

〔文章编号〕 1007-0893(2021)12-0136-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.12.060

# 内镜黏膜下剥离术治疗胃食管连接部 癌前病变、早癌效果观察

董亚辉 白言声 贾万奇

(南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 **目的:** 比较对胃食管连接部(GEJ)癌前病变患者或早癌患者采取内镜黏膜下剥离术(ESD)、内镜黏膜切除术(EMR)的临床效果。**方法:** 选取2016年6月至2019年6月南阳市第二人民医院收治的70例GEJ癌前病变或早癌患者,随机分为两组开展研究,甲组35例给予ESD治疗,乙组35例给予EMR治疗,比较ESD、EMR的手术疗效。**结果:** 两组患者的手术用时比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );甲组患者的病变切除效果显著优于乙组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者的并发症发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );甲组患者的复发率(5.71%)明显低于乙组(22.86%),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 对GEJ癌前病变患者或早癌患者采取ESD治疗的效果明显高于EMR,其整块切除率、组织学治愈率均高,且复发率低,是治疗GEJ癌前病变或早癌的一种安全术式。

〔关键词〕 胃食管连接部癌前病变;早癌;内镜黏膜下剥离术;内镜黏膜切除术

〔中图分类号〕 R 735 〔文献标识码〕 B

目前,胃食管连接部(gastroesophageal junction, GEJ)癌前病变、恶性肿瘤的发生率呈上升趋势,以往多采用传统根治性手术进行治疗,但因手术创伤大,严重影响患者的术后生活质量,故早期采取传统根治性手术治疗该病症的效果欠佳<sup>[1]</sup>。近年来,随着内镜技术的快速发展,内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)、内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)被广泛应用于GEJ癌前病变及早癌患者的临床治疗中,取得了良好的手术效果<sup>[2]</sup>。基于此,本研究对70例GEJ癌前病变或早癌患者进行随机分组研究,旨在探究ESD、EMR的临床应用效果,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2016年6月至2019年6月本院收治的70例GEJ癌前病变或早癌患者,随机分为两组开展研究。甲组35例:男21例、女14例;年龄40~80岁,平均(60.42±2.51)岁。乙组35例:男22例、女13例;年龄40~80岁,平均(60.46±2.55)岁。两组患者性别、年龄等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1)均经活检证实为GEJ癌前病变或早癌;(2)年龄为40~80岁;(3)高度上皮内瘤及肿瘤分别位于其黏膜中;(4)患者自愿加入本研究活动,依从性高。

1.1.2 排除标准 (1)病灶溃疡面超过3 cm;(2)活检证实为未分化性腺癌;(3)不愿加入本研究,或依从性差。

### 1.2 方法

1.2.1 ESD 甲组患者给予ESD治疗,具体操作如下:先给予内镜超声检查、腹部超声检查、胸部X线拍摄、计算机断层扫描(computer tomography, CT)诊断等常规检查明确病情,指导正在服用抗凝药物、抗血小板药物的患者立即停药,1周后再开展手术治疗<sup>[3]</sup>,予以气管插管麻醉及全麻情况下内镜,先进行靛胭脂染色明确其病灶范围,使用针状刀在病灶边界1 mm的位置做标记,将亚甲基蓝、肾上腺素及甘油果糖注射至患者的黏膜下,其中肾上腺素的浓度控制为0.005%。黏膜下注射后充分抬病灶,使其形成液垫,之后用Olympus KD-620-LR hook刀将患者的黏膜切开,再使用hook刀、IT刀将病灶逐层剥离,术后禁食1 d,之后予以流质食物,逐渐过渡为半流质、普食<sup>[4]</sup>。术后均予以质子泵抑制剂治疗。

1.2.2 EMR 乙组患者给予EMR治疗,具体操作如下:术前准备与甲组一致,用透明帽法进行病灶切除处理,将圈套器预先盘于透明内槽,用透明帽的前端对准病灶,利用负压吸引病变组织,待病变组织吸入透明帽内后收紧圈套,后用高频电凝切下病变组织。术后禁食1 d,之后予以流质食物,逐渐过渡为半流质、普食。术后均予以质子泵抑制剂治疗。

### 1.3 观察指标

比较两组患者的手术用时、病变切除效果、并发症发生

〔收稿日期〕 2021-03-09

〔作者简介〕 董亚辉,男,主治医师,主要研究方向是消化内镜下微创手术。

率及复发率。术后随访：分别在患者术后 3 个月、6 个月、1 年、2 年复查胃镜及 CT 评估是否复发。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术用时、病变切除效果比较

甲组患者的手术用时为 (65.43 ± 5.46) min，乙组为 (62.58 ± 8.67) min，两组患者的手术用时比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。甲组的侧切缘阴性率、基底缘阴性率、治愈性切除率及整块切除率均明显高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术用时、病变切除效果比较 (n = 35, n(%))

组别	侧切缘阴性	基底缘阴性	治愈性切除	整块切除
乙组	18(51.43)	26(74.29)	15(42.86)	16(45.71)
甲组	31(88.57) <sup>a</sup>	33(94.29) <sup>a</sup>	27(77.14) <sup>a</sup>	32(91.43) <sup>a</sup>

与乙组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05

注：甲组—ESD 治疗；乙组—EMR 治疗

2.2 两组患者并发症发生率、复发率比较

甲组的复发率为 5.71% (2/35)，明显低于乙组的 22.86% (8/35)，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。两组患者的并发症发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 (n = 35, n(%))

组别	出血	穿孔	狭窄	总发生
乙组	2(5.71)	1(2.86)	1(2.86)	4(11.43)
甲组	1(2.86)	1(2.86)	1(2.86)	3( 8.57)

注：甲组—ESD 治疗；乙组—EMR 治疗

3 讨论

GEJ 位于人体胸腹的交界处，以往临床上治疗 GEJ 患者以传统根治术为首选术式<sup>[5]</sup>。近年来，随着外科技术的不断进步，传统根治术不再是首选术式，其原因在于新的术式不仅达到了较为理想的手术效果，还大大降低了术后并发症发生率与复发率，远比传统根治术的效果更佳<sup>[6]</sup>。内镜切除术是当前推广力度较大的重要术式之一，用于治疗 GEJ 癌变患者或早癌患者，效果显著，被公认为当前治疗 CGJ 癌变患者或早癌患者的一种安全有效的微创术式<sup>[7]</sup>。ESD、EMR 均为内镜切除术中常见的两种术式，其中 EMR 对超过 2 cm 的病灶存在应用局限性，仅能通过分片切除完成治疗，术后复发率相对较高，故 ESD 得以问世<sup>[8]</sup>。据相关报道显示<sup>[9]</sup>，ESD 的整块切除率比 EMR 更高，达 76%~96%，其治愈率达 74%~95%，但手术用时相对较长，并发症情况相对较多，存在一定的手术风险，故临床应用 ESD 时应充分考虑其弊端，合理应用该术式开展治疗。

基于 GEJ 位置的特殊性，此处穿孔既会出现气腹，又会出现纵膈气肿，以上情况若无法及时治疗，会加重患者的病情<sup>[10]</sup>。ESD 虽然可以有效治疗 CGJ 癌变患者或早癌患者，但穿孔率较高，需谨慎使用。本研究显示：两组患者的手术用时与并发症发生情况比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；甲组的病变切除效果显著优于乙组；甲组的复发率 (5.71%) 明显低于乙组 (22.86%)，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。提示 ESD 治疗 GEJ 癌前病变患者或早癌患者的效果显著优于 EMR，不仅可以提高侧切缘阴性率、基底缘阴性率、治愈性切除率及整块切除率，还会大大降低复发率，是一种安全有效的重要术式。

综上所述，对 GEJ 癌前病变患者或早癌患者采取 ESD 治疗的效果明显高于 EMR，其整块切除率、组织学治愈率均高，且复发率低，是治疗 GEJ 癌前病变患者或早癌患者的一种安全术式。

[参考文献]

- (1) 陈庆法, 徐燕, 薛方喜, 等. 年龄因素对行内镜黏膜下剥离术治疗早期单一病灶胃癌患者围手术期临床指标和肿瘤切除效果及并发症的影响 (J). 中国内镜杂志, 2017, 23(2): 53-57.
- (2) 王保健, 顾文芬, 胡忠卓, 等. 内镜下黏膜切除术与内镜黏膜下剥离术治疗消化道神经内分泌肿瘤的对比研究 (J). 中国内镜杂志, 2017, 23(9): 75-78.
- (3) 时强, 周平红, 钟芸诗, 等. 食管胃同时性双原发早期癌或癌前病变内镜黏膜下剥离术疗效分析 (J). 中华消化内镜杂志, 2018, 35(6): 410-414.
- (4) 李军, 施毅卿, 姜松耀. 内镜辅助胃癌黏膜下剥离术治疗胃癌前病变及早期胃癌效果分析 (J). 临床和实验医学杂志, 2018, 17(6): 637-640.
- (5) 王韶峰, 史芳芳, 申潞君, 等. 胃食管连接部低级别上皮内瘤变内镜黏膜下剥离术前后病理的比较分析 (J). 中华消化内镜杂志, 2018, 35(11): 849-850.
- (6) 荆晓娟, 龙晓奇. 内镜下黏膜剥离术与隧道法内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌及癌前病变效果对比研究 (J). 解放军医药杂志, 2018, 30(4): 16-19.
- (7) 朱道龙, 刘锦源, 周悦, 等. T1 期食管癌内镜下黏膜剥离术治疗与外科手术治疗效果比较 (J). 中国临床研究, 2017, 30(6): 801-803.
- (8) 李开学, 郭海建, 刘俊, 等. 内镜黏膜下剥离术与外科手术治疗食管早癌及癌前期病变的疗效比较 (J). 海南医学, 2017, 28(13): 2104-2106.
- (9) 何世保, 凌安生, 朱芳来, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管早期癌及癌前病变的临床分析 (J). 皖南医学院学报, 2017, 36(4): 349-351.
- (10) 周璽, 季大年, 李风, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗老年人早期胃癌和癌前病变的疗效和安全性分析 (J). 老年医学与保健, 2018, 24(2): 115-116, 122.