

刍议高位胃和结肠早期黏膜病变 ESD 内应用 ST 帽+口袋法的效果

白梅 孙华玲 秦永 (通讯作者)

(重庆市黔江中心医院 消化内科 409099)

[摘要]目的:观察 ST 帽+口袋法内镜黏膜下剥离术(ESD)医治消化道早期病变的疗效。方法:选择 2020.1~2021.3 入住我院的 60 例患者。传统组 30 例运用传统 ESD 方法治疗,试验组 30 例采用 ST 帽+口袋法 ESD 治疗,观察各组治疗情况,并在组间做对比分析。结果:试验组一次性完整切除率达到 96.67%,传统组 80.00%,差异显著($P < 0.05$)。传统组手术平均时间(61.98 ± 13.25)min,试验组为(45.98 ± 8.85)min,有统计学意义($P < 0.05$)。和传统组相比,试验组患者术后炎症指标 CRR、IL-6、IL-8 检测值更低($P < 0.05$)。试验组并发症发生率、1 年随访复发率分别是 3.33%、6.67%,均低于传统组 16.67%、23.33%($P < 0.05$)。结论:和传统 ESD 治疗相比较,ST 帽联合口袋法 ESD 治疗效果更加确切,值得推广。

[关键词]消化道早期病变;内镜黏膜下剥离术;ST 帽;口袋法;效果观察

胃癌是我国临床上一种高发癌症,早期诊断与治疗有益于提升患者的生存率,改善其生活质量。ESD 是当下临床治疗消化道早期病变的常用手段之一,和传统术式相比较,其有创伤小,患者耐受度高及术后身体各项机能恢复快等诸多优点,充分的表现出微创理念的优势。但受病变的解剖位置与大小等因素影响,ESD 中容易出现病灶的黏膜下层暴露不够充分的情况,一方面会增加手术操作的难度,延长手术时间,另一方面也会使术中出血、穿孔事件发生率增加^[1]。消化道早期病变治疗中如果能提供良好的手术视野则有益于减少或规避以上问题,提升疾病治疗效果。既往有报道称,专门用在 ESD 末端是锥形的透明帽(ST 帽)能帮助更好的暴露黏膜下层、为黏膜下分离操作创造便利条件。口袋法是 Hayashi 等 2014 年首次提出的一种 ESD 的新策略,近些年其在结直肠疾病外科治疗领域有广泛应用^[2]。本文纳入 60 例患者资料,通过分组比较证实 ST 帽联合口袋法 ESD 治疗的有效性,报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 60 例消化道早期黏膜病变患者作为研究对象,入院时间 2020.1~2021.3。入选标准:①影像检查确认消化道早期病变;②年龄 ≥ 18 周岁;③具有 ESD 适应证;④意识清晰,具备正常的口语表达能力,签署执勤沟通。排除标准:①合并精神类疾病或有暴力倾向者;②肝肾功能严重受损者;③活动性出血者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤拒绝配合研究者等。分组情况如下:

传统组($n=30$):男 19 例,女 11 例;年龄 21~69 岁不等,均值(46.58 ± 5.62)岁;病变直径 0.8~3.3 cm,平均(1.32 ± 0.29)cm;病变位置:胃底、胃体、左半结肠、右半结肠分别有 8 例、6 例、10 例、6 例。

试验组($n=30$):男 20 例,女 10 例;年龄范围 20~72 岁,中位年龄(46.80 ± 5.69)岁;病变直径 1.0~3.4 cm,平均(1.40 ± 0.30)cm;病变位置:胃底、胃体、左半结肠、右半结肠分别有 9 例、6 例、9 例、6 例。

两组患者以上资料信息相近,不具有统计学意义。本次研究是在征得医学伦理委员会批准后进行的($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 仪器及试剂

内镜超声系统,探头 UM-2R,分辨率 12MH;高频电凝器及凝固器;cook 圈套;注射针;钛夹;dual 刀以及 IT 刀;热活栓钳;ST 帽;普通型圆筒形透明帽。注射液:5mL 靛胭脂+1mL 肾上腺素+500mL 生理盐水。

1.2.2 检查与治疗方法

指导入选患者进行常规胃镜或者结肠镜检查,探查消化道肿物,对布局病灶进行活检。多数患者接受超声内镜或放大联合 NBI 检测,借此方式明确病变具体范畴以及深度,随后在内镜协助下进行相关治疗操作。两组病患治疗方法都先在和肿物边缘相距 0.5 cm 左右位置用 dual 刀做出标记,注射标记点外侧黏膜下方到其充分抬举,以环周形式切开肿物周边黏膜,传统组内前端套上圆筒形透明帽,直接运用 dual 刀或 IT 刀进行全周切开,随后沿着黏膜下层剥离并切除肿物。试验组患者治疗过程中把 ST 帽套在内镜前端,运用 dual 刀基于口袋法沿着黏膜下层剥离切除,随后能顺利进到黏膜下层,精准区分黏膜下层与固有肌层,随后运用 dual 刀或 IT 刀缓慢剥离病灶。对剥离以后形成的创面,运用热活栓钳烧灼裸露血管,结合患者术中情况决定是否用铁夹对创面进行夹闭处理。嘱咐患者胃 ESD 术后禁食 48h,常规运用质子泵抑制剂,结肠肿物 ESD 手术后要求患者禁食 24h~48h,结合患者实况运用广谱抗生素。如果患者并发穿孔状况,则明确规定在夹闭创面以后统一进行抗感染治疗。两组患者的治疗均由我院同一个消化内镜中心的医护团队进行。

1.3 观察指标

记录各组一次性完整切除率、手术平均时间、术后并发症及炎症指标检测结果[C 反应蛋白、白介素-8(IL-8)、白介素-6(IL-6)]。出院后进行为期 1 年的随访,观察复发情况。

1.4 统计学处理

SPSS33.0 软件包处理数据, ($\bar{x} \pm s$)、率(%) 分别表示计量、计数资料, t 、 χ^2 检验。可对比数据符合的条件: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 完整切除情况

试验组一次性完整切除者有 29 例,完整切除率达到 96.67% (29/30),传统组一次性完整切除者 24 例,占比 80.00% (24/30),试验组完整切除率高于对照组,有统计学意义($\chi^2 = 3.897, P = 0.041 < 0.05$)。

2.2 手术时间

传统组手术平均时间(61.98 ± 13.25)min,试验组为(45.98 ± 8.85)min,组间数据差异明显($t = 5.697, P = 0.029 < 0.05$)。

2.3 术后炎症指标检测情况

术后分别检测各组 CRR、IL-6、IL-8 水平,试验组患者以上三项指标检测值均低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表1 两组患者术后炎症指标检测情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	CRR(mg/L)	IL-6 (ng/L)	IL-6 (ng/L)
传统组 (30)	9.47 ± 1.18	87.29 ± 7.89	28.46 ± 2.96
试验组 (30)	6.26 ± 0.96	52.29 ± 5.77	19.17 ± 2.06
t	7.584	8.195	7.365
P	0.000	0.000	0.000

2.4 并发症与复发率

术后试验组有1例患者发生穿孔,并发症发生率3.33%(1/30);传统组穿孔、出血分别有2例、3例,占比16.67%(5/30),试验组患者术后并发症发生率更低于传统组($\chi^2=4.085$, $P=0.035 < 0.05$)。两组患者术后均进行随访,随访率均达到了100.00%,试验组、传统组分别有2例、7例患者病情复发,复发率分别为6.67%(2/30)、23.33%(7/30),专业软件分析以上组间数据,确有统计学意义($\chi^2=4.257$, $P=0.038 < 0.05$)。

3 讨论

消化道黏膜下病变实质上就是来源于消化道黏膜层下方各层次的病变,包括胃肠道间质瘤、脂肪瘤、血管球瘤等,会使患者出现消化不良的状况,上腹部疼痛、上腹灼烧感、餐后饱胀感等是患者常见的症状表现,影响正常的工作、学习活动,降低生活质量,给家庭及社会带来一定负担。

开放性手术是传统治疗消化道早期病变的常用方法,伴随非侵入性检查及治疗技术的改良,消化内镜治疗逐渐将传统开放性手术取而代之,在消化道疾病治疗领域得到广泛应用。ESD是一种用在完整切除形体较大且浅表肿瘤性病变的医疗技术,具体治疗时运用针状刀或者IT刀等沿着病变进行环状切开,随后进行黏膜下切割操作。在内镜远端套上ST透明帽,并将其安置在黏膜下方局部,能够为临床医生合理规划黏膜下切割平面提供高清晰度的手术视野,并且局部如下几点优势^[1]:一是较容易的进到黏膜下层,能较快速的生成反向牵引作用,故而能帮助医生在直视黏膜下层状况的同时进行切开操作。二是即便面对的是钳口对侧的病灶,依然能确保其钳口尖端处于手术视野的中央,这就意味着能够在不大范围调整内镜轴向的状态下顺利的完成切开操作。三是尖端相对较纤细,稳定性优良。即便是需要治疗伴随呼吸运动出现改变的较大病变或纤维化明显的溃疡瘢痕时,依然能准确额定调整针状刀的状态,使剥离过程的安全性得到保障。ST帽能减少盲目性操作,有益于减少穿孔及血管损伤血管事件的发生率。

在本次课题研究中发现,在进行低位胃与直肠ESD治疗过程中,水垫通常不会轻易消失,能较好的暴露病灶位置,ST帽+口袋法与传统ESD治疗法相比较没有形成显著差异,均能较快速的切除掉病变。但是如果面对的是高位胃与结肠ESD,ST帽+口袋法治疗能表现出更多的优越性^[4]。ST帽本体的尖端部分较纤长,治疗过程中能精准有效的推开组织,快速进到黏膜下层,医生剥离操作过程中血管分布情况肉眼清晰可见,减少血管损伤的风险,外加应用自身持有的牵引作用,多数患者无需应用牙线、圈套器等辅助型医疗器械牵引也能取得良好的暴露效果,确保剥离安全性、有效性,减少穿孔事件的发生率,试验组中仅有1例患者术后发生穿孔,并发症发生率3.33%。口袋法应用的关键一环是在最早期阶段做出一个微小切口,运用小口径锥形透明帽在黏膜下层局部制作出口袋,以防止黏膜下注射液发生分散或泄露情况,进而较好的维持了黏膜下层的厚度,一方面有益于确保标本完整性,减轻热损失;另一方面

运用透明帽自身的锥形形状,进而提供口袋内黏膜下组织的机械拉伸,便于电刀尖端运用最小热量进行切除操作,提升手术治疗的安全性^[5]。

而在传统组治疗过程中,胃黏膜下层普遍较厚,水垫不易消失,经全周切开以后,再有序剥离黏膜下层组织结构,通常也能成功剥离病灶部分,但如果面对的是高位胃ESD,部分情景下可能损伤黏膜下分布的血管,进而引起出血问题,以致手术操作治疗时间延长,面对一些特殊状况时需要进行辅助牵引以较好的暴露黏膜下层状况。在肠道ESD内,黏膜下层整体较菲薄、疏松,运用传统ESD法进行全周切开以后,水垫在较短时间内消失,直接增加了黏膜下剥离操作难度,手术治疗时间相对延长^[6]。传统组内肠道ESD存在6例患者不能一次性完整切除的情况,调整成分片切除方案,这是手术时间延长的主要原因。传统组手术平均时间(61.98 ± 13.25)min,明显长于试验组的(45.98 ± 8.85)min,差异有统计学意义,提示ST帽+口袋法能更明显的缩短消化道早期病变的手术治疗时间,减少手术操作给患者带来的损伤程度,这是改善患者预后的关键。本次研究中术后传统组CRR、IL-6、IL-8分别是(9.47 ± 1.18)mg/L、(87.29 ± 7.89)ng/L、(28.46 ± 2.96)ng/L,均高于试验组(6.26 ± 0.96)mg/L、(52.29 ± 5.77)ng/L、(19.17 ± 2.06)ng/L,差异有统计学意义,这可能和传统ESD治疗患者手术操作时间较长,且手术切口愈合相对较缓慢有关系。术后试验组并发症发生率、1年随访复发率分别是3.33%、6.67%,均低于传统组16.67%、23.33%,进一步证明了ST帽+口袋法治疗的安全性,与国内既往部分报道相一致^[7]。

综上,和传统ESD治疗相比较,ST帽+口袋法ESD治疗胃肠道早期病变能提升一次性完整切除率,缩短手术时间,减轻术后炎症反应,降低并发症发生率及病情复发的风险,值得推广。

项目编号: 黔科计 2021004

参考文献:

- [1]李海超.内镜黏膜下剥离术治疗消化道肿瘤的临床效果[J].中国现代药物应用,2022,16(04):37-39.
- [2]曾权祥,吴振华,李景森,等.内镜黏膜下剥离术在消化道肿瘤治疗中的应用价值分析[J].中国当代医药,2021,28(30):61-63+67.
- [3]于新颖,吕栋,李昂,等.消化道病变内镜黏膜下剥离术临床效果及学习曲线分析[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(19):1503-1508.
- [4]陈思远,李爱芳,陈继理,等.上消化道黏膜病变和早期癌内镜活检及内镜黏膜下剥离术后病理对照分析[J].社区医学杂志,2021,19(08):489-492.
- [5]周杨芳.内镜黏膜下剥离术治疗消化道早期癌和癌前病变的疗效分析[J].中国医刊,2020,55(05):555-558.
- [6]李伟洋,黄东良,龚伟,等.内镜黏膜下剥离术不完全切除消化道早期病变的相关风险因素[J].中华消化内镜杂志,2020(04):300-304.
- [7]郭钰,武献珍.内镜及内镜黏膜下剥离术后活检对上消化道癌前病变的结果分析及对比[J].中国药物与临床,2019,19(09):1548-1549.