

# ESD 与胃癌根治术对胃早癌治疗效果的对照研究

宋文冲 吕巍巍 乔秀丽 高孝忠

威海市立医院消化内科

〔摘要〕本院 29 例早期胃癌患者行 ESD 治疗, 59 例患者行外科根治性手术。对这两组患者的临床病理特点、手术时间、术后并发症、住院日、术后生活质量进行对比分析。结果表明 ESD 治疗早期胃癌与外科根治性手术相比, 具有相似的疗效及一定的优势。

〔关键词〕内镜下粘膜剥离术 (ESD); 外科根治术; 早期胃癌 (EGC); 随访; 并发症

〔中图分类号〕R735.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-063-02

内镜下黏膜剥离术 (ESD) 已成为临床医师治疗早期胃癌的主要手段之一。同时, 外科手术也是消化道早癌的传统治疗方法。目前对于 ESD 与胃大部切除术治疗早期胃癌的疗效、并发症、复发率、生活质量等尚无系统的临床研究。

我院自 2007 年开展 ESD 以来, 至 2012 年 3 月已完成 29 例早期胃癌 ESD 手术, 进行 1 年以上的随访, 与行胃癌根治术进行对照研究, 现报道如下。

## 1 资料和方法

ESD 组: 2007 年 8 月至 2012 年 3 月, 我科收治早期胃癌病人 29 例, 年龄 46-83 岁, 平均 65.3 岁。其中男 25 例, 女 14 例。胃镜活检病理为中高分化腺癌或重度不典型增生, 超声胃镜示病变未侵犯肌层, 且术前进行胸腹 CT 检查无临近或远隔器官组织转移者。行常规 ESD 手术。切除标本纵行切片, 观察基底和切缘, 若有侵犯补充外科手术。

胃癌根治术组: 2009 年 8 月至 2012 年 3 月, 外科收治早期胃癌病人 59 例, 胃镜活检病理为腺癌或重度不典型增生, 其中包括 2 例 ESD 术后切面边缘癌组织残留而补充外科手术的患者。年龄 24-80 岁, 平均 45.8 岁。其中男 38 例, 女 21 例。超声胃镜示病变未侵犯肌层或肿瘤虽已侵犯肌层但不超过一个分区 1/2 者, 且术前进行胸腹 CT 检查无临近或远隔器官组织转移者。根据肿瘤部位行远端或近端胃癌 D2 根治术。术后病理证实为 TONOMO-T2NOMO 者。

随访: 术后 1、3、6、12 月进行胃镜及生活质量、有无近、远期并发症及处理情况等观察表随访。观察 ESD 创面有无愈合, 活检评价病灶残留或者复发; 观察胃大部切除术后患者胃粘膜的改变、有无复发。数据采用 SPSS16.0 软件统计,  $P < 0.05$  为差异有显著性。

## 2 结果

ESD 组: 手术时间为 30-110min。术后病理结果: 胃窦 21 例, 胃体 8 例; 腺癌 19 例, 重度不典型增生 10 例; 27 例术后病理未见切缘残留, 另 1 例基底见癌组织, 1 例病变表面高分化腺癌, 基底低分化腺癌并见脉管内癌栓, 此 2 例均补充外科手术, 外科术后大块病理均未见癌组织。所有病例术中均有不同程度出血, 均使用热活钳, 氩气刀, 金属夹等止血措施止血成功。2 例出现术后迟发性出血, 1 例为术后 6h, 1 例为术后 24h, 有呕吐暗红色血液或 / 和鲜血便, 急诊胃镜可见创面有活动性出血, 行粘膜下注射、金属夹夹闭等处理后均出血停止。多数病人术后有不同程度的腹痛, 对症处理后

均于 24-48h 后疼痛缓解。未出现穿孔病例。所有病例术后以禁食、PPI、胃肠减压、止血、补液等治疗, 患者住院天数为 10-23d, 平均住院时间为 14.3d。29 例肿瘤清除率 93.1%。

所有病例术后 1、2、6、12、24 个月定期随访, 随访最短 1 年, 最长 5 年, 平均随访 26.9 个月。所有患者随访 1-5 年均未见异常。

胃癌根治术组: 59 例患者均顺利完成手术, 病理结果示 TONOMO-T2NOMO。多数患者为低分化腺癌或印戒细胞癌。患者住院天数为 11-55d, 平均住院时间为 21.7d, 肿瘤清除率 100%。

所有病例术后 1、2、6、12、24 个月定期随访, 随访最短 1 年, 最长 3.7 年, 平均随访 22.3 个月。9 例患者出现并发症。并发症包括: 术后急性黏连性肠梗阻 1 例, 术后残胃炎 3 例, 术后低蛋白血症、腹腔积液 1 例, 术后缺铁性贫血 1 例, 吻合口溃疡 2 例, 术后胃肠道功能紊乱 1 例。术后急性黏连性肠梗阻 1 例, 发生于术后 14 天, 急诊行肠梗阻松解术, 术后患者恢复良好出院。2 例患者术后出现上腹痛、反酸、烧心、早饱等症状, 胃镜示: 残胃炎、反流性食管炎、吻合口溃疡, 应用 PPI、胃粘膜保护剂、胃肠动力药等治疗后症状减轻。术后缺铁性贫血补充维生素 B12、硫酸亚铁后贫血较前好转。术后低蛋白血症、腹腔积液经营养支持、补充白蛋白等治疗后症状好转。术后胃肠道功能紊乱经调整胃肠道功能、调节神经功能等治疗后症状改善。除术后低蛋白血症、腹腔积液患者治疗后痊愈, 其他并发症患者 (8/59, 13.6%) 仍时有腹痛、食欲不振、大便次数性状改变、腹胀、反酸、烧心或乏力等症状, 且有 1 例患者行 2 次以上开腹手术, 影响患者生活质量。

## 3 讨论

胃癌根治术最常见的并发症为吻合口瘘, 也是较为严重的并发症。是患者围手术期死亡的主要原因之一。文献报道, 该并发症的发生率为 3.0%~6.6%<sup>[1]</sup>。腹腔内出血、十二指肠残端瘘、倾倒综合征、胃瘫综合征、胆汁反流性胃炎、吻合口出血、胃潴留、粘连性肠梗阻、吻合口狭窄、感染也是围手术期及术后的并发症<sup>[1]</sup>。偶有因术后并发症死亡的患者。残胃癌、缺铁性贫血、营养不良为较常见的远期并发症。早期胃癌行胃癌根治术后并发症发生率较中晚期胃癌明显减少, 早期胃癌根治术后的 5 年生存率可达 90% 以上, 尤其黏膜内癌 5 年生存率可达 95% 以上<sup>[2]</sup>。Kitano 等<sup>[2]</sup> 一项多中心大样本研究 (16 个中心、1294 例腹腔镜早期胃癌根治术、36 个

月中位随访)显示 I a 期、I b 期胃癌(UICC 分期)腹腔镜手术后 5 年无瘤生存率分别为 99.8%、98.7%。

1999 年 ESD 由 Gotoda T 等首先使用后, 针刀、钩刀等器械的逐渐发明和应用, ESD 已经成为消化道早癌及癌前期病变的首要治疗手段之一<sup>[3]</sup>。该技术具有切除范围大、能获得整块切除标本、保持正常的生理结构、评估肿瘤的浸润深度等优点。对于早期肿瘤, 上海长海医院统计 ESD 一次性肿瘤完整切除率为 95.2%, 组织学完全治愈率为 90.2%, 内镜下治疗与外科根治性手术效果相似, 且比外科根治性手术有不可比拟的优点, 能保持正常的生理结构<sup>[3]</sup>。

对于 ESD 治疗, 出血和穿孔是围手术期主要并发症, 出血是最常见的并发症<sup>[3]</sup>。大多数出血发生于术中或术后 24h。据 Goto 等<sup>[4]</sup>进行的多中心研究, 在 2009 年 1184 例胃上皮肿瘤患者行 ESD 术, 术后发生出血 100 例(5.5%), 其中 62 例发生在术后 24h 内。ESD 术穿孔一般较小, 应用钛夹一般能夹闭, 结合术后内科综合治疗, 一般均可避免外科手术。Ono 分析 602 例早期胃癌应用 IT 刀行 ESD 术的患者, 穿孔发生率(3.9%-5%), 术后消化道出血的发生率(7.8%-8.7%), 均经内镜下成功处理, 未行外科手术<sup>[7]</sup>。ESD 治疗的远期并发症主要是管腔的狭窄, 如食管的术后瘢痕狭窄, 内镜下扩张术可有效治疗。其次, 有文献显示由于肿瘤的微转移, 胃早癌患者即使行根治术后复发率仍为 1.7%-3.4%, ESD 治疗早期胃癌 5 年生存率为 96.2%-100.0%, 复发率为 0%-17.5%, 与胃癌根治术相似。

本研究结果表明, ESD 治疗早期胃癌与胃癌根治术疗效相似, 平均住院日短, 患者创伤小, 近期及中远期并发症少,

对患者的生活质量影响较小。然而, 由于本研究观察的患者数量较少、随访时间仍较短, 且为回顾性研究, 可能有一定程度的偏差。但是对早癌患者进行随机分组行 ESD 或外科根治术, 在理论上可行, 却不符合医学伦理原则。随着今后手术量的不断增加, 我们将继续增加随访力度, 争取获得 15 年以上的随访资料, 对 ESD 及胃癌根治术治疗早癌的远期预后进行比较, 取得更加客观的评价。

总之, ESD 对早期胃癌患者治疗的近期、中远期并发症较胃癌根治术明显减少, 手术创伤小, 平均住院日短, 恢复快, 对患者不良影响小, 具有良好的应用前景。

[参考文献]

[1]Oh Si, Choi WB, Song J, et al. Complications requiring reoperation after gastrectomy for gastric cancer: 17 years experience in a single institute. J Gastrointest Sur, 2009; 13(2): 239-45.  
 [2]Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, et al. A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. Ann Surg, 2007, 245(1): 68-72.  
 [3]Chiu PW, Teoh AY, To KF, et al. Endoscopic submucosal dissection (ESD) compared with gastrectomy for treatment of early gastric neoplasia: a retrospective cohort study. Surg Endosc. 2012; 26(12):3584-91.  
 [4]Goto O, Fujishiro M, Oda I, et al. A multicenter survey of the management after gastric endoscopic submucosal dissection related to postoperative bleeding. Dig Dis Sci. 2012; 57(2): 435-9.

(上接第 62 页)

者动脉血气水平改善情况明显优于常规组(P < 0.05)。见表 2。

表 2: 两组患者治疗前后动脉血气水平变化情况对比

组别	例数		PaO <sub>2</sub> (mmHg)	PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	SaO <sub>2</sub> (%)
无创组	42	治疗前	65.32 ± 4.41	79.93 ± 3.82	74.38 ± 3.87
		治疗后	89.67 ± 3.88	60.47 ± 3.44	98.13 ± 2.79
常规组	42	治疗前	65.45 ± 4.26	80.12 ± 3.95	75.26 ± 3.92
		治疗后	76.39 ± 3.64	71.25 ± 3.63	88.64 ± 2.25

注: 治疗前两组患者 P > 0.05, 治疗前和治疗后 P < 0.05, 治疗后无创组和常规组 P < 0.05

3 讨论

随着人类生活水平的不断提高, 慢性阻塞性肺病的发病率也逐渐升高, 也导致合并呼吸衰竭的发病率呈上升趋势, 严重影响患者的生命。对于此类患者的治疗临床上并无具有针对性的根治药物, 常规治疗为吸氧, 应用气管扩张、呼吸兴奋、抗感染类药物等, 治疗效果并不理想, 容易使患者呼吸肌出现疲劳, 病情恶化<sup>[3]</sup>。随着医疗水平的逐渐提高, 无创呼吸机治疗方式逐渐应用与临床, 并且已经成为重症呼吸衰竭患者临床治疗的主要方式, 该治疗方式具有无创、方便等特点, 由于慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者气道阻力较高, 氧耗量也相应升高, 给予患者持续的负压通气, 能够保持气道正压, 增加肺泡内压, 促进氧气在血流中弥散, 修复受损肺泡, 维持肺泡在呼吸周期内的畅通, 是控制病情、减缓恶化程度的有效辅助治疗方法<sup>[4]</sup>。有相关报道得出, 依靠单纯的药物进行治疗, 无法起到良好的治疗效果, 并且长期使用呼吸兴奋剂、支气管扩张等药物, 可加重患者呼吸衰竭的情况<sup>[5]</sup>。通过本文研究结果得出, 实施无创呼吸机治疗的无创组其治疗效果以及治疗后患者各项临床指标均明显优于常规组, 说明,

采用无创呼吸机的治疗效果显著, 可以有效缓解患临床症状。综上所述, 针对于慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的患者, 使用无创呼吸机治疗, 可以有效的改善患者的临床症状, 保障治疗效果, 提高患者的生存质量, 具有非常重要的临床意义。

[参考文献]

[1]徐碧辉. 整体护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭中的效果[J]. 国际护理学杂志, 2014, 33(5):997-1000.  
 [2]高中, 郑伟. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭患者经纳洛酮与无创呼吸机联合治疗的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 67(30): 40-41.  
 [3]万小兵, 陈宇洁, 陆海英. 无创呼吸机辅助治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床效果研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2015, 9(17): 96-98.  
 [4]梁宇. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床意义研究[J]. 大家健康(学术版), 2015, 3(31): 80-81  
 [5]梁久红. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者 65 例临床疗效观察[J]. 内科, 2015, 5(23): 690-691.