

# 消化道早癌患者的诊断治疗中运用消化内镜黏膜下剥离术的临床应用价值

马家静

(新疆生产建设兵团第五师医院消化内科 833400)

**摘要:** 目的: 探究分析将消化内镜黏膜下剥离术应用在消化道早癌患者的诊断治疗中的临床应用价值。方法: 采用随机平均分组方法将我院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月收治的 50 例消化道早癌患者平均分成两组, 对照组 25 名患者采取常规治疗方式, 观察组 25 名患者则应用消化内镜黏膜下剥离术进行治疗, 对比两组患者手术各项指标情况、治疗有效率、不良反应发生情况以及生活质量。结果: 研究结果显示: 观察组手术各项指标情况均优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组的治疗有效率为 96.00%, 高于对照组的 72.00% ( $P < 0.05$ ); 在研究过程中, 观察组仅有 1 起不良事件发生, 而对照组发生了 4 起不良事件, 观察组的不良事件发生率为 4.0%, 远低于对照组的 16.0% ( $P < 0.05$ ); 对比手术后 3 个月、6 个月患者对生活质量的自评分, 观察组评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 在消化道早癌患者的诊断治疗中运用消化内镜黏膜下剥离术能够有效提升各项手术指标, 提高治疗有效率, 降低不良事件发生率并提升患者的生活质量, 具有较好的临床效果, 值得在临床应用推广。

**关键词:** 消化道早癌; 内镜黏膜下剥离术; 诊断治疗; 临床应用

随着时代的发展和医疗技术的进步, 消化道早癌已经成为临床上较为常见的一种消化道恶性肿瘤<sup>[1]</sup>, 其特点是病死率非常高, 并且早期症状并不明显, 很难引起患者和医务人员的重视<sup>[2]</sup>。消化道早癌主要包括胃癌、喉癌和食管癌。近年来针对消化道早癌临床上广泛采取消化内镜黏膜下剥离术<sup>[3]</sup>, 该治疗方式相对于传统治疗方案, 可以完整地剥离或切除患者的病灶部位, 并且手术留下的创伤较小, 术后并发症发生率低, 在短时间内患者即可恢复身体健康<sup>[4]</sup>。本文以我院 2020 年 6 月至 2022 年 6 月收治的 50 例消化道早癌患者为研究对象, 探讨分析消化内镜黏膜下剥离术在消化道早癌诊断治疗中的临床应用效果, 现做如下报道:

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

#### 1.1.1 研究对象

研究选取本院收治的 50 例消化道早癌患者 (收治时间为 2020 年 6 月至 2022 年 6 月), 采用随机平均方法将所有患者分成两组, 对照组 25 例患者的年龄分布为 42~76 岁, 平均年龄  $58.36 \pm 6.48$  岁, 其中男性 13 例, 女性 12 例; 观察组 25 例患者的年龄分布为 44~75 岁, 平均年龄  $58.86 \pm 6.26$  岁, 其中男性 14 例, 女性 11 例。两组患者相关数据对比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

#### 1.1.2 纳排标准

纳入标准: (1) 本次研究活动经过医学伦理委员会授权同意; (2) 所有参与研究的患者都对本次研究活动的详细情况知情并且自愿加入; (3) 所有参与研究活动的患者均为消化道早癌患者; (4) 所有患者对研究活动均能给出客观、公正的评价。

排除标准: (1) 患者在入院前就已经患有较为严重的原发性疾病; (2) 患有精神疾病或并发症, 不能配合完成研究的患者; (3) 基本资料不满足研究活动要求的患者; (4) 存在沟通障碍, 无法与医护人员正常沟通交流的患者。

#### 1.2 方法

本文研究过程中, 对照组患者应用常规开腹手术方案进行治疗, 在患者入院检查、手术准备就绪之后, 直接对患者进行麻醉, 然后再将患者的病灶部位切开, 将患者的病灶全部去除后, 对患者进行缝合操作, 最后完成手术。

对观察组的所有患者则采用消化内镜黏膜下剥离术进行治疗。(1) 在进行手术之前, 医务人员要叮嘱患者禁止一切食物和饮品的摄入, 同时需要用消化内镜对患者进行更仔细的检查诊断, 对患者病灶的形态、边界及毛细血管影像进行严密观察, 并密切注意肿瘤的位置边界、肿瘤的大小等情况。可以选择使用复方聚乙二醇药物来

清理患者的肠道, 在麻醉方式的选取上, 选择静脉注射的方式对患者进行麻醉。

(2) 在手术进行中, 患者的麻醉状况较好时, 一方面医务人员要注意给予患者面罩吸氧, 另一方面要密切监测患者的实时生命体征, 确认患者病灶部位的方法既可以选择靛胭脂染色法, 也可以选择术前窄带成像法。在确认了患者的病灶位置之后, 在其外边缘用手术刀切开一个大约 0.5cm 的切口, 然后再采用氩离子凝固方式做好电凝标记。需要向患者黏膜下注射的药物包括: 1、肾上腺素 5ml; 2、5ml 靛胭脂; 3、100ml 0.9% 氯化钠注射液; 4、5 mL 玻璃酸钠。然后再通过 Dual 刀切开患者的标记点黏膜, 最后采用 IT 刀对患者的黏膜下层进行剥离, 使得患者的病变组织将彻底暴露出来。

(3) 在对患者进行手术之后, 应采用离子电凝止血钳对患者手术部位进行止血, 然后将病变组织安全取出, 将病变组织按照规范程序固定在标本板上, 浸泡在福尔马林液体中, 最后再送往病理检查部门, 分析标本的病理学特征与类型, 同时注意观察有无残留并复核肿瘤是否完整切除, 以便后期对患者采取抗感染和抑酸治疗的相关措施。

#### 1.3 观察指标

本次研究活动的观察指标为:

(1) 比较两组患者手术各项指标情况, 对患者手术用时、出血量以及住院时间进行统计, 按实记录。

(2) 比较两组患者的临床治疗效果即治疗有效率。治疗明显的标准是患者在手术后的恢复期间临床症状得到明显的改善, 手术之前所存在的病灶部位全部消失, 并且在疗养期间病情没有复发; 经治疗后患者病情好转的标准为在完成所有治疗后, 患者的临床症状得到较大的改善, 并且对患者进行复检后的结果显示病情没有复发, 但是在患者体内仍然会出现消化道出血等症状; 治疗无效的评判标准为在经过手术治疗后, 患者的症状没有得到任何改善, 甚至患者的病情越来越严重, 术后短时间内便出现多次复发等。本文中计算治疗有效率的公式为: 治疗有效率 = (明显有效例数 + 病情好转例数) / 总例数  $\times 100.00\%$ 。

(3) 比较两组患者不良反应发生情况: 在术后恢复期间, 要密切关注患者身体情况的变化, 监测病患的各项生命体征, 做好必要的应急准备和方案, 并且按照相关要求规范记录患者的再出血、呕血、呛咳发生率。

(4) 比较两组患者术后 3 个月、6 个月生活质量评分。医护人员根据相关文件制定调查问卷, 患者根据问卷内容进行自评 (0~100 分), 以客观、公正为评分原则, 分数越高代表生活质量越好, 在

手术后3个月和手术后6个月的时候分别进行一次生活质量评分,医护人员做好数据统计分析。

#### 1.4 数据处理

本文所有研究数据均采用SPSS24.0软件进行分析。计量资料使用T检验,采用( $\bar{x} \pm s$ )表示;计数资料使用 $\chi^2$ 检验,采用[n(%)]表示。 $p < 0.05$ 表示组间差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组手术各项指标比较

据表1研究数据显示,观察组患者的各项手术指标为手术时间 $42.36 \pm 2.42$ min、手术出血量为 $80.24 \pm 19.36$ ml、住院时间为 $4.43 \pm 1.02$ d,对照组的各项手术指标为手术时间 $93.64 \pm 6.08$ min、手术出血量为 $125.76 \pm 14.22$ ml、住院时间为 $6.54 \pm 1.66$ d。由此可见,观察组的手术时间、手术出血量以及住院时间均比对照组要少( $P < 0.05$ )。

表1. 两组手术各项指标比较

组别	例数	手术时间 (min)	手术出血量 (ml)	住院时间 (d)
观察组	25	$42.36 \pm 2.42$	$80.24 \pm 19.36$	$4.43 \pm 1.02$
对照组	25	$93.64 \pm 6.08$	$125.76 \pm 14.22$	$6.54 \pm 1.66$
t		39.181	9.475	5.415
P		<0.001	<0.001	<0.001

#### 2.2 两组治疗效果比较

据表2研究数据显示:观察组患者治疗有效人数为24人,治疗有效率为96.00%;对照组患者治疗有效人数为18人,治疗有效率为72.00% ( $P < 0.05$ )。可见观察组治疗有效率远高于对照组,治疗效果比对照组要好,患者总体恢复情况较好。

#### 2.3 两组不良事件发生率比较

据表2研究数据显示:观察组有1起不良事件发生,不良事件发生率为4.00%,而对照组发生了4起不良事件,不良事件发生率为16.00% ( $P < 0.05$ )。观察组的不良事件发生率远低于对照组,治疗方案的总体安全性较常规治疗方式更高。

#### 2.4 两组患者术后3个月、6个月生活质量评分比较

据表2研究数据显示:观察组的患者在术后3个月、6个月的生活质量评分分别为92.46分、96.68分,对照组的患者在术后3个月、6个月的生活质量评分分别为76.32分、78.82分 ( $P < 0.05$ )。观察组治疗方式让患者在术后的生活质量得到了较大提升

表2. 两组治疗有效率、不良事件发生率及生活质量评分表

组别	例数	治疗有效率 [n(%)]	不良事件发生率[n(%)]	生活质量评分(0-100)	
				术后3个月	术后6个月
观察组	25	24 (96.00%)	1 (4.00%)	$82.46 \pm 6.24$	$86.68 \pm 6.68$
对照组	25	18 (72.00%)	4 (16.00%)	$76.32 \pm 7.42$	$78.82 \pm 7.08$
T		-	-	3.167	4.037
$\chi^2$		15.211	2.000	-	-
P		<0.001	0.157	<0.001	<0.001

### 3 讨论

随着现代医疗技术的进步,消化道疾病的检出率越来越高,这使得广大医务人员愈发重视消化道疾病的临床治疗效果,目前来说,消化道早癌主要包括胃癌、喉癌和食管癌,这些病症在早期不容易发现,如果患者没有定期到医院做筛查,患者得不到有效的治疗,这将给后续治疗及身体恢复带来严重的影响<sup>[6]</sup>。如果在消化道癌症早期患者没有发现自身的病情情况,等到病情发展到晚期时,就已经错过了最佳的治疗时机,对患者的生命安全会产生严重威胁<sup>[7,8]</sup>。

在为入院患者进行治疗时,采用消化内镜可以直接进入到患者的消化道中去,对患者的消化道进行直观的检测,如果患者存在病变的组织,通过消化内镜就可以清晰地看见,同时还可以借助消化内镜观察毛细血管以及病灶和胃部的形态。借助消化内镜成像来辅助治疗可以提升确定患者病变部位的准确性,降低临床诊断失误差,提升医生的诊断水平等。与此同时,利用消化内镜对消化道早癌患者进行黏膜剥离术,不仅能够准确清除患者的病变部位,而且以该方式进行的手术创伤很小,患者术后的恢复周期短,不易引发术后并发症,既能促使患者病情得到较好的恢复,又能减轻患者因病症所带来的痛苦,可见将消化内镜黏膜剥离术应用于消化道早癌患者的诊断治疗过程中,具有较好的临床应用价值。

本文研究结果显示,观察组患者的各项手术指标中为手术时间、手术出血量、住院时间均比对照组要短;观察组患者治疗有效人数为24人,治疗有效率为96.00%;对照组患者治疗有效人数为18人,治疗有效率为72.00%,观察组的治疗有效率远高于对照组;观察组不良事件发生率为4.00%远低于对照组不良事件发生率(16.00%);观察组的患者在术后3个月、6个月的生活质量评分均比对照组要高。通过本文研究结果可以说明在消化道早癌诊断治疗过程中应用内镜黏膜下剥离术具有较好的临床应用效果,具有在医疗机构广泛应用推广的价值。

综上所述,在消化道早癌诊断治疗过程中应用消化内镜黏膜下剥离术能够取得较好的临床效果,缩短手术时间、减少患者的手术出血量以及住院天数,在提升治疗有效率的同时还能降低不良事件发生率,并且还有效提升了患者术后3个月、6个月的生活质量评分,总体安全性高、效果良好,可以在临床上推广。

#### 参考文献:

- [1]王甲林,王丽,王琳.消化内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌的临床观察[J].贵州医药,2022,46(12):1904-1905.
- [2]张敏,李福,王素平等.消化道早癌治疗中消化内镜黏膜下剥离术的价值分析[J].系统医学,2022,7(13):120-123.
- [3]郑仁斌,乐桥良,郭超等.早期胃癌诊断治疗中消化内镜黏膜下剥离术的价值分析[J].中国现代医生,2020,58(21):11-14.
- [4]徐秀芬,毕洪钟.消化内镜黏膜下剥离术治疗消化道早癌的效果[J].中国卫生标准管理,2019,10(24):58-60.
- [5]王之玉.消化道早癌诊断治疗中消化内镜黏膜下剥离术的价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(A3):148.
- [6]宋香淳,张海鹏.消化道早癌诊断治疗中消化内镜黏膜下剥离术的应用价值分析[J].智慧健康,2019,5(08):100-101.
- [7]陈孟君.分析消化道早癌诊断治疗中应用消化内镜黏膜下剥离术的价值[J].吉林医学,2019,40(03):624-625.
- [8]李锐清.消化内镜黏膜下剥离术在消化道早癌诊断治疗中的应用价值[J].现代诊断与治疗,2019,30(01):121-122.