

# 内镜黏膜下剥离术治疗扁平隆起的胃食管病变的临床效果观察

史晓丹, 孟凡军, 孙勇

中国人民解放军第二零二医院消化内科, 辽宁 沈阳 110000

**摘要:** **目的** 对内镜黏膜下剥离术治疗扁平隆起的胃食管病变的临床效果进行观察。**方法** 选取 2012 年 10 月至 2014 年 10 月收治的 42 例扁平隆起性胃食管病变患者行内镜黏膜下剥离术予以治疗, 术后观察并分析患者的治疗效果及并发症情况。**结果** 42 例患者中, 病灶完全切除 30 例(71.4%)、非完全切除 12 例(28.6%); 42 例患者术后病理早期食管癌 3 例, 早期胃癌 8 例, 上皮内瘤变 10 例, 间质瘤 3 例, 增生性息肉 18 例。术后发生出血、穿孔、继发狭窄并发症共 6 例, 并发症发生率为 14.3%; 手术创面  $\geq 2.0$  cm 的 35 例患者发生并发症 6 例, 而手术创面  $< 2.0$  cm 的 7 例患者未发生并发症。**结论** 内镜黏膜下剥离术治疗扁平隆起的胃食管病变疗效安全可靠, 能够完整提供病理学诊断资料。

**关键词:** 内镜黏膜下剥离术; 胃食管病变; 扁平隆起; 并发症; 病理

**中图分类号:** R 571 R 573 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)07-0946-02

扁平隆起的胃食管病变一般包括消化道息肉及黏膜下病变, 其病变一经发现均应予以内镜下治疗<sup>[1]</sup>。内镜黏膜下剥离术(ESD)的实施, 一般可完整切除病变, 并完整提供病理诊断资料, 对病变分化程度、浸润深度等情况的明确十分有利, 且病变成功切除后的复发率较低<sup>[2]</sup>。我院 2012 年 10 月至 2014 年 10 月采用 ESD 对 42 例扁平隆起性胃食管病变患者进行了治疗, 获得满意结果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2012 年 10 月至 2014 年 10 月收治的 42 例扁平隆起性胃食管病变患者作为研究对象, 其中男 26 例, 女 16 例; 年龄 30 ~ 65 (55.7 ± 6.8)。全部患者在知情同意的前提下行 ESD 治疗, 手术排除凝血功能障碍、心肺功能不全及服用非甾体类抗炎药物者。

### 1.2 方法

**1.2.1 器械** 电子胃镜、内镜超声系统以及海博刀(高频电切装置、氩离子凝固器以及水刀)。

**1.2.2 ESD 方法** 术前咽部麻醉, 使用靛胭脂染色对病灶位置与范围进行确定。于病灶外缘 0.5 cm 处使用热探头进行电凝标记, 1:10 000 比例的肾上腺素生理盐水 50 ml 加靛胭脂 2.5 ml 多点黏膜下注射于病灶及电凝标记处, 使黏膜隆起。沿着标记点, 使用改良针状钩刀将病变外缘的黏膜切开, 并使用 IT 刀

将黏膜分离切开。至剥离完毕后对出血进行处理, 氩离子血浆凝固术凝固创面血管, 并采用去甲肾上腺素冰盐水对创面及伤口进行冲洗<sup>[3]</sup>。术后将切除的病变标本送至病理学检查, 对病变性质进行确定。常规禁食 24 h 后无并发症可进流质软食。

**1.3 疗效评定** 术后对切除的黏膜剥离创面是否完整进行确定, 并进行疗效评定<sup>[1]</sup>。(1)完全切除: 活组织及内镜检查无病变组织残留, 组织学断端为阴性。(2)相对非完全切除: 活组织及内镜检查无病变组织残留, 组织学断端阳性。(3)绝对非完全切除: 活组织及内镜检查有病变组织残留。

## 2 结果

**2.1 治疗效果** 全部患者行 ESD 治疗, 病灶完全切除 30 例(71.4%)、非完全切除 12 例(28.6%); 手术时间(38.5 ± 15.8)min, 病灶直径(1.0 ± 0.6)cm。

**2.2 术后并发症** 42 例患者术后发生并发症共 6 例, 发生率为 14.3%。见表 1。

表 1 术后并发症发生情况 (例)

病变部位	出血	穿孔	继发狭窄
胃窦	1	2	0
胃体	1	0	0
胃底	0	1	0
贲门	0	0	0
食管	0	0	1

**2.3 术后病理结果** 42 例患者中早期食管癌 3 例, 早期胃癌 8 例, 上皮内瘤变 10 例, 间质瘤 3 例, 增生性息肉 18 例。

2.4 并发症与创面大小的关系 7 例患者手术创面 < 2.0 cm, 无穿孔、出血等并发症的发生; 35 例患者手术创面  $\geq$  2.0 cm, 发生并发症患者 6 例, 其中出血 2 例, 穿孔 3 例, 继发狭窄 1 例, 经内镜下成功治疗。

### 3 讨论

在扁平隆起黏膜病变的治疗过程中, 直径 < 1 cm 的病灶可借助玻璃帽整块切除, 当病灶直径 > 1 cm 时, 病灶整块切除的可能性就比较小<sup>[4]</sup>。ESD 主要治疗以下消化道病变: (1) 早期癌: 根据医生经验, 结合染色、放大和超声等其他内镜检查方法, 确定肿瘤局限在黏膜层和没有淋巴转移的黏膜下层, ESD 切除肿瘤可以达到外科手术同样的治疗效果<sup>[5]</sup>。(2) 巨大平坦息肉: 超过 2 cm 的息肉尤其是平坦息肉, 推荐 ESD 治疗, 可一次、完整的切除病变。(3) 黏膜下肿瘤: 超声内镜诊断的脂肪瘤、间质瘤和类癌等, 如位置较浅(来源于黏膜肌层和黏膜下层), 通过 ESD 可以完整剥离病变; 如肿瘤较深(来源于固有肌层), ESD 剥离病变的同时往往伴有消化道穿孔的发生, 不主张勉强剥离, 有丰富内镜治疗经验的医生可尝试运用<sup>[6]</sup>。内镜确定病变位置后, 首先进行染色。若病变位于食管, 进行碘染色; 位于贲门区, 进行碘和美蓝双重染色; 位于胃或直肠, 进行美蓝或 0.1% ~ 0.4% 靛胭脂染色。应用微探头超声内镜(EUS)确定病变位于黏膜层。当病变位于黏膜层时, 于病变黏膜下注射含美蓝的甘油果糖溶液, 再用针式切开刀点出切除边界<sup>[7]</sup>。用针式刀开口, 用 IT 刀进行切开、剥离。术中如果出血, 用 IT 刀、TT 刀或热活检钳进行电凝止血, 若出血不止可用止血夹止血。尽量完整剥离病变, 如果剥离困难可用圈套器协助电切<sup>[8]</sup>。术后固定标本, 直接送至病理科进行病理检查。

ESD 的切除范围及深度较大, 可以对整块病灶进行完整切除。术后穿孔和出血等是常见的并发症, 其并发症的发生率相对较高<sup>[9]</sup>。术中可及时发现穿孔, 掌握规范的操作技巧, 采用止血铁夹闭穿孔, 术后吸净胃内气体, 结合禁食、抗生素及胃肠减压治疗均可获得成功<sup>[10]</sup>。本组病例出现穿孔者 3 例, 原因可能与操作技术不熟练有关。预防穿孔的方法: 根据手术程序规范进行操作, 采用电凝予以止血, 术前经超声内镜评估病灶层次, 注射靛胭脂与肾上腺素盐水混合液, 使黏膜隆起。切除黏膜后, 创面小静脉出血呈弥漫状态, 一般可自动凝固止血; 但出血呈喷射状时需要用冰生理盐水对创面进行冲洗, 氩离子血浆凝固术凝固止血<sup>[11]</sup>。术中出血的处理比较困难, 必须注重对出血症状的预防。术前需要进行风险评估, 采用

肾上腺素盐水于黏膜下注射使其隆起, 有利于对出血症状的预防<sup>[12-13]</sup>。1 例患者术后出现食管狭窄, 进食稀饭发生梗阻, 经内镜下扩张食管后梗阻症状消失。本组病例中, 手术创面 < 2.0 cm 的患者 7 例, 无相关并发症发生, 而创面  $\geq$  2.0 cm 的患者 35 例, 发生并发症患者 6 例。表明创面大小与并发症的发生具有一定的相关性, 手术创面  $\geq$  2.0 cm 的患者发生并发症的几率较高。全部患者经 ESD 治疗后, 病灶完全切除率 71.4%, 非完全切除率 28.6%, 说明 ESD 治疗扁平隆起的胃食管病变的疗效安全可靠。

综上所述, ESD 能够有效治疗扁平隆起的胃食管病变, 早期食管癌等病变均能一次性整块切除, 其复发率低, 并发症少。需要注意的是剥离创面 > 2 cm 时容易发生穿孔、出血等并发症, 应采用止血夹控制残留创面的大小, 以避免术后出血的发生。

### 参考文献

- [1] 洪伟勤, 王小忠, 彭启全, 等. 内镜黏膜下剥离术或挖除术治疗上消化道疾病的体会[J]. 中国现代医药杂志, 2013, 15(7): 17.
- [2] 朱晓蕾, 陈志坦. 消化道无蒂隆起性病变的内镜黏膜切除术和内镜黏膜下剥离术治疗分析[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(24): 40-42.
- [3] 许良壁, 车筑萍, 项一宁, 等. 超声内镜联合内镜下黏膜切除 5 例报告[J]. 贵阳医学院学报, 2010, 35(1): 100-102.
- [4] 陈正义, 吕静, 云小余. 内镜下黏膜剥离术治疗黏膜下隆起性病变的价值[J]. 海南医学院学报, 2010, 16(4): 448-449.
- [5] 缪林, 范志宁, 季国忠, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道巨大隆起性病变[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(11): 1148-1151.
- [6] 乔丽娟, 徐辉, 陈虹彬, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗上消化道黏膜下病变疗效及安全性[J]. 西南国防医药, 2014, 24(12): 1329.
- [7] 王一卓, 李红, 张崑琪, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗上消化道黏膜下病变的疗效与并发症分析[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2015, 24(5): 519-521.
- [8] 徐亚, 陈志荣, 闵寒, 等. 内镜黏膜下剥离术在诊治胃上皮内瘤变中的价值[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2014, 23(11): 1283.
- [9] Shi Q, Zhong YS, Yao LQ, et al. Endoscopic submucosal dissection for treatment of esophageal submucosal tumors originating from the muscularis propria layer [J]. Gastrointest Endosc, 2011, 74(6): 1194-1200.
- [10] Noriaki Matsui, Kazuya Akahoshi. Endoscopic submucosal dissection for removal of superficial gastrointestinal neoplasms: a technical review [J]. World J Gastrointest Endosc, 2012, 4(4): 123-136.
- [11] 刘光胜. 胃肠道间质瘤应用内镜黏膜下剥离术治疗的临床效果分析[J]. 当代医学, 2014, 20(31): 42-43.
- [12] 徐晓明, 周平红. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道早期肿瘤技巧[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(3): 190-192.
- [13] 赖圳宾, 何洁, 罗忠金, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗胃黏膜下肿瘤的并发症与安全性分析[J]. 实用临床医学, 2015, 16(10): 4-7, 10.