行胃大部分切除术治疗的临床效果观察[J].影像研究与医学应用,2018,2(7):233-234.
- [9] 崔正旅,胡佐宇.腹腔镜下远端胃癌根治术与传统开腹手术治疗早期胃癌的疗效比较[J].贵州医药,2021,45(2):202-203.
- [10] 中国抗癌协会胃癌专业委员会,中华医学会外科学分会胃肠外科学组,中国医师协会外科医师分会上消化道专业委员会,等.腹腔镜胃癌根治术消化道重建相关并发症防治中国专家共识(2022版)[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(8):659-668.
- [11] 余颖誉,杨景先.腹腔镜辅助小切口胃癌根治术对进展期胃癌患者术后并发症、疼痛及胃肠功能的影响[J].医学理论与实践,2021,34(8):1337-1338.
- [12] 芮建锐,徐斌,涂永久.腹腔镜与开腹手术治疗早期胃癌的效果和并发症发生率对比观察[J].当代医学,2021,27(15):68-70.
- [13] 赫捷,陈万青,李兆申,等.中国胃癌筛查与早诊早治指南(2022,北京)[J].中华消化外科杂志,2022,21(7):827-851.

## 血管内介入治疗缺血性脑血管病的临床效果分析

邵泽涛<sup>1</sup> 张丽楠<sup>2</sup> 张倩倩<sup>1</sup> 李彪<sup>1</sup> 尹丽丽<sup>1</sup>

(1. 昌乐县人民医院神经介入科,山东 潍坊,262400; 2. 昌乐县人民医院血液科,山东 潍坊,262400)

**摘要:**目的 探究缺血性脑血管病采用血管内介入治疗的临床效果。方法 选取 2019 年 10 月—2020 年 10 月昌乐县人民医院收治的 102 例缺血性脑血管病患者作为研究对象,采用随机数表法将患者分为研究组和对照组,每组 51 例。对照组患者行单纯药物方式治疗,研究组患者行血管内介入治疗。比较两组治疗后病变血管血流速度、血管狭窄程度以及脑血管事件发生情况。结果 治疗后,两组临床结果均有明显改善,且研究组颈内动脉、颈总动脉、基底动脉、椎动脉的收缩期峰值血液流速( $V_s$ )均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗 12 个月后,研究组治疗的血管狭窄程度低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗 12 个月后,研究组脑血管事件发生率低于对照组,差异有统计学意义