

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0020-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.009

内镜黏膜下剥离术在消化道早期癌治疗中的价值

林英卓 黄文青 梁银莺 余风华

(阳江市人民医院, 广东 阳江 529500)

〔摘要〕 **目的:** 研究内镜黏膜下剥离术(ESD)对消化道早期癌的临床疗效和应用价值。**方法:** 择选阳江市人民医院2019年5月至2020年5月收治的100例消化道早期癌患者, 数字表法随机分为常规组和剥离组, 各50例。常规组行传统黏膜切除术, 剥离组行内镜黏膜下剥离术, 统计分析两组的临床手术情况、治疗效果以及术后并发症等情况。**结果:** 两组患者的临床手术时间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 剥离组患者住院时间短于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。剥离组患者治疗总有效率高于常规组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。常规组复发率为16.0%, 高于剥离组的2.0%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。剥离组与常规组的术后并发症总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论:** 消化道早期癌患者应用内镜黏膜下剥离术治疗, 其住院时间短、复发率低、临床疗效好。

〔关键词〕 消化道早期癌; 内镜黏膜下剥离术; 传统黏膜切除术

〔中图分类号〕 R 735.2 〔文献标识码〕 B

消化道早期癌, 属于消化系统恶性肿瘤临床上比较多见的一类, 它的早期症状不典型, 容易出现误诊、漏诊问题, 而中晚期的治疗预后效果较差, 死亡率较高。因而早期的诊断和治疗对提高患者的临床治愈率以及生存率具有重要的意义和价值^[1-2]。目前, 随着人们体检意识的不断提高以及消化内镜技术的迅速发展, 消化道早期癌的早期发现率也逐渐提升, 而内镜下手术治疗也越来越广泛的被应用到临床中, 并取得了较好的治疗效果^[3]。笔者旨在研究消化道早期癌应用内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗的临床效果, 以期更好地提高消化道早期癌的临床治疗效果, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择选本院2019年5月至2020年5月收治的100例消化道早期癌患者, 数字表法随机分为常规组和剥离组, 各50例。常规组中女21例, 男29例; 年龄28~76岁, 平均(48.4±5.2)岁。剥离组中女22例, 男28例; 年龄29~77岁, 平均(48.9±4.9)岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者均符合早期胃癌的诊断标准: (1)胃部出现灼热感、剧烈疼痛, 且发作次数频繁; (2)出现不明原因贫血症状; (3)纤维胃镜检查结果显示胃黏膜出现癌性病变; (4)胃部病理学检查发现有癌变或癌病倾向的细胞组织^[4]。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)经临床检查等确诊为消化道早期癌(早期胃癌); (2)肿瘤直径均≤3 cm; (3)无消化道手术治疗史; (4)均知情同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1)有手术相关禁忌证; (2)存在其他消化系统炎症或病变; (3)存在严重的心、肾、肺等器官功能损害; (4)不接受手术治疗。

1.3 方法

两组患者术前均常规身体检查以及超声内镜检查, 确认身体状况以及胃部病变情况。

1.3.1 常规组 对患者实施传统黏膜切除术治疗。具体为: 予以患者局部表层麻醉以及静脉全身麻醉, 建立静脉通路, 并予以持续吸氧、体征监测、心电监测等。而后在胃镜辅助下, 染色确定病灶范围位置, 并通过黏膜下注射肾上腺素注射液(肾上腺素与0.9%氯化钠注射液按照1:10000的比例配比)直至充分隆起病灶。行常规内镜下切除手术, 并进行电凝止血及切口缝合。术后予以常规禁水禁食、抗感染、抑酸等对症支持治疗。

1.3.2 剥离组 对患者实施ESD治疗。具体为: 予以患者全身麻醉, 染色确定病灶边界, 并用FLEX刀标记。而后, 于黏膜下注射混合液(0.9%氯化钠注射液+肾上腺素+5%果糖+酰磷脂+10%甘油), 充分抬举病灶, 沿标记部位外缘用FLEX刀环状切开, 对病灶行黏膜下剥离手术, 并对创面暴露血管预防性止血。完整剥离病灶后, 行电凝止血及切口缝合。最后予以术后常规对症治疗。

〔收稿日期〕 2020-12-08

〔基金项目〕 广东省阳江市医疗卫生类科技计划项目资助课题(SF2020042)

〔作者简介〕 林英卓, 男, 副主任医师, 主要研究方向是消化内镜的临床应用。

1.4 观察指标

1.4.1 手术情况 统计和比较两组患者的临床平均手术时间和住院时间。

1.4.2 治疗效果 观察和比较两组患者的临床手术治疗效果, 共分为显效、有效、无效三级, 其中: (1) 显效为手术一次性切除或剥离病灶, 基底部无癌细胞残留, 术后愈合良好, 无复发、无明显并发症; (2) 有效为手术切除或剥离病灶顺利, 基底部无癌细胞残留, 术后愈合较佳, 无复发, 但有轻度并发症; (3) 无效为手术切除或剥离病灶不完全或不成功, 基底部有癌细胞残留, 术后愈合一般或较差, 有复发及明显并发症。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4.3 复发率 手术 6 个月后, 统计两组患者的复发率情况。

1.4.4 并发症 统计两组术后并发症情况, 包括创面感染、术后穿孔、局部残留等。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 两组患者手术时间及住院时间比较

两组患者的临床手术时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 剥离组患者住院时间短于常规组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者手术时间及住院时间比较 ($n = 50, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | 手术时间/min | 住院时间/d |
|-----|-------------|------------------------|
| 常规组 | 74.3 ± 17.5 | 9.2 ± 2.0 |
| 剥离组 | 79.8 ± 9.1 | 6.5 ± 1.3 ^a |

与常规组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗效果比较

剥离组患者治疗总有效率高于常规组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较 ($n = 50, n(\%)$)

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-----|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 常规组 | 25(50.00) | 15(30.00) | 10(20.00) | 40(80.00) |
| 剥离组 | 36(72.00) | 11(22.64) | 3(6.00) | 47(94.00) ^b |

与常规组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患者复发率比较

经过术后 6 个月复查随访统计, 常规组中有 8 例复发, 复发率为 16.0%; 剥离组中有 1 例复发, 复发率为 2.0%; 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 两组患者术后并发症发生率比较

剥离组与常规组的术后并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较 ($n = 50, n(\%)$)

| 组别 | 创面感染 | 术后穿孔 | 局部残留 | 总发生 |
|-----|---------|---------|---------|---------|
| 常规组 | 1(2.00) | 0(0.00) | 1(2.00) | 2(4.00) |
| 剥离组 | 3(6.00) | 1(2.00) | 0(0.00) | 4(8.00) |

3 讨论

根据相关医学研究机构临床统计显示, 近年来消化道早癌患者的发病人数不断增加, 但由于消化内镜等医疗科技的飞速发展, 使得其早期的检出诊断率不断上升, 相应的内镜辅助下手术治疗方法和技术也愈加的完善和成熟。由于内镜下微创手术具有诸多优点(创伤小、恢复快、预后好、费用低等), 使得其越来越被临床医生及患者所认可和应用^[5-6]。

目前, 临床上对消化道早癌的传统治疗方法是采用内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR), 它的临床治疗效果较佳, 且手术时间较短、术后并发症较少。但在适应症方面存在一定的局限性, 多用于直径在 2 cm 以内的病灶, 且无淋巴结转移^[7]。随着内镜技术和器械的改进与发明, EMR 技术也不断改进、创新, ESD 就是在此基础上发展起来的。与传统手术相比, 它的切除病灶直径更大, 组织剥离更完整, 并可进行病检, 确保真正达到组织学上的完整切除。同时, 其术后恢复更快, 术后复发率更低^[8-9]。

本研究表明, 胃部早期癌患者应用 ESD 治疗, 其手术时间、术后并发症虽然略高, 但同传统黏膜切除术患者比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 其住院时间明显少于传统切除术患者, 其术后复发率仅为 2.00%, 且临床总有效率(94.00%)高于传统切除术患者(80.00%), 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

以上表明, ESD 用于消化道早期癌的临床治疗, 其临床效果显著, 能够有效提高手术预后效果, 促进术后恢复, 减少复发。

[参考文献]

- 刘全艳, 程倬, 严明确, 等. ESD 治疗上消化道早期癌的疗效及术后患者生活质量的影响因素分析 (J). 实用癌症杂志, 2020, 35(9): 1493-1496.
- 郑家垚, 许炎钦, 林旭, 等. 430 例上消化道早期癌及癌前病变 ESD 术前活检与术后病理差异性分析 (J). 胃肠病学和肝病学杂志, 2020, 29(9): 1026-1030.
- 靳迎春, 赵金, 周津. 上消化道早期癌癌前病变患者应用内镜下黏膜剥离术治疗的效果观察 (J). 河北医学, 2020, 26(8): 1338-1343.
- 叶任高, 陆再英. 内科学 (M). 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 16.
- 周杨芳. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道早期癌和癌前病变的疗效分析 (J). 中国医刊, 2020, 55(5): 555-558.
- 刘卫华. 内镜下黏膜剥离术与内镜黏膜切除术治疗上消化道早期癌及癌前病变的临床研究 (J). 中国疗养医学, 2019, 28(12): 1301-1303.
- 谭志慧, 李爱娟. 内镜下黏膜剥离术对上消化道早期癌和

- 癌前病变的疗效观察 (J). 现代诊断与治疗, 2019, 30(20): 3592-3593.
- (8) 林素丽. 内镜下黏膜剥离术与内镜黏膜切除术治疗上消化道早期癌及癌前病变研究 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(16): 2056-2057.
- (9) 张维, 袁帅, 石胜利, 等. 内镜黏膜下剥离术在消化道早期癌治疗中的临床价值 (J). 中国现代医药杂志, 2020, 22(7): 44-47.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)03-0022-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.03.010

取卵后 D2/D3 胚胎移植对妊娠结局的影响

徐娇燕 范树明 马文敏

(佛山市妇幼保健院, 广东 佛山 528000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨取卵后第 2 天 (D2) / 第 3 天 (D3) 胚胎移植对妊娠结局的影响。**方法:** 选取佛山市妇幼保健院 2019 年 9 月至 2020 年 9 月需应用体外受精-胚胎移植助孕患者的 400 个取卵周期, 根据胚胎移植时间分为两组, 其中取卵后 D3 胚胎移植 300 个周期作为 A 组, 取卵后 D2 胚胎移植 100 个周期作为 B 组, 观察取卵后 D2/D3 胚胎移植对胚胎发育状况以及妊娠结局的影响。**结果:** 两组的获卵数、可用胚胎数、受精率、卵裂率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组的妊娠率、早期流产率、移位妊娠率比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); A 组的优质胚胎率高于 B 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 取卵后 D2/D3 胚胎移植对妊娠结局无较大影响, 建议根据获卵数等实际情况选择正确的胚胎移植时间。

〔关键词〕 不孕症; 体外受精-胚胎移植; 妊娠结局

〔中图分类号〕 R 714 〔文献标识码〕 B

受到多种因素的影响, 不孕症发生率呈逐年增长模式, 不孕不仅对患者心理健康不利, 更会诱发家庭矛盾, 从而严重影响其生活质量。体外受精-胚胎移植技术对不孕症患者有着较高的应用价值, 进而提升其妊娠成功率。胚胎移植多选择受精后第 2 天 (D2) 与第 3 天 (D3), 囊胚移植需稳定的培养体系, 极易因囊胚或者囊胚质量较差, 而使周期取消率升高^[1]。由于体外培养时间延长对胚胎质量会产生一定影响, 关于 D2、D3 胚胎移植是否可提高妊娠率临床中尚无明确规定^[2]。因此, 本研究就针对取卵后 D2/D3 胚胎移植对妊娠结局所产生的影响进行分析, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 9 月至 2020 年 9 月需应用体外受精-胚胎移植助孕患者的 400 个取卵周期, 均为自体精卵; 符合体外受精-胚胎移植操作指征。根据胚胎移植时间分为两组, 其中取卵后 D3 胚胎移植 300 个周期作为 A 组, 取卵后 D2 胚胎移植 100 个周期作为 B 组; A 组年龄 20 ~ 35 岁, 平均年龄 (29.88 ± 2.59) 岁; 不孕不育时间 2 ~ 7 年, 平均 (5.01 ± 0.44) 年, 不孕不育原因: 男性因素 199 例, 双方因素 38 例, 输卵管问题 33 例, 排卵障碍 30 例; 超排卵药物剂量

(29.56 ± 3.21) 支, 移植当日子宫内膜厚度 (8.65 ± 3.02) mm; B 组年龄 21 ~ 37 岁, 平均年龄 (30.43 ± 2.62) 岁; 不孕不育时间 3 ~ 9 年, 平均 (5.71 ± 0.50) 年, 不孕不育原因: 男性因素 55 例, 双方因素 20 例, 输卵管问题 10 例, 排卵障碍 15 例; 超排卵药物剂量 (29.61 ± 3.33) 支, 移植当日子宫内膜厚度 (8.67 ± 3.07) mm; 两组的一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

所有入选患者, 在前 1 个月经周期黄体中期应用醋酸曲普瑞林 (Ferring AG, 批准文号 H20160237) 降调节方案, 持续皮下注射醋酸曲普瑞林剂量为 $0.1 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 14 d 后, 更改剂量为 $0.05 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$, 通过超声检查与内分泌检查判断达到降调节标准, 促性腺激素 (果纳芬, Merck (Schweiz) AG, 批准文号 S20181008) 剂量为 $75 \text{ IU} \cdot \text{d}^{-1}$, 在晚卵泡期启动, 用药干预第 4 天后, 根据卵泡发育情况可适当调整药物剂量。阴道彩超对卵泡发育情况进行监测, 当有 1 ~ 2 个主导卵泡直径为 20 mm 时, 注射进口人绒毛膜促性腺激素 (Merck Europe B.V., 批准文号 S20130091) 剂量为 $250 \mu\text{g}$ 与国产人绒毛膜促性腺激素 (北京北方生物技术研究所有限公司, 国药准字 S10930045) 剂量为 2000 IU, 注射 36 ~ 72 h 后, 通过阴道超声, 穿刺取卵。取卵当日, 对丈夫取精。

〔收稿日期〕 2020-11-19

〔作者简介〕 徐娇燕, 女, 主管技师, 主要研究方向是辅助生殖技术实验室技术方向。