

# 内镜下黏膜剥离术与内镜下黏膜切除术治疗上消化道早期癌和癌前病变对比分析

孙会潇

(河南省郑州市第一人民医院消化内科 郑州 450004)

**摘要:**目的:对比内镜下黏膜剥离术与内镜下黏膜切除术治疗上消化道早期癌和癌前病变的效果。方法:选择 2018 年 1 月~2021 年 1 月治疗的 80 例上消化道早期癌和癌前病变患者,按随机数字表法分为 ESD 组与 EMR 组,各 40 例。EMR 组采用内镜下黏膜切除术治疗,ESD 组采用内镜下黏膜剥离术治疗。比较两组治疗效果、手术及住院时间及并发症。结果:ESD 组在病变直径 $\geq 2$  cm 中的完全切除率(87.50%)高于 EMR 组(44.44%),手术时间( $93.67 \pm 15.72$ ) min、住院时间( $11.59 \pm 1.86$ ) d 短于 EMR 组( $264.18 \pm 40.09$ ) min、( $16.28 \pm 3.01$ ) d,ESD 组并发症总发生率(5.00%)低于 EMR 组(25.00%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组在病变直径 $< 2$  cm 中的完全切除率对比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:上消化道早期癌和癌前病变患者采用内镜下黏膜剥离术治疗手术耗时短且患者恢复快,能够减少并发症,提高手术完全切除率。

**关键词:**上消化道早期癌;癌前病变;内镜下黏膜剥离术;内镜下黏膜切除术;并发症;完全切除

中图分类号:R735

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.020

上消化道早期癌是指无淋巴结转移,病变仅局限于黏膜或黏膜下层。目前该病以外科根治性切除术治疗为主,患者 5 年生存率 $> 90\%$ ,但根治性手术治疗会影响患者生理功能,对上消化道正常解剖结构影响较大,术后并发症多,不利于患者恢复<sup>[1]</sup>。近年来内镜技术在临床逐渐应用,内镜下黏膜剥离术(ESD)和内镜下黏膜切除术(EMR)已在上消化道早期癌和癌前病变治疗中不断应用,但目前临床上针对采取上述何种术式治疗仍未形成统一论<sup>[2-3]</sup>。鉴于此,本研究将对比 ESD 与 EMR 治疗上消化道早期癌和癌前病变的效果,以期为上消化道早期癌和癌前病变提供更为有效、科学的治疗方案。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2018 年 1 月~2021 年 1 月我院治疗的 80 例上消化道早期癌和癌前病变患者,按随机数字表法分为 ESD 组与 EMR 组,各 40 例。ESD 组男 22 例,女 18 例;年龄 36~78 岁,平均年龄( $61.08 \pm 3.68$ )岁;病变直径 0.8~2.5 cm,平均病变直径( $1.67 \pm 0.41$ )cm;病变最大径 $\geq 2$  cm 的患者 16 例;病变位置:食管、胃底、胃体、胃窦及贲门各 12 例、4 例、10 例、6 例、8 例。EMR 组男 24 例,女 16 例;年龄 34~76 岁,平均年龄( $61.13 \pm 3.64$ )岁;病变直径 0.8~2.7 cm,平均病变直径( $1.68 \pm 0.39$ )cm;病变最大径 $\geq 2$  cm 的患者 18 例;病变位置:食管、胃底、胃体、胃窦及贲门各 13 例、5 例、9 例、6 例、7 例。两组一般资料相比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本研究获医院医学伦理委员会批准。

**1.2 入组标准** (1)纳入标准:经影像学及活组织检查确诊;具有 ESD 与 EMR 治疗适应证;精神状

态良好,治疗依从性较高,签署知情同意书。(2)排除标准:合并免疫系统疾病;凝血功能障碍;合并多种急慢性疾病。

## 1.3 手术方法

**1.3.1 术前准备** 术前两组均进行常规检查,术前 7 d 停用抗凝剂、抗血小板聚集药物,并依据患者凝血情况调整,术前禁食禁饮 8 h,术中给予心电监护,患者取左侧卧位,行全身麻醉。

**1.3.2 EMR 组采用 EMR 治疗** 依据术前检查结果对患者进行评估,将 1:10 000 肾上腺素混合美兰注射于黏膜下,于内镜下暴露肌层、病变黏膜,对隆起病灶部位采用圈套器及高频电切刀切除,采用分片切除方法完成对组织直径 $> 2$  cm 的切除处理。术后第 1 天禁食,并实施常规抗生素及质子泵抑制剂治疗。

**1.3.3 ESD 组采用 ESD 治疗** 确定病灶部位,随后行氩离子凝固术治疗,准确定位并对病灶部位进行标记,通过 HOOK 刀完成切割,暴露病灶部位,剥离时需要沿着病灶边缘进行,剥离即将结束后通过圈套器完成切除,术中创面小血管采用活钳止血,必要时采用金属钛夹对创面进行夹闭处理。术后第 1 天禁食,并实施常规抗生素及质子泵抑制剂治疗。

**1.4 评价指标** (1)治疗效果:统计两组完全切除(切缘与基底部组织学无癌组织残留)情况<sup>[4]</sup>。(2)统计两组手术及住院时间。(3)并发症:狭窄、出血及穿孔。

**1.5 统计学方法** 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计数资料以%表示,用 $\chi^2$ 检验;计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗效果对比 ESD 组在病变直径  $\geq 2$  cm 中的完全切除率高于 EMR 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组在病变直径  $< 2$  cm 中的完全切除率对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗效果对比[例(%)]

病变直径	组别	n	完全切除	$\chi^2$	P
病变直径 $< 2$ cm	EMR 组	22	17 (77.27)	0.896	0.175
	ESD 组	24	22 (91.67)		
病变直径 $\geq 2$ cm	EMR 组	18	8 (44.44)	6.876	0.009
	ESD 组	16	14 (87.50)		

2.2 两组手术及住院时间对比 ESD 组手术及住院时间短于 EMR 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组手术及住院时间对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	手术时间 (min)	住院时间 (d)
EMR 组	40	264.18 $\pm$ 40.09	16.28 $\pm$ 3.01
ESD 组	40	93.67 $\pm$ 15.72	11.59 $\pm$ 1.86
$\chi^2$		25.043	8.383
P		0.000	0.000

2.3 两组并发症对比 ESD 组并发症总发生率低于 EMR 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组并发症对比[例(%)]

组别	n	狭窄	出血	穿孔	总发生
EMR 组	40	3 (7.50)	4 (10.00)	3 (7.50)	10 (25.00)
ESD 组	40	0 (0.00)	2 (5.00)	0 (0.00)	2 (5.00)
$\chi^2$					6.275
P					0.012

## 3 讨论

上消化道早期癌和癌前病变患者往往无典型症状, 多为体检发现, 外科手术为治疗上消化道早期癌和癌前病变的重要方法, 虽然能够将肿瘤切除, 但具有创伤大、并发症多等缺点。与常规外科手术相比, 内镜下手术治疗具有微创优势, 主要包括 ESD 与 EMR 两种术式。其中 EMR 在消化道病变的治疗中应用广泛, 但将其用于较大范围病灶切除中难以整块切除, 一次根除率不高, 虽然能够通过分次切除治疗以提升根治效果, 但非完整切除会导致患者术后复发风险增加<sup>[5-6]</sup>。

ESD 是以 EMR 为基础发展所得, 最早于日本开展, 主要通过内镜检查及染色, 对癌前病变及癌灶范围进行确定, 随后对病灶进行剥离, 能够取得与外科手术类似的效果<sup>[7]</sup>。与 EMR 相比, ESD 能够对较大病灶进行整块剥离, 提高一次性切除率, 进而能够获得较为完整的病理组织, 降低患者局部复发率, 为患者后续治疗提供依据<sup>[8-9]</sup>。本研究对比分析了 ESD 与 EMR 治疗上消化道早期癌和癌前病

变的效果, 结果显示 ESD 组在病变直径  $\geq 2$  cm 中的完全切除率高于 EMR 组, ESD 组手术及住院时间短于 EMR 组, ESD 组并发症总发生率低于 EMR 组; 两组在病变直径  $< 2$  cm 中的完全切除率对比相近。这提示 ESD 与 EMR 均可作为上消化道早期癌和癌前病变的有效方法, 但与 EMR 相比, ESD 手术耗时短、并发症少, 能够加快患者术后恢复, 用于直径  $\geq 2$  cm 的病变中完全切除率较高。虽然本研究中 ESD 用于上消化道早期癌和癌前病变治疗中取得了良好的疗效, 但临床实际应用中需充分把握手术适应证, 加强对 ESD 术后出血等并发症的防治, 加强对患者围术期的预防性干预处理, 如术前采用止血药物等预防围术期出血, 术中采用钛夹止血, 术后寻找并处理残留的裸露血管及出血点, 以减少迟发性出血的发生<sup>[10]</sup>。本次研究病例数较少, 且未对术后远期效果进行观察, 故仍需后续大样本量、多中心随机对照研究以进一步证实 ESD 与 EMR 用于上消化道早期癌和癌前病变治疗中的近期及远期效果, 以指导临床治疗。

综上所述, ESD 治疗上消化道早期癌和癌前病变是安全可行的, 具有手术耗时短、完全切除率高级并发症少等优点, 是治疗上消化道早期癌和癌前病变的优选术式。

### 参考文献

- [1] 李风, 项平, 欧阳琪, 等. 符合内镜黏膜下剥离术扩大适应证的早期胃癌内镜与外科手术回顾性比较研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(7): 486-491.
- [2] 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.
- [3] 陆启峰, 王双平, 代子艳, 等. 内镜黏膜下剥离术和挖除术治疗上消化道肿瘤的疗效及安全性分析[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(17): 3356-3360, 3310.
- [4] 修辉, 刘希双. 内镜下黏膜切除术与内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌及癌前病变的有效性及安全性分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(4): 298-304.
- [5] 史磊, 刘勇, 贺舜, 等. 内镜下分片黏膜切除术治疗早期食管癌和癌前病变的疗效分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2020, 42(9): 746-751.
- [6] 张艳, 毕小刚, 黄纯秀, 等. 探讨黏膜下剥离术与黏膜切除术在上消化道早癌及癌前病变中的应用[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(3): 404-406.
- [7] 吴露, 周巍, 邓云超, 等. 内镜黏膜下剥离术在早期大肠癌及癌前病变治疗中的价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(9): 611-614.
- [8] 郑家垚, 许炎钦, 林旭, 等. 430 例上消化道早期癌及癌前病变 ESD 术前活检与术后病理差异性分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2020, 29(9): 1026-1030.
- [9] 王晓燕, 刘云云, 王玉欣, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌及癌前病变效果及继发出血独立危险因素探讨[J]. 临床消化病杂志, 2020, 32(1): 21-24.
- [10] 陈伟琴, 胡明富, 季峰. 不同病变部位和年龄段患者内镜黏膜下剥离术后并发症发生率的比较[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(7): 473-477.

(收稿日期: 2021-03-16)