

内镜胃黏膜下剥离术对早期胃癌患者复发及并发症的影响

程畅,汪祺,叶乐平,李敏,张焰平

(安庆市立医院消化内科,安徽 安庆 246000)

【摘要】目的: 探究内镜胃黏膜下剥离术对于早期胃癌患者的治疗效果和并发症及复发率的影响。**方法:** 选取74例早期胃癌患者作为研究对象,按照手术方式不同分为观察组($n=32$)和对照组($n=42$)。观察组采用内镜胃黏膜下剥离术治疗,对照组采用外科胃癌根治术治疗。对比两组的术后恢复、并发症的发生率和患者的生存情况。**结果:** 观察组的术中出血量和手术时间低于对照组($P<0.001$);治疗后,观察组的住院时间、肛门排气时间、疼痛程度均低于对照组($P<0.001$),且术后并发出血、感染、流出道梗阻的情况也明显低于对照组($P<0.05$);3年生存率及术后复发率情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论:** 内镜胃黏膜下剥离术可降低早期胃癌患者术中出血量和手术时间,减少并发症的发生,缓解术后疼痛,促进患者康复,远期疗效与外科胃癌根治术相当。

【关键词】 内镜胃黏膜下剥离术;早期胃癌;术中出血量;生存率

【中图分类号】 R73 **【文献标志码】** A

Effect on recurrence and complications of patients with early gastric cancer underwent endoscopic gastric submucosal dissection and surgical operation

CHENG Chang, WANG Qi, YE Le-ping, LI Min, ZHANG Yan-ping

(Department of Gastroenterology, Anqing Municipal Hospital, Anqing 246000, Anhui, China)

【Abstract】 Objective: To explore the effect on recurrence and complications of patients with early gastric cancer underwent endoscopic gastric submucosal dissection and surgical operation. **Methods:** 74 patients with early gastric cancer were selected. According to the surgery, they were divided into the observation group and control group. In the observation group, 32 cases were treated by endoscopic gastric submucosal dissection, while in the control group, 42 cases were treated by surgical radical gastrectomy. The post-operative recovery, the incidence of complications and the survival of patients were compared between the two groups. **Results:** The bleeding volume and operation time in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.001$). The hospitalization time, anal exhaust time and pain degree in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.001$), and the occurrence rates of bleeding, infection, or outflow tract obstruction after operation were also lower than those in the control group ($P<0.05$). There were no significant differences in 3-year survival and recurrence rates ($P>0.05$). **Conclusion:** The long-term curative effect of endoscopic gastric submucosal dissection for early gastric cancer is comparable to that of surgical gastric cancer radical surgery, but the amount of intraoperative bleeding is less, the operation time is short and the incidence of postoperative complications is low, which can also relieve postoperative pain and promote the recovery of patients.

【Key words】 Endoscopic gastric submucosal dissection; gastric mucosa; Early gastric cancer; Intraoperative bleeding; Survival rate

中国是胃癌的高发性国家,其病率和病死率均排在首位,严重威胁我国居民健康^[1]。由于饮食结构的改变、工作压力增大以及幽门螺杆菌的感染等原因,使得胃癌开始呈现年轻化的发展趋势^[2-3]。早期及时的发现和治疗,对提高患者的生存率有极其重要的意义^[3]。目前,临床上最常用治疗早期胃

癌的手段为外科胃癌根治术,但外科胃癌根治术有诸多局限,如部分患者术后的生活质量与进展性胃癌并无明显差别,术后并发症和复发率均偏高,手术造成的创伤面积大等^[4]。研究^[5]表明,外科胃癌根治术也有7%以上的术后病死率和高达50%以上的术后并发症率。因此,临床上需要创伤更小,效果更

基金项目:安徽省安庆市科技局(2018Z2001)

作者简介:程畅(1982-),男,主治医师。E-mail:chengchang5996@126.com

通讯作者:张焰平。E-mail:zyping001@126.com

好的治疗方式。随着消化内镜技术取得的突破性进展,内镜胃癌黏膜下剥离术作为一项微创内镜技术,开始凭借创伤更小,并发症更少的优点更多地应用到临床^[6-7]。本研究通过对患者采用内镜胃癌黏膜下剥离术,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2016年1月至2019年11月于安庆市立医院就诊的74例早期胃癌患者作为研究对象,均为腺癌,按照手术方式的不同分为观察组($n=32$)和对照组($n=42$)。观察组中,男性27例,女性5例;年龄54~77岁;病变部位在胃窦13例,贲门胃底9例,胃体5例,胃角5例;病灶1个30例,2个2例;低分化腺癌5例、中分化腺癌9例、高分化腺癌18例。对照组中,男性35例,女性7例;年龄范围为43~78岁;病变部位在胃窦9例,贲门胃底6例,胃体10例,胃角16例;病灶1个41例,2个1例;低分化腺癌7例,中分化腺癌13例、高分化腺癌22例。两组患者年龄、性别、病变部位、病灶数目、分化程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究方案通过院医学伦理委员会审核批准。

纳入标准:(1)经过病理诊断为早期胃癌并在安庆市立医院接受内镜或者外科手术治疗的患者;(2)术后病理确认癌肿未突破黏膜下层;(3)术后病理评估符合内镜或者外科治愈性切除标准;(4)未合并其他严重脏器疾病。排除标准:(1)术后病理提示癌肿已侵犯固有肌层;(2)术后病理评估为内镜或者外科非治愈性切除病例;(3)有严重脏器功能不全者。

1.2 方法

1.2.1 手术方式 首先固定患者体位,取左仰卧位,并进行全身性麻醉。对照组的患者采用外科胃癌根治术治疗,强调肿瘤和周围组织的整块切除,在患者的腹部正中确定切口,根据患者的肿瘤部位及范围,采用远端切除术或者全胃切除术,后进行彻底的淋巴结清扫,对消化道进行重建,缝合切口,手术结束。观察组的患者采用内镜胃黏膜下剥离术治疗,首先采用靛胭脂染色剂或者联合放大胃镜对患者肿瘤部位进行染色,明确病变范围后,使用 Dual-knife 对患者的肿瘤外5 mm处进行标记,用玻璃酸钠、亚甲蓝和生理盐水制成的混合溶液对患者的标记部位进行黏膜下注射。在患者的标记部位开始隆起时没标记点外围5 mm处将其切开,将肿瘤病变部位整块剥离后对创面部位裸露血管进行电凝止血,对肌层损伤部位用金属夹夹闭,反复冲洗创面确

认无出血后,退镜,规范处理病变标本送病理检查。

1.2.2 观察指标 (1)术中出血量和手术时间:记录两组术中手术完成情况,出血量和手术时间,评价手术的效果。(2)住院时间、肛门排气时间、疼痛程度:记录两组的住院时间、肛门排气时间、疼痛程度。疼痛程度采用视觉模拟评分法(VAS)对患者临床疼痛变化进行评价。以0~10 cm的线条变化表示由无痛(0分)到极度疼痛(10分)的变化,患者根据自身感受在线段上标记,表示自身疼痛程度。(3)并发症发生情况:记录统计术后出血、感染、流出道梗阻的患者发生情况,不良反应发生率=(不良反应例数/总例数) $\times 100\%$ 。(4)患者3年生存率及术后复发率情况:记录随访患者的例数以及随访时间、患者的生存情况、复发情况和肿瘤转移情况等,3年内的生存率和无病生存率信息。采用门诊和电话形式随访,采用影像学检查证实,随访终点为患者已死亡,截止于2019年11月。

1.3 统计学分析

数据采用SPSS 18.0软件对数据进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行比较。计数资料以[$n(\%)$]表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术中出血量和手术时间比较

患者行内镜黏膜下剥离术出血量和手术时间均低于外科手术切除术组,差异比较有统计学意义($P<0.001$)。见表1。

表1 两组患者术中出血量和手术时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量(mL)	手术时间(min)
观察组($n=32$)	37.28 \pm 12.15	86.52 \pm 14.14
对照组($n=42$)	174.52 \pm 24.12	121.58 \pm 17.49
t 值	29.434	9.261
P 值	<0.001	<0.001

2.2 两组患者住院时间、肛门排气时间、疼痛程度比较。

内镜黏膜下剥离术组患者的住院时间、肛门排气时间低于外科手术切除术组($P<0.001$),内镜黏膜下剥离术组患者疼痛评分低于外科手术切除术组($P<0.001$)。见表2。

表2 两组患者住院时间、肛门排气时间、疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	住院时间(d)	肛门排气时间(h)	疼痛程度(分)
观察组($n=32$)	9.83 \pm 2.71	11.52 \pm 0.84	3.21 \pm 0.83
对照组($n=42$)	16.61 \pm 3.98	16.58 \pm 0.89	6.46 \pm 0.81
t 值	8.278	24.820	16.918
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者出血、穿孔、感染、流出道梗阻发生情况比较

内镜黏膜下剥离术组患者术后迟发出血、穿孔、感染、流出道梗阻等并发症的发生率低于外科手术切除术组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者出血、穿孔、感染、流出道梗阻发生情况比较 [n(%)]

组别	出血(例)	穿孔(例)	感染(例)	流出道梗阻(例)	发生率
观察组 (n=32)	1	0	0	1	2(6.25)
对照组 (n=42)	3	0	4	4	11(26.19)
χ^2 值					4.987
P 值					0.026

2.4 两组患者 3 年生存率及术后复发率情况比较

内镜黏膜下剥离术组患者 3 年生存数 32 例, 术后复发 1 例, 复发率 3.13%。外科手术切除术组患者 3 年生存数 42 例, 生存率 100%, 术后复发 0 例, 复发率 0.00%。两组患者 3 年生存率及术后复发率均无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者 3 年生存率及术后复发率情况比较 [n(%)]

组别	3 年生存数	术后复发率
观察组 (n=32)	32(100.00)	1(3.13)
对照组 (n=42)	42(100.00)	0(4.29)
P 值	1.00	0.43*

3 讨论

胃癌发病率和死亡率已居我国消化道恶性肿瘤的首位。由于胃癌的发展的速度极快, 因此很多患者发现时已是晚期, 此时治疗不仅难度很大, 预后效果也极差, 因此早期的检查和治疗非常重要^[8]。临床上普遍运用外科胃癌根治术对早期的胃癌患者进行切除, 但该方法有恢复慢、并发症多的缺点^[9]。内镜胃癌黏膜下剥离术作为一种有效治疗早期胃癌的微创的治疗手段, 其治愈率高达 90%, 包括内镜诊断、标本检验和病例筛查。通过在黏膜下对肿瘤的整块剥离, 不仅克服了传统治疗的缺点, 也具有安全且治疗彻底的优势。

根据本研究的数据可知, 内镜胃癌黏膜下剥离术的出血量和手术时间均显著低于外科手术切除术组。内镜胃癌黏膜下剥离术在控制患者的出血和优化手术程序上都有显著的效果。采用内镜胃癌黏膜下剥离术治疗胃癌前病变及早期胃癌, 更为系统和直观^[10]。首先在术前, 术者在已针对患者的情况对手术做了严格的方案, 因此可以保证整个手术的连贯性和有效性。由于在内镜的辅助下进行, 因此术者能精确地了解到患者胃部内部的情况, 精准定位肿瘤部位, 保证了整块切除率。在对患者的病灶加

以切除之后, 及时对血管进行预防性止血处理。其次, 内镜胃癌黏膜下剥离术术后的患者的住院时间、肛门排气时间疼痛评分也都得到了显著降低。随着医疗水平和临床技术的不断发展, 内镜胃癌黏膜下剥离术的技术也在不断的进步, 从而对于手术的范围和肿瘤的切除也越来越精准^[11]。相对于外科胃癌根治术的大范围切除, 内镜胃癌黏膜下剥离术患者的创面则因为在内镜的实时观察下可以得到最大限度的减小, 术者可以清楚地观察到胃壁的结构, 准确定位, 对病灶部位整块切除, 保证了一次性切除所有病变结构, 避免因每次切除深度不一致造成残留, 不仅提高治疗效果, 也减少了患者的住院恢复时间^[12]。

同时, 由于内镜胃癌黏膜下剥离术的创伤小, 保留了全胃正常的解剖生理结构及其生理功能, 也减轻了患者的疼痛感。与观察组相比, 对照组的术后并发症和疼痛表现的更为复杂、严重且持久, 这也是导致其住院时间延长, 术后疼痛评分升高的主要因素。本研究根据患者的并发症进行数据统计, 提示内镜胃癌黏膜下剥离术在并发症上的发生率显著低于常规外科胃癌根治术^[13]。其中, 感染是最常见和最危险的并发症之一, 是患者围术期最应注意的指标。但在患者的治疗期间, 内镜胃癌黏膜下剥离术治疗的患者却少见或未出现此类并发症^[14]。本研究认为并发症的发生与手术造成的创伤大小有关, 因为病灶部位的基层薄弱、血管丰富、和手术操作空间小的特殊性, 使得手术容易破坏患者的身体解剖结构, 造成并发症^[15]。而内镜胃癌黏膜下剥离术则可以通过内镜的辅助避免此类情况的发生, 提高了患者的预后, 也不需要过度治疗, 从而减少了并发症发生的风险^[16]。

内镜胃癌黏膜下剥离术显著地提高了患者的生存时间, 并降低了患者的复发率。徐玫丽等^[17]研究表示, 内镜辅助胃癌黏膜下剥离术的复发率为 1%~3%, 本研究的结果也和此结论相同, 证明两种治疗方式均可以一定程度上避免肿瘤复发。另外, 对于本次研究的 1 名复发者, 内镜胃癌黏膜下剥离术也可以进行多次手术, 在二次治疗以后随访表示患者已康复 3 年内无复发现象, 表示内镜胃癌黏膜下剥离术复发风险较小, 有着极高的治愈率。

综上所述, 内镜胃癌黏膜下剥离术具有创伤小、恢复快、并发症少等优点, 不仅可以完全剥离肿瘤组织, 减少并发症的发生, 也提高了治疗效率, 提高了患者的生存率, 值得在临床上应用推广。

(下转第 457 页)