

•临床研究•

100例消化道粘膜隆起性病变内镜下治疗的疗效分析

华军*, 刘立新, 刘春华, 周士军, 邓有彩, 卢宝祥, 常宝坤, 徐浩

(江苏省宝应县人民医院消化内科, 江苏)

摘要:目的 探讨内镜下粘膜切除术(EMR)、内镜粘膜下剥离术(ESD)、内镜粘膜下挖除术(ESE)在消化道隆起性病变治疗中的有效性和安全性。**方法** 对于我院从2017年3月份至2018年5月份发现的消化道隆起性病变,行内镜下治疗的100例患者回顾性分析,所有患者均行病理检查,部分患者行超声内镜检查,从并发症、手术时间、住院时间、住院费用作一分析。**结果** 100例患者共218处病灶均完整切除,仅1例间质瘤患者出现穿孔,予钛夹夹闭成功;3例巨大腺瘤样息肉伴高级别上皮内瘤变及2例大肠侧向发育型治疗过程中出血较多,均予钛夹及热活检钳止血成功;1例食管早期癌患者术后出现轻度狭窄。未发生迟发性出血及穿孔,无继发性感染病例。手术时间在5分钟到2.5小时。费用在5000-30000之间。住院时间3-10天。**结论** 内镜下EMR、ESD、ESE手术治疗消化道粘膜隆起性病变是安全、有效的,且能大大缩短住院时间,节省患者的治疗费用,让患者避免外科手术的痛苦。

关键词: 消化道; 粘膜隆起性病变; 内镜下粘膜切除术; 内镜粘膜下剥离术; 内镜粘膜下挖除术

中图分类号: R573.2

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.76.069

本文引用格式: 华军,刘立新,刘春华,等.100例消化道粘膜隆起性病变内镜下治疗的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(76):150-151.

0 引言

随着内镜新技术的快速发展,消化道粘膜隆起性病变,包括炎性、癌前病变,早期癌等,由原来以手术治疗为主转变为以内镜下切除为主,且内镜下治疗技术长足发展,变得越来越广泛,接受内镜下治疗的患者逐年增加。我院从2017年3月份始正式开展内镜治疗技术,至今共完成100例患者的内镜下治疗,主要有内镜下粘膜切除术(EMR)、内镜粘膜下剥离术(ESD)、内镜粘膜下挖除术(ESE)的治疗。其中EMR70例,ESD30例,ESE3例,部分患者同时有ESD和EMR的治疗,有ESD治疗的患者以ESD治疗病例数计入。现就100例患者的资料作一疗效分析,总结治疗经验,以寻求更大的提高,具体如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

本组所有患者均为2017年3月份至2018年5月份本院消化内科住院患者,其中男60例,女40例,年龄25-80岁,平均52.5岁。术前常规检验、心电图、胸部CT、腹部彩超、肺功能测定、部分患者行超声内镜检查,所有患者签署知情同意书,术后留取大体标本行病理学检查。

1.2 所用器材

Olympus 260J型电子胃镜,290电子结肠镜,260超声内镜,一次性高频IT刀和Dual刀,HX-610-090、HX-610-135钛夹,FD-1U-1热活检钳、HX-600-135止血夹,MH596、MH595、MH593透明帽,ERBE ICC-200高频电切装置,SD-8P-1、SD-9L-1圈套器,NM-200L-0423内镜用注射针。

1.3 治疗方法

所有患者均在全身麻醉状态下进行,麻醉由麻醉科主治医师配合实施,术前由麻醉师充分评估,患者术中均全程吸氧及心电监护。内镜手术由经过培训的经验丰富的副主任以上医师完成,依据隆起性病变的生长情况决定行EMR、ESD、ESE切除,术前准备同内镜操作,术中注射所有患者予靛胭脂、肾上腺素、甘油果糖混合液粘膜下多点注射,使病灶充分抬举,ESD患者在病灶外缘0.5cm处标记,术中反复进行粘膜下注射以保持粘膜下层与肌层分离,术中可予达克罗宁胶浆腔内喷洒,有显著的祛泡效果^[1],并随时电凝止血保持视野清晰,剥离后创面予APC或者热活检钳处理,部分予金属钛夹夹闭止血。1例间质瘤起源于固有肌层,行ESE手术方式,粘膜下挖除术后穿孔,予金属钛夹夹闭成功。

1.4 术后处理及随访

术后严密观察生命体征,根据术中情况予禁食1-2d或者流质,多发性隆起病变行EMR患者,病灶较大的行ESD及ESE患者预防性使用抗生素,止血药,质子泵抑制剂等,用抗生素患者使用前均常规行血培养。观察胸腹部体征,注意有无皮下气肿、穿孔、出血征象。术后1月内电话随访防止迟发性穿孔及出血,对于癌前病变6、12月复查内镜,早期癌患者在3、6、12个月复查内镜了解病灶残留及复发可能。

1.5 术后病理

术后病理炎性息肉50枚,腺瘤伴低级别上皮内瘤变128枚,腺瘤伴高级别上皮内瘤变28枚,间质瘤5枚,脂肪瘤2枚,早期癌3枚,类癌1枚,Barrett食管1枚。

2 结果

2.1 手术完成情况

218枚病灶均顺利切除,EMR切除162处病灶,ESD切除52处病灶,ESE切除4处病灶。病变大小,EMR组4-20mm,平均6.5mm;ESD及ESE组,6-40mm,平均16mm,手术时间:EMR组5-30min,平均14min;ESD及ESE组20-150min,平均50min。3处早期癌患者,1例结肠癌术前病理提示腺癌,术后病理垂直及水平切缘阴性,未追加治疗;1例结肠癌水平切缘阳性,追加手术治疗;1例为食管鳞癌,年龄大,予追加放疗。

2.2 手术并发症发生

术中少量出血患者70例,均经APC、热活检钳及金属钛夹止血成功,术中仅1例间质瘤患者出现穿孔,予钛夹夹闭成功;3例巨大腺瘤样息肉伴高级别上皮内瘤变及2例大肠侧向发育型肿瘤治疗过程中出血较多,均予钛夹及热活检钳止血成功;1例食管早期癌患者术后出现轻度狭窄,未予特殊处理。未发生迟发性出血及穿孔,无继发性感染病例,无皮下及纵膈气肿病例。

2.3 住院时间及费用

EMR组,总住院时间在3-7d,平均5d,术后2-5d,平均3.5d;总住院费用5000-10500元,平均9000元;ESD及ESE组,总住院时间5-10d,平均8d,术后4-9d,平均7d。总住院费用10000-30000元,平均15000元。

3 讨论

EMR是一种内镜下治疗局限于粘膜或粘膜下层的无蒂或扁平的消化道病变的微创技术,有效且安全^[2]。但是对于最大径达2cm的病变,整块切除及组织治愈性切除的效果较差,病变的复发率高达50%,巨大病变的复发率则更高^[3]。

通讯作者*: 华军,副主任医师。

ESD 是在 EMR 基础上发展而来的微创技术,能够对病变整块或组织治愈性切除,术后复发率仅为 2%^[4]。ESE 是由 ESD 演化而来的,能将整块起源于粘膜下层和固有肌层的病灶剥离。周平红等利用 ESE 技术治疗消化道间质瘤,成功率达 91.9,穿孔发生率为 4.7%^[5]。

本研究结果显示对于小于 2cm 的病灶,行 EMR 手术较为方便,而对于大于 2cm 的病灶,适合行 ESD 手术,对于低级别上皮内瘤变的较小腺瘤可行 EMR,对于高级别上皮内瘤变病变较小者亦可行 EMR 手术,较大者可行 EPMR(分片粘膜切除术),但复发率相对较高。高级别或者低级别上皮内瘤变病变较大者,或者早期癌,还有部分间质瘤患者以 ESD, ESE 较为合适。EMR 手术时间较短,并发症少,住院时间短,费用低,而 ESD、ESE 相对较为复杂,费用高,住院时间长,并发症相对较高,本组 1 例穿孔患者为 ESE 术后发生。由于 ESE 穿孔发生率高,且后果较为严重,为了更安全有效的开展间质瘤的内镜治疗,STER(内镜经粘膜下隧道肿瘤切除术)近年发展迅速,不但能完整切除肿瘤,而且可通过完整的“粘膜瓣”降低了术后出现食管瘘和胸腹腔感染的可能,并发症较 ESD、ESE 比较明显降低^[6]。虽然本组均未发生严重并发症,但本组 ESE 病例较少,但已发生 1 例穿孔。3 例多发直径均大于 2cm,术中出血较多,均以热活检钳及金属钛夹止血成功,1 例术前仅发现一个巨大病灶,在第一个病灶切除后在病灶背面同时有一侧向发育型肿瘤,再次行 ESD 切除,术后出血较多,但止血成功。

对于消化道内镜下治疗,无论那种治疗方法,总会有一定风险存在,尽量规避风险是进行内镜治疗的前提,需注意以下问题,我们的体会是:首先在初次内镜检查时需细致,耐心,尽可能完全发现病灶,避免遗漏,并行病理检查;其次要选择合适病例,需强调的是早期癌界定标准为 SM1,这是大家公认的 ESD 治疗适应症;术前需进行详细评估及完善实验室检查,详细询问病史,停用抗凝药物及抗血小板聚集药物,减少出血风险;手术时制定安全有效的手术方法,术中注意病灶抬举性,始终保持视野清晰,充分止血,电凝止血时要避免消化道深层组织的热灼伤,引起电凝综合征,增加感染

的几率。电凝综合征为内镜治疗后常见并发症之一,临床表现为消化道黏膜损伤,引起浆膜层炎症反应,易误诊为消化道穿孔^[7]。钛夹夹闭要做到完全封闭,如遇到间质瘤行 ESE 肌层剥离的患者,创面较大无法金属钛夹完全夹闭,需行尼龙绳结扎封闭,有时可予全覆膜金属支架封闭穿孔,具体需由穿孔部位,大小决定具体方法;术后根据情况选择抗生素,止血药,质子泵抑制剂,禁食等综合措施,对于出院患者 1 月内加强随访,随时发现迟发性出血及穿孔,方能将风险降到最低;对于早期癌患者,出院后需 3、6、12 个月及以后每年的内镜复查,以减少同步癌及异步癌的漏诊率。

内镜下治疗有部分替代外科手术的趋势,且近年发展迅速,我们只是刚刚起步,以后的道路漫长而艰辛,我们将不断的开展、学习、探讨更多的内镜治疗,造福于本地老百姓。以上只是本人的一点体会。

参考文献

- [1] 王远志,严志刚,丁岩冰,等.术中喷洒盐酸达克罗宁胶浆在结肠镜检查中祛泡效果的研究[J].中华消化内镜杂志,2016,33(9):639-641.
- [2] Buchner AM,Guarner-Argente C,Cinsberg GG.Outcomes of EMR of defiant colorectal lesions directed to an endoscopy referral center[J].Gastrointest Endosc,2012,76(2):255-263.
- [3] Lee EJ,Lee JB,Lee SH,et al.Endoscopic submucosal dissection for colorectal tumors-1,000 colorectal ESD cases:one specialized instiutes experiences[J]. Surg Endosc,2013,27(1):31-39.
- [4] Repici A,Hassan C,De Paula Pessoa D,et al.Efficacy and safety of endoscopic submucosal dissection for neoplasia:a systematic review[J]. Endoscopy,2012,44(2):137-150.
- [5] 周平红,姚礼庆,徐美东,等.消化道粘膜下肿瘤的内镜粘膜下挖除术治疗[J].中国医疗器械信息,2008,14(10):3-5,9.
- [6] Khashab MA,Saxena P,Valeshabad AK,et al.Novel technique for submucosal tunneling and endoscopic resection of submucosal tumors(with video) [J]. Gastrointest Endosc,2013,77(4):3-5,9.
- [7] Wayne JD,Lewis BS,Yessayan S.Colonoscopy:a prospective report of complications[J].J Clin Gastroenterol,1992,15(4):347-351.

(上接第 149 页)

重要性显得尤为重要,使患者家属能积极配合进行多频振动排痰的护理^[5]。此外,对患者使用徒手肺部体疗辅助进行排痰还会增加护理人员的工作强度^[6]。国内也有研究证明了多频振动排痰预防肺部并发症的效果优于人工叩背排痰,能够降低肺不张及肺部感染的发生率^[7]。使用多频振动排痰和肺部体疗可以使呼吸道深部的痰液能及时排出,能够有效降低 VAP 的发生率,有利于减轻护士的工作强度,节省工作时间及节省人力资源。排痰后能有效预防肺部感染和肺不张等肺部并发症的发生,提高携氧能力,减轻患者的痛苦,不但增加患者的舒适度,也可增加操作者的舒适度^[8]。

本实验对比了多频振动排痰和徒手肺部体疗在颅脑损伤合并肺炎患者中的应用,本研究提示,多频振动排痰与徒手肺部体疗值得临床广泛推广及应用,多频振动排痰机的使用在患者治疗后白细胞及痰液引流、舒适度方面有统计学意义($P<0.05$)。但考虑到该研究由于病例数有限,观察指标不够齐全,观察时间较短等因素,故最终结论仍有待于大样本的临床随机对照实验或病例回顾分析加以验证。随着进一步的研究,多频振动排痰机与徒手肺部体疗在颅脑损伤合并肺炎患者中疗效的意义将更进一步明确。

参考文献

- [1] 梁金梅,李镇,吴燕.体外震动排痰机在神经外科重症监护室的应用[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(71):157.
- [2] 赵桂艳.颅脑损伤院前急救护理的研究进展[J].中国民族民间医药,2016,25(04):140-141.
- [3] 林艳,盛洁.体外振动排痰在 ICU 人工气道患者中应用的护理体会[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(19):177.
- [4] 陈畏兵,马红梅.G5 体外振动排痰仪辅助老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者排痰的最佳单次治疗时间[J].中国医药导报,2016,13(05):137-140.
- [5] 宋继敏.对尘肺合并肺部感染患者实施体外振动排痰护理的效果分析[J].中外医疗,2017,36(16):150-153.
- [6] 程琼丽.对行手术治疗的肺癌患者使用体外振动排痰机进行辅助排痰的效果分析[J].当代医药论丛,2017,15(17):277-278.
- [7] 盛珍,贾仙娥,吕培儿.体外振动排痰仪联合吹气球呼吸训练在胃痛术后患者中的应用效果观察[J].护理与康复,2017,16(11):1176-1178.
- [8] 陈莲芳,徐凌忠.体外振动排痰机在机械通气患者中的应用与护理[J].淮海医药,2016,34(02):164-165+168.