

内镜下黏膜剥离术与内镜黏膜切除术治疗上消化道早期癌及癌前病变研究

林素丽

【摘要】 目的 探讨内镜下黏膜剥离术与内镜黏膜切除术对上消化道早期癌与癌前病变患者的临床疗效。**方法** 回顾性分析 2016 年 2 月—2018 年 11 月本院收治的 96 例上消化道早期癌与癌前病变患者的临床资料,依据采取手术方案的差异性,将其进一步划分为黏膜剥离术组(内镜下黏膜剥离术,48 例)与黏膜切除术组(内镜黏膜切除术,48 例),比较两组患者的临床指标、切除效果、并发症发生率与局部复发率。**结果** 两组住院时间与术中出血量对比,差异无统计学意义($P>0.05$);黏膜剥离术组手术时间长于黏膜切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组基底缘阴性率对比,差异无统计学意义($P>0.05$);黏膜剥离术组整块切除率、治愈性切除率、侧切缘阴性率均高于黏膜切除术组,差异有统计学意义($P<0.05$);黏膜剥离术组并发症发生率为 8.33%,黏膜切除术组为 2.08%,组间对比,差异无统计学意义($P>0.05$);黏膜剥离术组无局部复发例数,黏膜切除术组为 12.50%,组间对比,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 与内镜黏膜切除术相较而言,上消化道早期癌及癌前病变患者通过内镜黏膜剥离术治疗,可有效控制术后局部复发率,且病灶切除效果明显。

【关键词】 上消化道早期癌; 癌前病变; 内镜下黏膜剥离术; 内镜黏膜切除术; 临床疗效

[中图分类号]R735 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.028

上消化道早期癌及癌前病变为消化科常见疾病类型,在疾病早期并无明显特异性症状,且局限于黏膜层,但随着病情的不断进展,可危及生命安全,影响患者的生活质量与身心健康^[1]。外科手术为临床治疗该疾病患者的主要手段,但常规切除术可对机体消化道解剖结构产生严重破坏,影响正常生理功能,而内镜下手术具有微创等优势^[2]。基于此,本研究进一步探讨内镜下黏膜剥离术、内镜黏膜切除术对上消化道早期癌与癌前病变患者的临床治疗效果。现报道如下。

一、资料与方法

1.一般资料:回顾性分析 2016 年 2 月—2018 年 11 月本院收治的 96 例上消化道早期癌与癌前病变患者的临床资料,依据采取手术方案的差异性,将上述入选者进一步划分为黏膜剥离术组(内镜下黏膜剥离术,48 例)与黏膜切除术组(内镜黏膜切除术,48 例)。黏膜剥离术组中男 27 例,女 21 例;年龄 37~76 岁,平均(56.92±3.85)岁;体质指数(Body mass index, BMI)18.9~24.6 kg/m²,平均(21.73±1.01) kg/m²;疾病类型:上消化道早期癌 17 例,癌前病变 31 例;病灶位置:结肠 13 例,胃部 23 例,食管处 12 例。黏膜切除术组中男 26 例,女 22 例;年龄 38~76 岁,平均(57.29±3.56)岁;BMI 18.6~24.5 kg/m²,平均(21.71±0.97) kg/m²;疾病类型:上消化道早期癌 19 例,癌前病变 29 例;病灶位置:结肠 14 例,胃部 21 例,食管处 18 例。统计学比较两组一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。纳入标准:(1)存在进食异物感、腹痛及腹胀等临床表现者;(2)临床资料与影像学资料均完整者;(3)通过病理活检确诊者;(4)经超声内镜检查显示病变位置位于黏膜层或黏膜下层者;(5)黏膜抬举征显示为阳性者。排除标准:(1)合并全身系统性疾病者;(2)凝血功能障碍者;(3)急性感染者;(4)严重器官功能衰竭者;(5)合

并其他恶性肿瘤者;(6)过敏体质者;(7)急性失血性贫血者;(8)表达障碍或精神疾病者。

2.方法:两组患者均需在术前接受胃镜检查,明确病灶大小,然后接受 CT 或超声内镜检查将壁外淋巴结肿大排除,评估全身状况。叮嘱患者术前需禁食 8~10 h,必要条件下可使用黏膜清洁剂(少量)。黏膜剥离术组(内镜下黏膜剥离术):通过氩离子凝固术内氩气探头于其病变边缘约 3~5 mm 处给予环形点状电凝标记,标记间隔切勿太远。于病灶黏膜下通过多点足量注射的方式注射生理盐水 95 ml+透明质酸(昆明贝克诺顿药品销售有限公司,国药准字 H20090719)3 ml+髌脂(西南药业股份有限公司,国药准字 H50021944)3 ml 混合液,促使病灶抬举,沿着标记点外缘将患者黏膜逐渐切至其黏膜下层,经电刀沿其病灶边缘切开处,于固有肌层与黏膜下层间进行病灶剥离,电凝止血,若术中存在穿孔处,需通过金属夹缝合。黏膜切除术组(内镜黏膜切除术):于患者病变基底处进行生理盐水注射,通过圈套器将病变切除。对于病变较大者,可通过透明帽法,于肠镜前端进一步附加透明帽,于黏膜下注射完成后,通过负压吸引与圈套器收紧的方式切除病变;对于出血明显或创面较大者,需接受氩离子凝固术。术后需禁食 1~2 d,依据患者实际情况给予胃肠减压治疗,给予胃黏膜保护剂、抑酸药等治疗。

3.评价指标:(1)记录两组患者手术时间、住院时间及术中出血量。(2)两组患者均需于术后,充分展开固定手术获取病变组织,切片,而后给予病理学检查,记录整块切除、治愈性切除、基底缘阴性以及侧切缘阴性例数。(3)记录两组入选者穿孔、出血及局部复发例数。

4.统计学处理:采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料用频数(百分比)[$n(\%)$]表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者各临床指标的比较: 两组患者住院时间与术中出血量对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 黏膜剥离术组手术时间长于黏膜切除术组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者各临床指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	住院时间(d)	术中出血量(ml)
A 组($n=48$)	67.35±13.29	8.43±1.65	144.25±35.17
B 组($n=48$)	34.57±9.61	8.49±1.48	136.29±28.76
<i>t</i> 值	13.848	0.188	1.214
<i>P</i> 值	0.000	0.852	0.228

2. 两组患者手术切除效果的比较: 两组基底缘阴性率对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 黏膜剥离术组整块切除率、治愈性切除率、侧切缘阴性率均高于黏膜切除术组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者手术切除效果比较 n (%)

组别	整块切除	治愈性切除	基底缘阴性	侧切缘阴性
A 组($n=48$)	47(97.92)	45(93.75)	46(95.83)	46(95.83)
B 组($n=48$)	40(83.33)	38(79.17)	44(91.67)	40(83.33)
χ^2 值	4.414	4.360	0.178	4.019
<i>P</i> 值	0.014	0.037	0.399	0.045

3. 两组患者并发症发生率与局部复发率的比较: 黏膜剥离术组并发症发生率为 8.33%, 黏膜切除术组为 2.08%, 组间对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 黏膜剥离术组无局部复发例数, 黏膜切除术组为 12.50%, 组间对比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率与局部复发率的比较 [n (%)]

组别	并发症			局部复发率
	穿孔	出血	总发生	
A 组($n=48$)	1(2.08)	3(16.25)	4(8.33)	0(0.00)
B 组($n=48$)	0(0.00)	1(2.08)	1(2.08)	6(12.50)
χ^2 值		0.844		4.444
<i>P</i> 值		0.168		0.011

讨论 常规切除术为临床治疗上消化道早期癌及癌前病变患者的主要手段, 但其可对人体正常解剖结构造成破坏, 创伤较大, 可对患者术后恢复速度以及生活质量产生严重影响^[3-4]。随着临床消化内镜技术的不断发展与成熟, 促使上消化道早期癌及癌前病变于淋巴结转移前被临床发现与完全切除病灶成为可能。

内镜黏膜切除术为内镜下治疗局限在机体黏膜下层或黏膜的无蒂以及扁平消化道病变的一种微创技术, 效果显著, 且安全性较高^[5]。但该治疗方式对于病灶径不低于 2 cm 的患者而言, 其组织治愈性切除以及整块切除病灶效果较差, 且病变复发率较高^[6]。内镜黏膜剥离术是在内镜黏膜切除术基础上发展的一种治疗手段, 现已被广泛用于黏膜下肿瘤、癌前病变、消化道早期肿瘤等疾病的治疗中, 具有费用低廉、创伤小以远期疗效好等多重优势^[6-7]。与内镜黏膜切除术相较而言, 其可将消化道病变完整切除, 且病灶残留率与术后复发率

均较低, 利于为临床病人提供有效指导, 具有一定临床应用以及推广价值^[8-10]。本研究结果显示, 黏膜剥离术组整块切除率、治愈性切除率、侧切缘阴性率均高于黏膜切除术组, 局部复发低于黏膜切除术组, 进一步说明上消化道早期癌及癌前病变患者经内镜黏膜切除术治疗后, 切除效果欠佳, 且局部复发率较高, 而内镜黏膜剥离术治疗效果更佳。尽管两组并发症发生率无明显差异, 但内镜黏膜剥离术后出血等发生率仍相对较高, 临床规范手术操作, 应加强术后护理, 实时监测, 必要条件下可于术后早期接受内镜检查, 以进一步了解其溃疡面愈合情况。此外, 该术式导致的穿孔现象较小, 且腹膜炎体征相对较轻, 可通过止血夹给予夹闭, 同时结合胃肠减压置管、术后进食、静脉使用抗生素、取半卧位等常规干预, 一般可有效避免外科手术干预。此外, 丁斌虎等^[11]研究结果表明, 内镜黏膜切除术后局部复发率为 12.3%, 内镜黏膜下剥离术为 2.8%, 两种手术穿孔率无明显差异, 与本研究结果具有一致性。李蕾蕾等^[12]研究结果显示, 内镜黏膜下剥离术整体疗效优于内镜黏膜切除术。

综上所述, 与内镜黏膜切除术相比, 上消化道早期癌及癌前病变患者通过内镜黏膜剥离术治疗, 效果显著, 可有效提高病灶切除效果, 降低术后局部复发率, 但临床应积极采取对应干预措施以进一步控制其术后并发症发生率。

参考文献

- [1] 伊丽, 赵腾, 李琰琰, 等. 2000-2013 年山东省肥城市上消化道癌发病、死亡及早诊早治效果分析 [J]. 中华预防医学杂志, 2017, 51(5): 403-408.
- [2] 李辉章, 杜灵彬, 朱陈, 等. 2000-2012 年浙江省肿瘤登记地区上消化道癌发病与死亡分析 [J]. 肿瘤预防与治疗, 2018, 31(1): 5-11.
- [3] 李琪欢, 尹承勇, 李海彬, 等. 肥城市居民上消化道癌及癌前病变的筛查结果及影响因素分析 [J]. 中华肿瘤杂志, 2018, 40(5): 396-399.
- [4] 郑末, 张宝芹, 孙雅静, 等. 上消化道转移癌的内镜表现和临床病理分析(附 10 例报告) [J]. 中国内镜杂志, 2018, 24(4): 90-94.
- [5] 邝胜利, 白冰, 李修岭, 等. 圈套器联合橡皮圈辅助内镜黏膜下剥离术在治疗上消化道早癌中的应用 [J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(3): 210-212.
- [6] 胡晓, 李良平, 肖迅, 等. 内镜下黏膜剥离术治疗上消化道早期癌及癌前病变的临床疗效 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2017, 22(1): 9-12.
- [7] 张荣, 田叶红, 张利云, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗上消化道早癌及癌前病变并发术中出血危险因素分析 [J]. 山西医科大学学报, 2016, 47(4): 352-355.
- [8] 刘波颖, 汪福群, 王胜炳. 内镜下黏膜剥离术治疗上消化道早期癌和癌前病变疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 2015, 31(14): 2346-2348.
- [9] 马连君, 柴莉莉, 陈倩倩, 等. 黏膜下隧道法内镜切除术治疗上消化道黏膜下肿瘤的临床疗效分析 [J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(1): 18-22.
- [10] 赵治彬, 孔宏芳, 王娟. 内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术治疗上消化道黏膜下肿瘤的临床研究 [J]. 中国内镜杂志, 2018, 24(12): 104-107.
- [11] 丁斌虎, 白育英. 内镜下黏膜切除术和内镜黏膜下剥离术治疗上消化道病变的疗效及安全性研究 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(8): 1372-1374.
- [12] 李蕾蕾, 李强. 内镜下黏膜剥离术与黏膜切除术对上消化道早癌的疗效及并发症对比 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(3): 319-320.

(收稿日期: 2019-08-21)

(本文编辑: 郭俊杰)