

消化内镜技术对消化道早癌诊断价值分析

张 益

(江口县人民医院 554400)

摘要: 目的: 分析消化内镜技术对消化道早癌的诊断价值。方法: 我院收治的消化道早癌患者中抽取 70 例, 随机分成 2 组。术前对两组患者安排影像检查, 对照组实施传统外科手术, 观察组实施内镜手术, 对两组近期疗效和一般指标比较。结果: 观察组近期疗效总有效率显著高于对照组, 观察组手术一般指标各数据比较显著优于对照组, 观察组影像质量各项评分显著优于对照组, 观察组并发症发生率显著低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 消化内镜技术对消化道早癌诊断, 可以对患者病灶得出准确的判断结果, 配合消化道早癌的手术治疗, 可以显著提升对病灶的影像分析, 提升近期疗效, 改善手术一般指标, 控制并发症, 确保手术安全性, 具有推广价值。

关键词: 消化内镜技术; 消化道早癌; 诊断价值;

据统计, 我国消化道癌发病率在世界消化道癌发病率中占比达到 42%, 及早安排手术治疗, 确保患者 5 年生存率在 90% 左右, 如果消化道癌病情进展到晚期, 疗效较差^[1]。可见, 及早实施科学的诊治, 能有效延长患者的生存期。消化道早癌是消化道发生病变性浸润, 未浸润到消化道黏膜下层, 主要包括胃癌、大肠癌和食管癌等癌症类型, 均为消化道早癌疾病范畴^[2]。随着生活水平的提高, 饮食结构和生活习惯的改变, 使消化道早癌发病率呈逐年上升的趋势。消化道早癌在发病早期并没有明显的症状表现, 常规检查很容易发生漏诊或误诊, 错过最佳的治疗时机^[3]。肿瘤细胞在黏膜上层出现较多, 是临床常见恶性肿瘤病变, 治疗难度大。随着病情的进展, 患者生命安全受到严重的威胁。由于消化内镜的诊治操作过程中, 可以尽可能减轻对患者的侵入性, 减轻患者诊断时受到的创伤, 而且价格低廉, 更容易为患者接受, 实现消化系统疾病的微创化诊治^[4]。消化道系统疾病会随着病情的发展, 有癌变的风险, 威胁到患者身心健康, 影响生存质量。消化道早癌近年来发病明显呈年轻化的趋势, 及早诊治, 能控制病情的进一步恶化, 确保患者的生存质量。内镜技术不断发展, 用于消化道早癌诊治中, 可以及早确诊疾病, 预防病情恶化, 进而提升患者的生存质量^[5]。本文通过两组患者实施不同手术治疗技术比较, 各项数据对比发现, 消化道内镜手术治疗对患者的疗效有着明显的优越性, 汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院于 2019 年 8 月-2022 年 3 月收治的消化道早癌患者中抽取 70 例, 抽签法将 70 例患者资料分 2 组, 每组 35 例。对照组: 男 20 例, 女 15 例; 年龄 25-78 岁, 均值 (58.13 ± 4.65); 早癌类型: 早期胃癌 12 例, 早期食管癌 13 例, 早期大肠癌 10 例; 观察组: 男 18 例, 女 17 例; 年龄 23-79 岁, 均值 (57.96 ± 5.12); 早癌类型: 早期胃癌 11 例, 早期食管癌 12 例, 早期大肠癌 12 例; 两组基线资料比较, 无统计学差异 $P > 0.05$ 。

纳排: (1) 入选病例经影像学技术、病理实验确诊消化系统恶性肿瘤疾病; 患者签署知情同意书; 此次研究经过医院伦理委员会批准; (2) 排除严重肝肾器官损害、精神障碍及无法配合研究的患者。

1.2 方法

两组术前均接受影像检查, 统计患者消化道早癌检出率, 对消化道血管出血、黏膜等进行观察, 以此评价肿瘤黏膜深度。对照组接受一般内窥镜诊断, 实施传统外科手术, 切开腹部后, 于肿物边缘 5mm 切除, 按肿瘤大小、位置确定切除范围, 为患者重建消化道。观察组接受消化内镜技术诊断, 明确肿瘤分期后, 确诊病灶病变情况。实施消化道内镜手术, 麻醉生效后, 以内镜技术完成镜下

诊断, 经消化道色素内镜引导, 确定病灶, 对病灶周围形态变化、对胃小凹分型和病变严重程度进行判断, 染色处理, 对病灶周围 2mm 为界限做好相关标记, 于黏膜下层对患者注射肾上腺素盐水、靛胭脂, 圈套电凝法切除病变组织。经内镜技术配合, 可以在手术切除过程中, 尽可能缩小范围, 准确定位, 在界限附近标记, 将隆起位置彻底切除处理, 无法一次完成手术者, 后续安排多次手术切除治疗。

1.3 观察指标

(1) 近期疗效 完全缓解 (CR): 肿瘤病灶彻底消失; 部分缓解 (PR): 肿瘤病灶缩小 50% 以上, 未出现新的病灶; 稳定 (SD): 肿瘤病灶缩小 25-50%, 未发生新病灶; 进展 (PD): 肿瘤病灶缩小不足 25%, 有新病灶发生。近期总有效率 = (CR + PR) / 总数 × 100%。(2) 记录两组临床一般指标, 包括手术时间、术中出血量、住院时间; (3) 对两组患者影像评分, 模糊: 1 分, 暗淡: 2 分, 较清晰: 3 分, 清晰: 4 分^[6]。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析, 计数资料 [n(%)] 表示, χ^2 检验; 计量资料 [$\bar{x} \pm s$] 表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 比较近期疗效

观察组近期疗效总有效率显著高于对照组, $P < 0.05$ 见表 1。

表 1 两组近期疗效比较 [n(%)]

组别	例数 (n)	CR	PR	SD	PD	总有效率
观察组	35	19 (54.3)	10 (28.6)	5 (14.3)	1 (2.9)	29 (82.9)
对照组	35	11 (31.4)	10 (28.6)	10 (28.6)	4 (11.4)	21 (60.0)
χ^2						4.480
P						0.034

2.2 比较手术一般指标

观察组手术一般指标各数据比较显著优于对照组, $P < 0.05$ 见表 2。

表 2 两组手术一般指标比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)
观察组 (n=35)	41.22 ± 2.65	57.65 ± 1.48	6.12 ± 0.29
对照组 (n=35)	89.14 ± 2.38	73.46 ± 2.37	10.28 ± 1.14
t	79.592	33.474	20.922
P	0.000	0.000	0.000

2.3 比较影像质量

观察组影像质量各项评分显著优于对照组, $P < 0.05$ 见表 3。

表 3 两组影像质量评分比较 [$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	毛细血管影像	形态形像	胃小凹影像
观察组 (n=35)	3.90 ± 0.91	4.03 ± 0.78	3.93 ± 0.68
对照组 (n=35)	2.03 ± 0.29	2.22 ± 0.53	1.72 ± 0.42
t	11.583	11.355	16.358
P	0.000	0.000	0.000

2.4 比较并发症

观察组并发症发生率显著低于对照组, P < 0.05 见表 4.

表 4 两组并发症比较[n(%)]

组别	例数 (n)	术后出血	术后感染	消化道穿孔	消化道肠梗阻	并发症发生率
观察组	35	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
对照组	35	2 (5.7)	2 (5.7)	1 (2.9)	1 (2.9)	6 (17.1)
χ^2						3.968
P						0.046

3 讨论

消化道早癌属恶性肿瘤疾病, 主要发病部位在黏膜层, 未浸润到黏膜下层, 但是对患者的生命安全仍造成巨大的威胁。为延长患者生存周期, 及早开展诊疗操作, 择期为患者安排手术治疗, 对于控制病灶扩大, 新病灶出现转移具有重要的作用。临床治疗消化道早癌主要是手术治疗, 其中传统手术可取得一定疗效, 但是对患者造成的创伤较大, 对患者术后恢复会产生不良影响^[7]。我国内镜技术得到了飞速的发展, 将其用于消化道早癌诊治中, 可以对传统手术起到有效的弥补作用, 以此尽可能减轻对患者造成的创伤。有研究发现, 有 50% 消化道早癌确诊后可配合完成传统外科手术, 有些患者认为术后可将肿瘤病灶彻底切除, 而有些患者无法明确肿瘤分期情况, 为确保手术切除范围准确性, 确保手术安全, 愿意接受传统手术治疗。可见, 术前对消化道早癌分期对于确定手术方式具有重要的作用^[8]。如果要接受消化内镜手术, 术前就一定要明确早癌分期, 才能准确开展手术治疗, 控制术后复好, 确保手术疗效。消化内镜在消化道早癌诊断、治疗的应用, 综合患者病情各项信息, 才能为患者确定合适治疗方案, 明确具体内镜治疗技术, 是为患者实施内镜黏膜下剥离术, 还是为患者实施内镜窄带成像治疗。具体术式的选择都要有明确病理分期有前提下完成。通过消化内镜技术的应用, 可以显著提高对消化道早癌诊断、治疗的精准度, 准确对肿瘤分期, 确保手术近期疗效, 对于患者术后恢复也有积极的影响^[9]。

微创医学研究中, 对消化内镜技术进一步明确, 根据患者的病情选择合适的手术方案, 尽可能满足患者病情基础上, 选择合适的内镜技术, 已成为微创技术的重要理论基础。随着消化内镜技术的发展, 对判断患者病情也产生了很大的影响, 为临床诊疗提供了新的思路 and 方向。消化内镜技术在操作过程中对患者会造成较轻的侵袭, 与传统手术相比, 可以减轻不必要的损伤, 也可以达到预期的诊治效果。通过内镜技术治疗已成为临床治疗有效的治疗技术选择, 尤其是疾病准确判断效果显著。临床诊治工作中将消化内镜联合腹腔镜使用, 成为内镜学科, 对消化系统疾病得出准确的内镜诊断结果, 提前判断患者是否符合适应证, 实现临床微创手术治疗, 具有重要价值。内镜技术的不断完善, 通过机械内滤光器的使用, 折射光源图谱并过滤, 取得窄带光谱, 以此明确对消化道早癌病变确诊, 并实现对病变程度的准确分期。与传统内镜技术比较, 消化道内镜技术有着明显的优势, 在技术使用过程中, 可以对患者病情变化得出清晰的结论, 技术可以对病灶周围情况清晰的呈现, 以此明确病灶组织的变化, 确保内镜诊断技术准确性。发现疑似病变

部位, 如果不能准确判断时, 要取组织活检。

本次研究中, 结果显示与对照组比较, 观察组在实施消化内镜技术后, 从近期疗效、临床指标和影像质量、并发症等各项数据对比, 显著优于对照组, 与他人研究结论一致^[10]。可见, 消化道内镜技术用于消化道早癌诊治工作中, 已得到了广泛的应用。以传统内镜技术为基础, 结合计算机和微电子等医疗技术, 联合超声内镜、电子染色镜等技术使用, 以此对肿瘤病灶部位进行准确的判断, 对病灶大小进一步确认, 以此对毛细血管、胃小凹影像和形态进行观察, 根据影像观察下完成手术操作, 确保手术顺利完成, 而且保证手术的安全性, 缩短手术时间, 减少出血量, 也能有效控制术后各类并发症的发生。消化道内镜技术的实施, 可以对消化道早癌患者的手术指标进一步优化, 从而促进手术顺利完成。通过影像质量各项评分比较, 结果显示, 消化道内镜技术可以对患者消化道内病灶周围影像进行准确观察, 确定病灶基本信息, 确保对消化道早癌治疗的准确率。比较术后并发症结果显示, 消化道内镜技术的应用, 可以显著提升患者的手术效果, 最大程度上减少患者的不良反应。对患者消化道早癌病灶情况进行详细的判断和分析, 以此为临床病症治疗和术后康复效果提升起到积极的影响。可见, 消化道早癌患者接受消化内镜技术影像学诊断并配合内镜手术治疗, 可以有效改善患者的预后康复效果, 需要临床足够的重视, 确保诊断准确率, 及早开展合适的手术治疗方案, 以此有效延长患者的生存期, 减轻患者的手术创伤, 促进患者的术后恢复, 减轻患者的经济负担, 提高患者对手术治疗的满意度。

综上所述, 对消化道早癌患者及早开展消化内镜技术, 能进一步提升诊断和治疗的近期疗效, 缩短住院时间, 控制术后出血和感染等不良事件发生, 对于患者临床康复具有积极的影响, 可于临床推广应用。

参考文献:

- [1] 闻庆, 李红霞. 消化内镜技术在消化道早癌诊断治疗中的价值[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(06): 976-977.
- [2] 纪粟, 陈亚蓉, 李娜. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗价值探讨[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 100+102.
- [3] 郑菊芹, 卢劲瑜, 林丹. 消化内镜技术在消化道早癌诊断与治疗中的价值分析[J]. 中外医学研究, 2020, 18(30): 131-133.
- [4] 何伽喆, 韦树理, 谭丽, 等. 内镜窄带成像技术用于消化道早癌及癌前病变的筛查及临床评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(07): 964-966.
- [5] 成斌. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗的临床价值分析[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(17): 149-150.
- [6] 徐建峰. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(05): 150.
- [7] 赵建珍, 杨香红. 消化内镜技术对消化道早癌诊断的临床价值[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(05): 54+56.
- [8] 崔宁宁. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断及治疗价值分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(15): 36-38.
- [9] 高继刚. 消化内镜技术用于消化道早癌诊断治疗价值研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(64): 92.
- [10] 张丽丽. 消化内镜技术对消化道肿瘤早期诊断治疗的价值研究[J]. 中外医疗, 2019, 38(19): 7-9.

作者简介: 姓名: 张益, 地址: 江口县人民医院, 邮编: 554400, 籍贯: 贵州省铜仁市江口县, 学历: 本科, 性别: 男, 职称: 从事临床医学工作。