

意义 ( $P < 0.05$ )。

综上所述, 给予子宫内膜癌患者紫杉醇联合顺铂治疗具有显著效果, 可以提升疾病控制率, 延长生存期。

[参考文献]

(1) 李渊. 地屈孕酮联合宫腔镜电切术对早期子宫内膜癌患者血清 CA125 水平及复发率的影响 (J). 首都食品与医药, 2020, 27(12): 57-58.

(2) 王建六. 子宫内膜癌 (M). 北京: 北京大学医学出版社, 2010.

(3) 张正娥. 甲羟孕酮与地屈孕酮分别联合宫腔镜电切术治疗早期雌激素依赖型子宫内膜癌的临床观察 (J). 中国药房, 2016, 27(21): 2910-2912.

(4) 王安娜, 兰雪玲, 龙再秋. 人附睾蛋白 4、糖类抗原 125、增强 MRI 单独及联合检查对子宫内膜癌深肌层浸润诊断价值研究 (J). 临床军医杂志, 2020, 48(6): 691-694.

(5) 夏彦. 宫内放置左炔诺孕酮联合宫腔镜手术治疗子宫内膜癌患者的临床研究 (J). 首都食品与医药, 2020, 27(12): 38.

[文章编号] 1007-0893(2021)05-0173-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.078

# 超声内镜辅助套扎黏膜切除术对上消化道黏膜下隆起性病变的疗效

罗丹 尹合坤

(江门市中心医院, 广东 江门 529030)

[摘要] **目的:** 比较超声内镜下套扎术治疗与超声内镜辅助套扎黏膜切除术治疗对上消化道黏膜下隆起性病变的临床疗效。**方法:** 选取江门市中心医院 2017 年 2 月至 2019 年 12 月收治的上消化道黏膜下隆起性病变患者 63 例, 依据治疗方法的不同分为两组, 对照组 38 例行超声内镜下套扎术治疗, 观察组 25 例行超声内镜辅助套扎黏膜切除术治疗, 观察两组患者治疗效果。**结果:** 两组患者的病灶一次性完全切除率、术后的并发症发生率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。观察组患者的 1 年病灶复发率比对照组低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 上消化道黏膜下隆起性病变患者采用超声内镜辅助套扎黏膜切除术治疗的效果较超声内镜下套扎术更好。

[关键词] 上消化道黏膜下隆起性病变; 超声内镜辅助套扎黏膜切除术; 超声内镜下套扎术

[中图分类号] R 735 [文献标识码] B

上消化道黏膜下隆起性病变可见于上消化道间质瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤等, 单纯依据患者临床症状、体格检查往往无法确诊, 胃镜检查在该病的诊断中占据着重要的地位, 超声内镜下套扎术同时具备胃镜以及超声双重作用, 可提升上消化道黏膜下隆起病灶鉴别诊断、准确定位<sup>[1-2]</sup>。近些年, 超声内镜下套扎术以及超声内镜辅助套扎黏膜切除术在上消化道黏膜下隆起性病变临床治疗中得到了广泛的应用, 笔者因此对上述两种方法展开了临床对照研究, 旨在为上消化道黏膜下隆起性病变患者手术治疗中术式选择提供参考依据, 结果如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 2 月至 2019 年 2 月收治的 72 例上消

化道黏膜下隆起性病变患者作为研究对象, 依据治疗方法的不同将患者分为对照组与观察组。观察组 25 例, 男 13 例, 女 12 例, 年龄 25 ~ 72 岁, 平均年龄 (43.82 ± 1.52) 岁, 平均病变直径 (1.22 ± 0.11) cm。对照组 38 例, 男 20 例, 女 18 例, 年龄 25 ~ 74 岁, 平均年龄 (43.81 ± 1.58) 岁, 平均病变直径 (1.31 ± 0.13) cm。两组患者的性别、年龄、病变直径等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 参考第 9 版《诊断学》中相关临床诊断标准<sup>[3]</sup>, 患者均经胃镜检查以及病理活检证实为上消化道黏膜下隆起性病变。(2) 患者均知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 排除伴严重心、肝、肾疾病患者。(2) 排除伴出血倾向、出血性疾病患者。(3) 排除合并其他脏器疾病患者。(2) 排除患有严重精神系统疾病或行为

[收稿日期] 2020 - 11 - 20

[作者简介] 罗丹, 女, 副主任医师, 主要研究方向是消化内镜, 消化道疾病诊疗。

异常患者。(3) 排除有酗酒、吸烟以及药物滥用史的患者。

(4) 排除在接受本次治疗前发生严重心脑血管疾病, 对个体造成损害且未恢复的患者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 患者均行超声胃镜下套扎术治疗, 应用胃镜观察并确定病灶位置, 对于直径超过 2 cm 的病灶, 穿刺取样后送检病理, 在排除恶性病灶后, 经胃镜前端与食管静脉曲张套扎器相连, 而后置入消化道内, 通过负压将上消化道黏膜下隆起病灶吸入透明帽内, 然后释放项圈以完成套扎。

1.2.2 观察组 患者均行超声内镜辅助套扎黏膜切除术治疗, 在超声胃镜下确定病灶位置并落实相关染色操作后, 于上消化道黏膜下隆起病灶周围 3 点、4 点位置向黏膜下注射浓度为 0.01 % 的肾上腺素氯化钠注射液, 以使病变组织与肌层分离; 辅助套扎, 应用专用透明帽套将病变组织吸入胃镜前端, 同时吸紧, 通电后应用电凝刀将上消化道黏膜下隆起病灶实施电切, 最后撤出手术器械, 缝合手术创口。

### 1.3 观察指标

比较两组患者病灶一次性完全切除率以及 1 年病灶复发率。若患者术后超声胃镜检查未发现病变, 则表示一次性病灶完全切除; 术后 12 个月对患者进行复诊, 在超声胃镜下检查有无上消化道黏膜下隆起性病变病灶, 若有则判断为复发。比较两组患者的术后并发症发生率。

### 1.4 统计学处理

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  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的病灶一次性完全切除率以及 1 年病灶复发率比较

两组患者的病灶一次性完全切除率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。观察组患者的 1 年病灶复发率比对照组低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者的病灶一次性完全切除率以及 1 年病灶复发率比较 (n (%))

组别	n	病灶一次性完全切除	1 年病灶复发
对照组	38	37( 97.37)	9(23.68)
观察组	25	25(100.00)	1( 4.00) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.3 两组患者术后的并发症发生率比较

两组患者术后的并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者术后的并发症发生率比较 (n (%))

组别	n	创口感染	穿孔	残端出血	总发生
对照组	38	1(2.64)	1(2.63)	3(7.89)	5(13.15)
观察组	25	0(0.00)	0(0.00)	1(4.00)	1( 4.00)

## 3 讨论

上消化道黏膜下隆起性病变可见于多种消化系统疾病, 因上消化道黏膜正常组织多覆盖于病灶表面, 其临床诊断存在较大难度, 医师难以结合患者临床症状、体格检查结果以及消化内镜进行确诊, 目前临床主要结合患者消化内镜检查结果以及病理检验结果进行确诊, 该病变临床治疗主要采取手术治疗。超声胃镜下套扎术是一种超声技术与内窥镜技术联合诊疗的一种方式, 将超声微型探头置于胃镜前, 借此观察病灶组织内部形态改变, 超声胃镜下套扎术有利于医师从微观组织学角度出发, 观察到上消化道黏膜下隆起性病变术中微小病变, 从而提升手术操作的准确性<sup>[4]</sup>。超声胃镜下套扎术治疗与超声内镜辅助套扎黏膜切除术相比尽管在超声胃镜下可精准定位病灶, 但是在上消化道上皮张力的作用下, 上消化道黏膜下隆起性病变通过阻断病灶血流供应, 促使病灶缺血坏死凋亡, 易造成残端渗血、局部感染<sup>[5]</sup>。超声内镜辅助套扎黏膜切除术在切除隆起性病灶前先用透明帽套将病灶固定, 可避免上消化道黏膜下隆起性病灶在切除的过程中发生移位, 从而彻底将灶切除, 避免病灶残留, 进而降低上消化道黏膜下隆起性病变术后复发率<sup>[6]</sup>。本研究结果显示, 两组患者的病灶一次性完全切除率、术后的并发症发生率比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。观察组患者的 1 年病灶复发率比对照组低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 印证了上述观点。

综上所述, 上消化道黏膜下隆起性病变患者采用超声内镜辅助套扎黏膜切除术治疗的效果较超声胃镜下套扎术更好。

### [参考文献]

- (1) 张岩, 马师洋, 鲁晓岚, 等. 超声内镜辅助下套扎治疗上消化道黏膜下肿瘤的临床研究 (J). 临床荟萃, 2016, 31(10): 1096-1099.
- (2) 刘艳萍, 陈宏辉, 李国庆, 等. 超声内镜及内镜微创治疗上消化道黏膜下肿瘤应用研究 (J). 现代医药卫生, 2015, 8(11): 1602-1605, 1608
- (3) 万学红, 卢雪峰. 诊断学 (M). 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- (4) 许新芳, 毛伯能, 吴凌东, 等. 超声内镜诊断上消化道黏膜下病变临床价值分析 (J). 北华大学学报, 2018, 19(1): 73-76.
- (5) 赵欢, 姚萍. 内窥镜超声对上消化道黏膜下隆起病变的诊断价值 (J). 中国超声医学杂志, 2019, 35(1): 25-28.
- (6) 吴爱荣, 李锐, 史冬涛, 等. 超声内镜对上消化道黏膜下肿瘤的诊断价值 (J). 中华胃肠外科杂志, 2015, 18(11): 1136-1138.