

消化内镜技术在消化道癌早期诊治中的应用价值

张淑英

(山东省菏泽市郓城县人民医院消化内科, 山东 菏泽, 274700)

摘要:目的 探究消化内镜技术在消化道癌早期诊治中的应用价值。方法 回顾性分析 2020 年 12 月 ~ 2021 年 10 月山东省菏泽市郓城县人民医院收治的 60 例早期消化道癌患者的临床资料, 以不同诊治方式分为研究组与对照组, 每组 30 例。对照组患者使用白光内镜技术联合外科腹部手术治疗, 研究组患者使用消化内镜技术联合内镜下黏膜切除治疗, 观察两种检查方式的影像质量、病变类型以及切除长度、治疗效果、治疗时间指标、并发症发生情况。结果 研究组患者的毛细血管影像、形态影像、胃小凹分型影像质量评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组患者的胃癌、食管癌、大肠癌切除长度低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组患者的治疗有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、治疗费用低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组患者的感染、食道狭窄、消化道出血、穿孔、食管反流总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 消化道癌早期诊治中使用消化内镜技术可以进一步提升检查中影像质量评分, 使影像更加清晰, 保证手术视野开阔性, 对病变位置以及类型有更准确的判断, 而且治疗中手术时间、术中出血量、住院时间较为理想, 并发症少, 更有利于患者预后。

关键词: 消化内镜技术; 消化道癌; 早期诊治; 应用价值

中图分类号: R735 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-6-0179-03

消化道早期癌症可以理解为消化道早期癌变情况, 通常可以分为食管癌、胃癌、结直肠癌。随着当前人们饮食和生活习惯的变化, 消化道癌发病率不断增加, 严重影响患者的机体健康, 降低患者生活质量^[1]。据 2018 年流行病学调查显示, 全球胃癌发病率占恶性肿瘤的第五位, 致死率较高, 男性发病率高于女性, 如果在胃癌发生初期给予及时手术治疗, 生存率可高达 90.9% ~ 100.0%。而胃癌晚期采取治疗后, 患者的 5 年生存率低于 30%。因此, 消化道癌症需要加强早期疾病诊断与治疗, 以进一步提升患者疾病预后水平。目前临床通常会利用消化内镜对消化道癌进行早期诊断, 这种诊治方式具有诊断率高、创伤小、手术出血量少、术后恢复时间短、并发症较少等优势^[2], 因此被广泛应用到消化道癌症早期诊治中。基于此, 本研究纳入 2020 年 12 月 ~ 2021 年 10 月山东省菏泽市郓城县人民医院收治的 60 例早期消化道癌患者为研究对象, 进一步探究消化内镜技术在临床消化道癌早期诊治中的实施价值, 为临床疾病诊治提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 12 月 ~ 2021 年 10 月山东省菏泽市郓城县人民医院收治的 60 例早期消化道癌患者为研究对象, 以不同诊治方式分为研究组与对照组, 每组 30 例。对照组患者中, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 36 ~ 79 岁, 平均年龄 (58.45 ± 2.26) 岁; 病变位置: 食管 6 例, 胃底 7 例, 胃体 8 例, 胃窦 4 例, 贲

门 5 例。对照组患者中, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 37 ~ 80 岁, 平均年龄 (58.22 ± 2.36) 岁; 病变位置: 食管 7 例, 胃底 6 例, 胃体 7 例, 胃窦 5 例, 贲门 5 例。两组患者的一般资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。患者均对本研究知情并签署知情同意书, 本研究经山东省菏泽市郓城县人民医院医学伦理委员会批准后开展。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①严重怀疑上消化道早癌者; ②精神正常者; ③交流正常者; ④同意手术治疗者; ⑤经 CT 检查、超声内镜检查、病理活检确诊; ⑥资料齐全。

排除标准: ①合并基础性疾病者; ②配合度低者; ③精神性疾病者; ④认知障碍者; ⑤心肾功能损伤者; ⑥合并其他癌症/肿瘤者; ⑦治疗不耐受者; ⑧拒绝医学观察者。

1.3 方法

对照组患者使用白光内镜检查。在检查过程中, 针对可疑病变组织将其取出后, 进行病理活检以及相关的病理分析, 确定患者肿瘤位置同时为患者进行外科剖腹手术治疗, 将病变位置进行切除, 同时评估白光内镜的影像质量, 完成手术切除后, 需要对患者病灶情况进行病理诊断, 以此判断该种诊断方法的科学性。

研究组患者进行消化内镜检查, 在检查过程中使用窄带成像放大内镜及超声内镜。利用窄带成像放大内镜对细微的病变组织进行检查, 同时观察消化道黏膜内部的微腺和微血管的形状。超声内镜检查可以对肠胃道早期情况进行了解, 确定肿瘤后, 针对各组织的浸润情况, 为患者展开内镜下黏

膜切除治疗。手术过程中需要为患者展开静脉麻醉,给予患者镇静处理,同时依据消化内镜技术检查结果,确定患者病变位置,在手术前需要为患者进行常规的检查,其中包含血常规、凝血功能指标、尿常规、肝肾功能、心电图等。

此后,针对病灶周围 2 mm 进行染色处理,明确病变位置界限,使用氩气或针式切开刀在距离病变 10 mm 位置进行标记,于患者消化道黏膜下层注射 3 mL 靛胭脂肾上腺素盐水(1/10 000)。靛胭脂属于非黏膜吸收染色剂,主要利用低凹部位色素滞留,较为凸起的部分色素消退快进行比较,对比色素消退后黏膜间隙的分布情况观察黏膜之间的细微变化,可以更加清晰地观察病灶立体情况,有效降低肉眼观察缺乏针对性的弊端。染色时利用直喷的方式对病变位置进行喷洒,在不确定病变边缘的情况下需要扩大喷洒范围,喷洒完成后等待 3 min,后观察病灶。在内镜的辅助下使用末端绝缘刀、针刀进行病变组织部位剥离,当病变位置完全切除后及时为患者进行凝固处理、止血处理,为防止出现感染,需要在手术后使用 0.9% 氯化钠溶液进行局部冲洗,手术过程中使用钛夹进行创面封闭处理,完成手术后将内镜撤出,完成手术治疗。除此之外,还可以利用圈套电凝法完成病变组织切除,完成手术后为有效了解患者病情,需要将手术中切除组织放入甲醛溶液中固定,然后送往实验室检验。为患者实施术后常规护理,使用抑酸药物进行抑酸,同时为保证患者机体正常恢复,可以为患者进行抗炎治疗,积极为患者展开营养支持,做好黏膜保护工作,防止患者出现食道狭窄、消化道出血、穿孔、食管反流等并发症。

1.4 观察指标

观察两组检查方式影像质量、两种治疗方法病变类型以及切除长度、治疗效果、治疗时间指标、并发症发生情况。

影像质量评分的判定使用 4 级评分法:1 分表示模糊;2 分表示暗淡;3 分表示较清晰;4 分表示清晰。分数越高说明影像质量越好,反之,评分越低说明影像质量越低。

治疗效果判定。显效:治疗后患者肿瘤完全消失;有效:肿瘤缩小超过 50%;无效:患者治疗前后肿瘤无变化,甚至出现新病灶。治疗有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

手术治疗指标从手术时间、术中出血量、住院时间、治疗费用等维度进行判断。时间越少,术中出血量越少,住院时间越短,治疗费用越少,患者手术治疗则更加有效。

并发症发生情况。并发症主要包括感染、食道狭窄、消化道出血、穿孔、食管反流等情况。并发症发生越少说明手术方法越安全,反之,并发症越多说明诊治方法越缺乏安全性。并发症总发生率=(感染+食道狭窄+消化道出血+穿孔、食管反流)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行处理数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行 t 检验;计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示,组间比较行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组影像质量评分比较

研究组患者的毛细血管影像、形态影像、胃小凹分型影像质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组影像质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	毛细血管影像	形态影像	胃小凹分型影像
对照组	30	2.08 \pm 0.39	2.31 \pm 0.41	2.56 \pm 0.71
研究组	30	3.87 \pm 0.15	3.74 \pm 0.25	3.68 \pm 0.34
t		23.463	16.310	7.793
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者的病变类型及切除长度比较

研究组患者的胃癌、食管癌、大肠癌切除长度低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的病变类型及切除长度比较 ($\bar{x} \pm s$, cm)

组别	例数	胃癌	食管癌	大肠癌
对照组	30	4.88 \pm 0.78	4.01 \pm 0.70	6.57 \pm 0.63
研究组	30	3.02 \pm 0.74	2.51 \pm 0.61	3.31 \pm 0.56
t		9.475	8.849	21.183
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者的治疗效果比较

研究组患者的治疗总有效率为 90.00%,高于对照组患者的治疗总有效率 63.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者的治疗效果比较 $[n(\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	8(26.67)	11(36.67)	11(36.67)	19(63.33)
研究组	30	11(36.67)	16(53.33)	3(10.00)	27(90.00)
χ^2					5.963
P					0.015

2.4 两组患者的治疗时间指标比较

研究组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、治疗费用均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者的治疗时间指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)	治疗费用(元)
对照组	30	91.54 \pm 8.12	121.78 \pm 15.46	19.17 \pm 2.15	17486.54 \pm 547.36
研究组	30	70.36 \pm 4.16	74.54 \pm 2.65	13.05 \pm 1.48	15342.45 \pm 274.56
t		12.715	16.496	12.842	19.178
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.5 两组患者的并发症发生率比较

研究组患者的感染、食道狭窄、消化道出血、穿孔、食管反流总发生率为 3.33%,低于对照组患者的并发症发生率 26.66%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者的并发症发生率比较

[n(%)]

组别	例数	感染	食道狭窄	消化道出血	穿孔	食管反流	总发生率
对照组	30	2(6.67)	1(3.33)	2(6.67)	1(3.33)	2(6.67)	8(26.66)
研究组	30	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)
χ^2							4.705
<i>P</i>							0.030

3 讨论

由于目前早期消化道癌症, 症状不具有特异性, 很容易导致患者忽视自身疾病, 影响疾病治疗结局。随着当前临床诊治技术的不断提升, 消化内镜技术被广泛应用到临床中, 该诊治技术花费时间短, 病灶切除率较高, 术后并发症发生较少, 住院时间更短, 更有利于患者身体恢复, 具有较高的临床使用价值^[5]。

本研究结果发现, 研究组患者的毛细血管影像、形态影像、胃小凹分型影像质量评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因: 与白光内镜诊断方法相比, 消化内镜技术在针对消化道癌症患者进行诊断过程中可以利用未染色的黏膜组织来诊断光谱情况, 同时, 消化内镜技术具有一定的放大作用, 在疾病诊断中可以进一步保证黏膜以及血管的清晰程度, 使医务人员能够更加清晰地观察病灶。除此之外, 可以对毛细血管影像、形态影像、胃小凹分型影像进行清晰呈现, 更加利于疾病的诊断与治疗^[6]。

研究发现使用消化内镜技术治疗胃癌、食管癌、大肠癌切除长度小于白光内镜治疗, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因: 使用窄带成像放大内镜及超声内镜可以进一步评估患者消化道黏膜周围血管情况, 而且消化内镜在检验过程中具有较高的分辨率, 可以精准分辨肿瘤体积的大小、发生的位置以及浸润情况, 通过手术治疗可以进一步将病灶切除, 降低疼痛程度, 对患者疾病预后具有显著价值。从两组患者治疗有效率分析可以发现, 使用消化内镜技术检查联合内镜下黏膜切除治疗的患者治疗有效率高于使用白光内镜技术联合外科腹部手术治疗患者。这一结果属于综合性评价, 消化内镜技术具有较高的切除率, 而且对患者机体影响较小, 同时肿瘤切除后更加利于患者康复^[7]。

对比两组患者的手术时间、术中出血量、住院时间、治疗费用, 均是研究组患者治疗效果更好, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因: 消化内镜技术对于消化道癌症发生位置、发生数量、浸润程度有较为清晰的显示, 可辅助医务人员对病灶进行精准切除, 缩短手术时间, 减少术中出血, 同时缩

短患者住院时间, 减少患者医疗费用支出。观察两组患者的术后并发症情况, 研究组患者的并发症发生率为 2.33%, 对照组患者的并发症发生率为 26.66%, 研究组患者治疗后效果更加理想, 进一步说明了消化内镜在早期消化道癌症疾病诊治中的实施价值。相关学者^[8]在报道中纳入 100 例消化道早期癌症患者进行诊治, 诊治过程中 50 例患者使用消化内镜技术, 50 例患者使用白光内镜检查。检查结果显示, 使用消化内镜技术检查的患者病理类型以及影像质量评分优于使用白光内镜检查患者, 而且在诊治过程中患者的出血量以及手术时间均短于使用白光内镜检查患者。这一研究结果与本次部分研究结果高度相似, 且本次研究针对两种诊治方式的并发症发生情况以及治疗有效率情况进行对比, 更进一步证实了消化内镜技术在消化道癌症早期诊治中的实施价值。

综上所述, 消化内镜技术因其操作简单、并发症少、手术切除率高、机体损伤小等特点被广泛应用到临床消化道癌症早期诊治过程中, 可提高患者康复速度, 值得临床应用。

参考文献

- [1] 刘凤青, 张腾. 上消化道早期癌症临床诊治中应用消化内镜技术的效果及手术时间分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(29): 38-39.
- [2] 陈毓岱. 消化内镜技术在消化道早癌临床诊治中的应用价值[J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(32): 196, 4.
- [3] 王珍. 消化内镜技术在消化道早癌中的诊疗价值[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(20): 64-65.
- [4] 李昊宇. 消化道肿瘤诊断中消化内镜新技术应用价值的研究及对比[J]. 实用医技杂志, 2019, 26(11): 1384-1385.
- [5] 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.
- [6] 徐欣怡, 许勤. 简明围术期疲劳评估表的汉化及其在消化道肿瘤术后患者中的应用价值研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(2): 210-214.
- [7] 刘嵩, 杨林, 郭洁, 等. 两种圈套器改良牵引法辅助内镜黏膜下剥离术治疗上消化道早癌和黏膜下肿瘤的临床对比研究[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(10): 54-61.
- [8] 任佳佳, 牛明华. 消化内镜检查在消化道早癌诊治中的临床价值[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(5): 100-102.