

〔文章编号〕 1007-0893(2020)21-0138-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.066

奥林巴斯 H260 电子肠镜对消化道肿瘤的早期诊疗价值

曹加寿 吴叻荣

(泉州市光前医院, 福建 泉州 362321)

〔摘要〕 **目的:** 研究消化道肿瘤的早期诊断与治疗中奥林巴斯 H260 电子肠镜的价值。**方法:** 回顾性选取 2016 年 1 月至 2019 年 1 月泉州市光前医院收治的消化道肿瘤患者 200 例, 依据早期诊断与治疗方法分为传统白光内镜技术组(对照组, $n=100$)、奥林巴斯 H260 电子肠镜结合染色组(观察组, $n=100$) 两组, 统计分析两组患者的影像质量、临床疗效、术后并发症发生情况。**结果:** 观察组患者的形态、腹部包块、毛细血管影像评分均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在总缓解率方面, 观察组为 96.0% (96/100), 显著高于对照组的 76.0% (76/100), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在术后并发症发生率方面, 观察组为 4.0% (4/100), 对照组为 18.0% (18/100), 观察组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 消化道肿瘤的早期诊断与治疗中奥林巴斯 H260 电子肠镜结合染色的价值较传统白光内镜技术高。

〔关键词〕 消化道肿瘤; 奥林巴斯 H260 电子肠镜; 传统白光内镜技术

〔中图分类号〕 R 735 [文献标识码] B

近年来, 消化道肿瘤发病率在人们日益提升的生活水平、不断加快的生活节奏的作用下日益提升, 对人类健康造成了严重的不良影响^[1]。食管癌、肝癌、直肠癌、胃癌、胰腺癌等是常见的消化系统肿瘤, 具有极高的发病率, 临床较难诊断, 极易误诊为胃溃疡、胃炎等, 使最佳治疗时机延误^[2]。要想促进消化道肿瘤患者生存率的提升、死亡率的降低, 关键是早诊断与治疗。现阶段, 在消化道肿瘤的诊断与治疗中, 消化道内镜技术得到了广泛应用, 其具有较小的创口面、较快的术后修复速度等。近年来, 在不断进步的医学技术的作用下, 临床不断更新了消化内镜技术, 促进了消化道肿瘤诊断与治疗率的有效提升^[3]。笔者研究了消化道肿瘤的早期诊断与治疗中奥林巴斯 H260 电子肠镜的价值, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2016 年 1 月至 2019 年 1 月本院收治的消化道肿瘤患者 200 例, 依据早期诊断与治疗方法分为传统白光内镜技术组(对照组, $n=100$)、奥林巴斯 H260 电子肠镜结合染色组(观察组, $n=100$) 两组。对照组患者中男性 52 例, 女性 48 例, 年龄 30~74 岁, 平均 (54.2 ± 9.3) 岁; 病程 7 个月~2 年, 平均 (1.7 ± 0.5) 年。在病理类型方面, 胃癌 56 例, 食管癌 30 例, 肠癌 14 例。观察组患者中男性 54 例, 女性 46 例, 年龄 29~73 岁, 平均 (53.5 ± 9.4) 岁; 病程 6 个月~2 年, 平均 (1.6 ± 0.5) 年。在病理类型方面, 胃癌 58 例, 食管癌 28 例, 肠癌 14 例。两组患者性别、年龄、

病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 精神正常; (2) 均经病理检查确诊为消化道肿瘤; (3) 均具有正常的肝肾功能。

1.2.2 排除标准 (1) 合并恶性肿瘤; (2) 有沟通障碍; (3) 有手术禁忌证。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用传统白光内镜对患者消化道进行检查, 首先让患者口服局麻药物使咽喉部产生麻醉效果, 然后取左侧卧位, 放置牙垫, 经口腔放置内镜, 由食管进入胃、十二指肠以及上 1/2 空肠等。发现可疑病灶后第一时间活检, 确诊为消化道肿瘤后依据患者的具体情况给予其传统手术治疗。

1.3.2 观察组 对患者消化道进行检查, 在此过程中采用奥林巴斯 H260 电子肠镜结合染色技术。将可疑病灶寻找出来, 途径为对其消化道黏膜、血管情况进行仔细观察。染色, 涂片固定, 草酸铵结晶紫染 1 min, 自来水冲洗, 加碘液覆盖涂面染约 1 min。水洗, 用吸水纸吸去水分。加 95% 乙醇数滴, 并轻轻摇动进行脱色, 20 s 后水洗, 吸去水分。蕃红染色液(稀)染 2 min 后, 自来水冲洗, 干燥, 镜检, 活检可疑病灶组织, 可疑病灶, 给予患者消化内镜下手术治疗的指征为病理检查确诊为消化道肿瘤。

1.4 观察指标

(1) 影像质量。包括形态、腹部包块、毛细血管影像,

〔收稿日期〕 2020-08-05

〔作者简介〕 曹加寿, 男, 主治医师, 主要研究方向是胃肠道疾病、肝病及消化内镜。

每项 0~5 分, 表示低~高; (2) 术后并发症发生情况。

1.5 疗效判定标准

完全缓解: 手术后患者完全无肿瘤病灶, 且持续至少 6 个月; 部分缓解: 手术后患者的肿瘤病灶长径缩短至少 30%, 面积缩小至少 30%, 且持续至少 6 个月; 疾病稳定: 手术后患者肿瘤病灶长径、面积均没有显著缩小; 疾病进展: 手术后患者肿瘤病灶长径、面积均增大, 有新病灶出现^[4]。总缓解率=(完全缓解+部分缓解)/总例数×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的影像评分比较

观察组患者的形态、腹部包块、毛细血管影像评分均显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者的影像评分比较 ($n = 100, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	形态影像	腹部包块影像	毛细血管影像
对照组	2.2 ± 0.6	1.7 ± 0.4	2.0 ± 0.3
观察组	4.0 ± 0.8 ^a	4.0 ± 0.7 ^a	3.9 ± 0.9 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者的临床疗效比较

在总缓解率方面, 观察组为 96.0% (96/100), 对照组为 76.0% (76/100), 观察组显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者的临床疗效比较 ($n = 100, n(\%)$)

组别	完全缓解	部分缓解	疾病稳定	疾病进展	总缓解
对照组	36(36.0)	40(40.0)	20(20.0)	4(4.0)	76(76.0)
观察组	62(62.0)	34(34.0)	2(2.0)	2(2.0)	96(96.0) ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者的术后并发症发生情况比较

在术后并发症发生率方面, 观察组为 4.0% (4/100), 对照组为 18.0% (18/100), 观察组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者的术后并发症发生情况比较 ($n = 100, n(\%)$)

组别	感染	出血	总发生
对照组	8(8.0)	10(10.0)	18(18.0)
观察组	2(2.0)	2(2.0)	4(4.0) ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

近年来, 消化道肿瘤发病率在人们不断提升的生活质量、不断改变的饮食结构的作用下日益提升。要想促进患者生存率的提升, 关键是要早期诊断与治疗。由于早期消化道肿瘤

缺乏显著的特征表现, 因此极易漏诊^[5]。传统内镜技术缺乏较高的诊断率。近年来, 在不断发展的医学技术的作用下, 临床不断完善了内镜技术, 应用消化道内镜技术日益广泛。相关医学研究表明, 采用消化道内镜技术结合染色对消化道肿瘤患者进行早期诊断与治疗能够在极大程度上促进诊断准确率的提升, 进而促进患者痊愈率的提升、住院时间的缩短, 感染、出血等并发症发生的减少, 为患者尽可能快地康复提供有利条件^[6]。

本研究表明, 观察组患者的形态、腹部包块、毛细血管影像评分均显著高于对照组, 说明消化道内镜技术能够帮助临床对患者的消化道内影像进行更清晰的观察, 进而对病灶情况进行更准确的掌握, 从而促进疾病诊断与治疗效果的提升。本研究结果还表明, 在总缓解率方面, 观察组为 96.0% (96/100), 对照组为 76.0% (76/100), 观察组显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在术后并发症发生率方面, 观察组为 4.0% (4/100), 对照组为 18.0% (18/100), 观察组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 和上述研究结果一致, 说明消化道内镜技术结合染色能够促进消化道肿瘤患者痊愈率的显著提升, 同时有效减少患者不良反应的发生。发生这一现象的原因为传统内镜技术虽然能够帮助临床对病变的基本情况观察, 但是无法帮助临床对病变的精细情况进行观察。而奥林巴斯 H260 电子肠镜这一消化道内镜技术的基础为传统内镜技术, 有机结合了现代新型科技, 其超声内镜、放大内镜等能够帮助临床对病变位置进行直接观察, 将病灶大小明确下来, 同时还能够将毛细血管、腹部包块等影像清晰显示出来, 从而促进手术成功率的提升、手术时间的缩短。

综上所述, 消化道肿瘤的早期诊断与治疗中奥林巴斯 H260 电子肠镜结合染色的价值较传统白光内镜技术高。

[参考文献]

- (1) 吴维宇, 张军. 蓝激光放大染色内镜在上消化道低级别上皮内瘤变诊断及治疗中的应用 (J). 湖南师范大学学报 (医学版), 2020, 17(3): 43-46.
- (2) 牛乐军, 王巧玲. 磁共振全身弥散加权成像评价消化道恶性肿瘤临床分期研究进展 (J). 临床军医杂志, 2020, 48(6): 737-739.
- (3) 逯越. 放大光学增强内镜下 Sano 分型与普通高清白光内镜在直肠肿瘤性病变/息肉鉴别诊断中的应用 (J). 实用医药杂志, 2020, 37(6): 518-520.
- (4) 李玉琴, 施建平. 自体荧光内镜联合窄带成像技术诊断消化道肿瘤的研究进展 (J). 国际消化病杂志, 2017, 37(1): 38-40.
- (5) 程云凤. 消化内镜对消化道肿瘤的早期诊断治疗价值分析 (J). 医学信息, 2018, 31(z1): 212-213.
- (6) 盛剑秋. 消化道早期癌的内镜治疗 (J). 中华消化杂志, 2015, 35(3): 148-152.