



· 论 著 ·

内镜下粘膜剥离术(ESD)治疗胃、结直肠粘膜层及粘膜下层病变的分析探讨

汪忠红 邹绍静 刘仕鹏* (洪泽县人民医院 江苏洪泽 223100)

摘要: **目的** 探讨分析内镜下粘膜剥离术(ESD)治疗胃、结直肠粘膜层及粘膜下层病变的临床疗效。**方法** 将34例行ESD治疗的胃、结直肠粘膜层及粘膜下层病变患者纳入实验组,另取34例外科根治术治疗的胃、结直肠粘膜层及粘膜下层病变患者为对照组,观察两组临床疗效病变完全切除率、手术并发症和术后恢复情况。**结果** 两组病变完全切除率无显著性差异($P > 0.05$);实验组术后平均禁食时间、住院时间、首次肛门排气时间、术后留置导尿时间分别为(1.24 ± 0.15)d、(5.78 ± 0.22)d、0d、0d,对照组上述指标分别为(3.54 ± 0.37)d、(12.35 ± 1.67)d、(2.95 ± 0.44)d、(4.13 ± 0.26)d,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);实验组镇痛药物使用率、排便功能障碍、术中和术后并发症发生率明显低于对照组,组间相比差异显著($P < 0.05$);术后随访1-3年,两组复发率、远处转移发生率、死亡率无统计学差异($P > 0.05$)。**结论** 内镜下粘膜剥离术治疗胃、结直肠粘膜层及粘膜下层病变疗效确切,术后较少并发症,有利于促进患者病情恢复,缩短住院时间,对患者排便控制功能亦无影响,值得推广和应用。

关键词: 胃肠黏膜病变 粘膜下病变 内镜下黏膜剥离术 疗效

中图分类号: R571 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)14-098-02

胃肠道肿瘤是消化内科临床上最为常见的一类恶性肿瘤,对患者生命健康造成严重威胁,其中胃癌发病率在恶性肿瘤中位居第四,死亡率为10.3/10万,结直肠癌发病率为14.2/10万,死亡率为6.9/10万^[1]。消化道黏膜从正常状态转入癌前病变、早癌以及进展期癌的过程较为漫长;随着病情逐渐进展,粘膜下病变恶变几率随之提高,早发现、早干预、早治疗是改善患者生存质量、降低死亡率的关键,部分患者甚至可彻底治愈^[2]。以往临床对于胃肠道恶性肿瘤变中局部淋巴结转移存在认识不清的问题,出现不少误区,认为只有采用外科根治性手术清扫局部淋巴结才能实现根治的目的。内镜下黏膜剥离术目前在消化道病变治疗中得到较为广泛的应用,并被临床公认为癌前病变以及早癌(无淋巴结转移)的一种首选治疗方案。本研究以我院2012年2月-2013年2月收治的34例行ESD治疗的胃肠道黏膜及粘膜下病变患者为观察对象,分析并探讨ESD的近远期疗效和安全性,现作如下报告:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2012年2月-2013年2月行ESD治疗的34例胃肠道黏膜及粘膜下病变患者为实验组,其中男22例,女性患者12例,年龄最小43岁,最大75岁,平均年龄(58.6 ± 3.4)岁;胃部病变19例(21处病变)、结肠病变10例(13处病变)、直肠病变5例(7处病变);黏膜病变36处,黏膜下病变5处。本组病例均经内镜探查确诊为胃肠黏膜及黏膜下占位病变,符合我国2012年消化道黏膜病变内镜黏膜下剥离术治疗专家共识中的ESD适应症^[3]。排除标准^[4-5]如下:(1)伴有可疑淋巴结或者血行转移者,肿瘤浸润至粘膜下层;(2)重要脏器合并症或者功能衰竭无法耐受内镜治疗;(3)正在接受抗凝剂或激素治疗、生命体征不平稳、合并精神疾病的患者;(4)患、家族性腺瘤病、血液系统病变、炎症性肠病以及凝血功能异常者;(5)严重贫血以及感染未控制病例。另取2008年2月-2010年2月行外科根治术的34例胃肠道黏膜及粘膜下病变患者为对照组,入组病例均符合开腹手术指征,其中男25例,女性患者9例;年龄最小41岁,最大76岁,平均年龄(59.4 ± 2.7)岁;其中胃部病变20例(23处病变)、结肠病变8例(11处病变)、直肠病变6例(6处病变);黏膜病变34处,黏膜下病变6处。两组病例基线特征相近,差异具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 手术器械: olympus GIF-Q260J 电子胃镜、专用透明帽、

*通讯作者: 刘仕鹏

作者简介: 汪忠红(1970.12-),女,汉族,本科,籍贯安徽桐城,消化内科,副主任医师,研究方向:消化道早癌的诊治。

• 98 •

ERBEICC-200 高频电外科装置、ERBE200s 氩气刀、HOOK刀、IT刀、注射针、热活钳钳、止血夹。

1.2.2 术前准备: 术前完善肠道准备,给予泻药口服以清洁肠道,排出水样便即可,检查血常规以及凝血功能,完善腹部B超、心电图以及胸片等辅助检查。

1.2.3 麻醉方式: 内镜粘膜下剥离术(ESD)。术前30min实验组胃ESD手术患者行气管插管全身静脉麻醉,肠镜ESD手术患者采用基础经静脉麻醉,外科手术组行气管插管全麻联合呼吸机辅助通气。

1.2.4 手术操作: 胃ESD患者在气管插管下行全身静脉麻醉,肠镜ESD患者行基础静脉麻醉。

将透明帽附着于内镜前端,结合情况通过美兰、靛胭脂或者窄带成像(NBI)方法观察并评估病变形态、大小、边界、毛细血管形态以及腺管开口等。手术操作方法分为如下几步:(1)标记:于病变外5mm处对具有清晰边界的病灶实施电凝标记标记,而边界模糊的病灶可在靛胭脂、美兰染色的基础上或利用通过NBI观察腺管开口以及毛细血管,以便于对正常合病变组织做出区分,划定病变范围并做标记。如若病灶边界模糊,可视具体情况扩大切除范围^[6]。(2)黏膜下注射:取肾上腺素+靛胭脂(用量分别为1ml、5ml)或美兰+生理盐水(用量为2ml、100ml)于病变边缘标记外侧实施粘膜下多点注射,每点注射量为2ml,可重复注射以保证病灶抬起。病灶在注射后无法抬起,则终止本次手术治疗,改为其他治疗。胃部和结直肠注射顺序分别为经右侧向左侧、经左侧向右侧,以便于更好地观察病变。(3)病变外侧缘黏膜的预切处理:预切是ESD手术成功的一个关键环节,沿病灶外侧标记点采用IT刀将病变周围粘膜切开,一般建议胃部病变可将病变周围全部粘膜切开,肠道病变则应采取部分粘膜切开处理,切开操作顺序通常是先将病变远侧端切开。(4)病变剥离:于黏膜下层采用IT刀进行剥离,操作过程中视具体情况行黏膜下反复多次注射,始终保持剥离层次处于黏膜下层,以免损及则血管丰富的粘膜肌层引起出血,或剥离过深损伤固有肌层引起穿孔^[7]。部分病例剥离后仍有少许组织残留,可采用圈套器彻底电凝电切(早癌患者除外)(5)创面处理:将病变彻底切除后,采用热活钳电凝处理创面小血管,若有大血管裸露则可采用金属夹将血管夹闭,或采用热活钳电凝处理。再次充分电凝处理人工创面表面和创面四周,大面积创口可采用金属夹缝合。

1.3 观察指标

对比两组住院时间、禁食时间、术后首次排气时间以及导尿时间,统计两组镇痛药物使用率、术中术后并发症发生率以及排便功能障碍发生率。随访1-3年对比两组复发率、远处转移发生率、死亡率。

1.4 统计学方法



应用SPSS16.0软件对本研究的数据进行统计学分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示;计数资料以百分比表示,方差齐者或者数据符合正态分布者以t检验,方差不齐或者数据不符合正态分布者则行秩和检验,当 $P < 0.05$ 时判定差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病变完全切除率对比

实验组病例术后病理标本周切缘和底切缘无癌组织残留,病变完全切除率为100%。对照组术后肠段两切缘无癌组织残留、无癌残留,术后标本肠切缘及肛门切缘无癌组织残留,完全切除率为100%。两组患者病变完全切除率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组手术并发症对比见表1。

对照组术中出血2例,采用电凝活钳成功止血,对照组术后3例切口感染,其中1例切口开裂不愈合,给予抗感染治疗的同时于全麻状态下行切口二期缝合;另麻痹性肠梗阻2例,肌注新斯的明加强肠蠕动后梗阻症状缓解。实验组中1例皮下气肿,经皮下抽气、内科保守治疗3d后缓解,另有2例术中出血,电凝后止血。

表1: 两组手术并发症对比(n, %)

组别	例数(n)	术中出血	皮下气肿	切口感染	麻痹性肠梗阻	合计
对照组	34	2	0	3	2	7(20.6)
实验组	34	2	1	0	0	3(8.8) ^a

注: 两组数据对比^a $P < 0.05$

2.3 两组术后恢复情况对比见表2。

实验组术后平均禁食时间、住院时间、首次肛门排气时间、术后留置导尿时间分别为(0)d、(0)d、0d、0d,对照组上述指标分别为(0)d、(0)d、(0)d、(0)d,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);实验组镇痛药物使用率、排便功能障碍发生率、术中和术后并发症发生率明显低于对照组,组间相比差异显著($P < 0.05$)。

表2: 两组术后恢复情况对比

观察指标	对照组	实验组
禁食时间(d)	3.54 $\pm$ 0.37	1.24 $\pm$ 0.15 ^a
首次排气时间(d)	2.95 $\pm$ 0.44	0 ^a
留置导尿时间(d)	4.13 $\pm$ 0.26	0 ^a
住院时间(d)	12.35 $\pm$ 1.67	5.78 $\pm$ 0.22 ^a
镇痛药物使用率(%)	23.5(8/34)	2.9(1/34) ^a
排便功能障碍发生率(%)	29.4(10/34)	0(0.0) ^a
留置导尿率(%)	100.0(34/34)	0.0(0/34) ^a

注: 两组数据对比^a $P < 0.05$

2.4 两组远期疗效对比

复发率及远处转移发生率: 内镜治疗组共例23患者术后行结肠镜复查(术后12月~36月)均未见局部复发。外科治疗组行结肠镜复查(术后12月~34月)患者均未见复发。随访期间内未见直肠癌所致死亡病例及其它疾病所致死亡病例。两组中行胸片、腹部超或检查患者未见远处转移。两组复发率、远处转移发生率、死亡率无统计学差异($P > 0.05$)。

3 讨论

在消化道隆起性病变各类治疗方案中,内镜黏膜下剥离术属于腔内手术治疗的一种新方法,其操作步骤如下:①将液体注入黏膜下,以便于托起肿瘤病灶;②对肿瘤周围黏膜实施预切除;③将肿瘤下结缔组织剥离。ESD的手术操作需要特殊器械辅助实施,例如绝缘端外

科电刀、末端小口径圆锥透明帽、钩刀、三角刀、螺旋伸缩刀以及针刀等等,利用上述器械将病变周围黏膜切开,然后将病变黏膜下层结缔组织逐步剥离,彻底清除病变。ESD手术的优势主要在于对大的病灶能够一次性彻底切除(病理组织学判断确认属于一次性完整切除),残部复发率较低,病理组织学可判断是确实的一次性完整切除,但缺陷在于手术用时相对较长,术中发生出血、穿孔几率相对较高,同时对于术者操作水平和技术难度要求较高。ESD手术并发症主要为出血和穿孔两种,术后如需采取急诊内镜止血处理的患者约占7%,而穿孔率约为4%。一项研究^[8]采用ESD手术治疗早期胃癌患者185例(共计196处病变),结果表明治愈性整块切除率为84%,其中一次性切除率高达93%,病变部位以及病变大小是影响治愈性整块切除率的主要因素。另术后胃穿孔发生率为6.1%,穿孔病例均接受内镜治疗,随访12个月未见病情复发。出血是ESD并发症中最为常见的一种,临床可采用高频电刀凝固处理、钛夹夹闭或者热活检钳电凝处理。临床报道称ESD穿孔发生率高于EMR,但大部分可能过金属夹夹闭穿孔部位,因而无需采用外科手术修补。本次研究中实验组患者2例出血,二者均为术中出血,出血量分别为44ml、52ml,采用电凝热活检钳处理后成功止血。此外,两组病变完全切除率均为100.0%($P > 0.05$),术后随访1~3年,两组复发率、远处转移发生率、死亡率无统计学差异($P > 0.05$),说明ESD与常规外科手术治疗方案近远期疗效近似;实验组术后平均禁食时间、住院时间、首次肛门排气时间、术后留置导尿时间明显优于对照组,且术后镇痛药物使用率、术中和术后并发症发生率明显更低,组间相比差异显著($P < 0.05$),提示ESD手术创伤较小,安全性较高,与常规外科手术相比优势突出。

综上所述,内镜下黏膜剥离术治疗胃、结直肠黏膜层和黏膜下层病变疗效确切,术后较少并发症,有利于促进患者病情恢复,缩短住院时间,对患者排便控制功能亦无影响,值得推广和应用。

参考文献

- [1] 张游, 令狐恩强, 卢忠生等. 术前活检在胃黏膜病变内镜黏膜下剥离术治疗中的价值分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(3):151-154.
- [2] 中华医学会消化内镜学分会. 胃黏膜病变内镜黏膜下剥离术围手术期用药专家建议(2015年, 苏州)[J]. 中华内科杂志, 2015, 54(10):905-908.
- [3] 周平红, 姚礼庆, 徐美东等. 内镜黏膜下剥离术治疗直肠癌[J]. 中华胃肠外科杂志, 2007, 10(4):319-322.
- [4] 冯秀雪, 令狐恩强, 卢忠生等. 内镜下胃黏膜剥离术后出血的相关危险因素分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(2):65-68.
- [5] 吴蓓, 令狐恩强, 李惠凯等. 内镜下黏膜剥离术治疗胃黏膜病变的远期疗效[J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2014, (1):9-14.
- [6] 周平红, 姚礼庆, 秦新裕等. 无腹腔镜辅助的内镜全层切除术治疗源于固有肌层的胃黏膜下肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 26(12):617-621.
- [7] 钟芸诗, 时强, 姚礼庆等. 内镜黏膜下剥离术后短期内胃镜检查对防治迟发性出血的价值评价[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(5):247-250.
- [8] 金燕, 龚镭, 唐学军等. 窄带成像技术联合内镜黏膜下剥离术治疗胃黏膜高级别上皮内瘤变的临床价值[J]. 中华胃肠外科杂志, 2016, 19(5):557-561.

(上接第97页)

综上所述,正畸联合种植义齿治疗单个牙缺失可获得令患者满意的临床疗效,可作为临床治疗的优选方案推广使用。

参考文献

- [1] 安新, 王芳, 王春会, 等. 种植牙修复联合正畸治疗创伤性牙缺失伴骨缺损临床研究[J]. 中国医疗美容, 2016, 10(03):62-64.
- [2] 张维. 正畸联合种植序列在先天缺失牙治疗中的应用观察[J].

现代医学, 2016, 14(05):686-688.

- [3] 喻爱霞, 顾超, 徐霞娟. 单个牙缺失患者经正畸联合种植义齿治疗的临床效果研究[J]. 中国口腔种植学杂志, 2016, 11(02):81-84.
- [4] 李新, 马科院, 任道普. 正畸联合种植义齿治疗单个牙缺失的临床研究[J]. 检验医学与临床, 2015, 21(07):966-967.
- [5] 张清磊, 何艳, 谭燕, 等. 局部正畸联合种植治疗第一磨牙长期缺失患者的临床研究[J]. 口腔医学, 2014, 25(09):686-688.