

· 经验交流 ·

# 内镜黏膜下剥离术与外科手术治疗老年胃癌早癌的比较

李文金<sup>1\*</sup>, 余世界<sup>2</sup>, 张先俊<sup>3</sup>

(<sup>1</sup> 湖北省第三人民医院阳逻院区消化内科, 武汉 430415; <sup>2</sup> 武汉大学人民医院消化内科, 武汉 430060; <sup>3</sup> 潜江市中心医院消化内科, 潜江 433199)

【关键词】 老年人; 胃癌; 内镜黏膜下剥离术  
【中图分类号】 R592; R544.1      【文献标志码】 B      【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2020.05.088

胃癌是一种源自胃黏膜上皮的恶性肿瘤, 发病率位于我国恶性肿瘤的首位。胃癌多见于 50 岁以上人群, 男性发病率是女性的 2 倍<sup>[1]</sup>。但随着人们饮食习惯的改变以及社会生活节奏的加快, 胃癌发病逐步呈现年轻化趋势。早诊断早治疗一直是胃癌防治的核心内容。内镜黏膜下剥离术 (endoscopic submucosal dissection, ESD) 是内镜下黏膜切除术的衍生术式, 具有明显的微创特征, 患者术中损伤小, 病灶清除率高, 术后恢复快。但有研究认为<sup>[2]</sup>, ESD 操作难度较高, 手术风险更大, 其临床价值有限。本研究旨在探讨 ESD 与传统外科手术在老年早期胃癌治疗中的实际价值。

## 1 临床资料

回顾性分析 2014 年 3 月至 2016 年 1 月期间潜江市中心医院消化内科收治的老年早期胃癌患者 140 例的临床资料。早期胃癌的诊断参考《中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见》中的标准<sup>[3]</sup>。入选标准: (1) ≥60 岁; (2) 经内镜下病理活检证实病情为分化型黏膜内癌、胃黏膜高级别上皮瘤变、未分化型胃黏膜内癌 (病灶 <2 cm、不合并溃疡) 或分化型浅层胃黏膜下癌 (病灶 <3 cm); (3) 在我院接受手术治疗, 且随访资料完整。排除标准: (1) 凝血功能障碍; (2) 肝肾功能疾病; (3) 已经发生远处转移; (4) 伴有其他部位肿瘤; (5) 病灶已经侵犯固有肌层; (6) 资料不全。140 例患者中, 78 例采用 ESD 治疗 (ESD 组), 62 例患者采用外科手术 (非 ESD 组)。ESD 组患者给予气管插管并全身麻醉, 置入内镜后观察并于病灶外 0.5 mm 处进行环形标记, 随后给予病灶黏膜下注射, 分离黏膜及肌层, 选用针形切开刀将黏膜切开, 并沿黏膜下层间隙进行剥离, 术后对创面进行电凝止血, 切除样本送往实验室检测, 留置引流并嘱患者术后禁食 2 d。非 ESD 组患者于全身麻醉条件下进行外科手术, 手术方案根据患者病灶及机体耐受情况而定, 包括全胃切除术、根治性近端/远端胃大部切除术等, 将切除病灶送往实验室检测, 术后嘱患者禁食 2~3 d, 严密监测患者生命体征, 并注意患者引流及感染情况。对比 2 组患者切除肿瘤病灶的直径和分化程度、住院时间、住院费用、术后并发症及复发情况。对比 2 组患者术后 3 个月的生存质量核心问卷 (quality

of life questionnaire-core 30, QLQ-C30) 评分, 主要包括躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能及总体状况评分, 每个维度满分均为 100 分, 评分越高表示患者的生存质量越好。采取电话、家访等形式对患者开展随访, 随访时间为 3 年, 1 次/月, 每 3 个月同患者面谈 1 次, 了解患者术后情况, 叮嘱患者及时返院复诊, 对病情变化、并发症发生情况进行详细记录。采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用 *t* 检验。计数资料以例数 (百分率) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 组患者的年龄、性别、病变部位比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05; 表 1), 具有可比性。2 组患者的切除肿瘤病灶直径和切除肿瘤分化程度间差异无统计学意义 (*P* > 0.05); ESD 组的手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用均显著低于非 ESD 组 (*P* < 0.05; 表 2)。ESD 组发生迟发性术后出血 2 例, 胃穿孔 1 例, 共计 3 例术后并发症, 发生率为 3.85% (3/78)。非 ESD 组发生迟发性术后出血 1 例, 胃穿孔 1 例, 切口感染 7 例, 共计 9 例术后并发症, 发生率为 14.52% (9/62)。可见, ESD 组患者的术后并发症发生率显著低于非 ESD 组患者 ( $\chi^2 = 5.018, P < 0.05$ )。术后 3 个月, ESD 组患者的躯体功能、角色功能、情绪功能、总体状况评分均显著高于非 ESD 组患者 (*P* < 0.05; 表 3)。术后 3 年, ESD 组患者复发 2 例, 复发率 2.56% (2/78); 非 ESD 组患者复发 1 例, 复发率 1.61% (1/62)。可见 2 组患者术后 3 年复发率差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

表 1 基线资料比较

| Table 1 Comparison of baseline data between two groups |                               |                                   |                |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Item                                                   | ESD group<br>( <i>n</i> = 78) | Non-ESD group<br>( <i>n</i> = 62) | <i>P</i> value |
| Gender (male/female, <i>n</i> )                        | 36/42                         | 26/36                             | 0.618          |
| Age (years, $\bar{x} \pm s$ )                          | 71.1 ± 8.2                    | 70.7 ± 7.0                        | 0.760          |
| Lesion [ <i>n</i> (%)]                                 |                               |                                   | 0.352          |
| Upper stomach                                          | 22 (28.21)                    | 18 (29.03)                        |                |
| Middle stomach                                         | 7 (8.97)                      | 2 (3.23)                          |                |
| Lower stomach                                          | 49 (62.82)                    | 44 (70.97)                        |                |

ESD: endoscopic submucosal dissection.

表 2 2 组患者围术期情况比较

Table 2 Comparison of perioperative conditions between two groups

| Group               | <i>n</i> | Tumor diameter<br>( cm, $\bar{x}\pm s$ ) | High differentiation<br>[ <i>n</i> ( % ) ] | Hospitalization expenses<br>( yuan, $\bar{x}\pm s$ ) | Operation time<br>( min, $\bar{x}\pm s$ ) | Surgical bleeding<br>volume(ml, $\bar{x}\pm s$ ) | Hospital stay<br>( d, $\bar{x}\pm s$ ) |
|---------------------|----------|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ESD                 | 78       | 1.96±0.44                                | 62(79.49)                                  | 15842.6±1098.5                                       | 98.3±14.2                                 | 28.1±8.3                                         | 7.4±1.7                                |
| Non-ESD             | 62       | 2.04±0.42                                | 55(88.71)                                  | 19843.7±2261.3                                       | 121.1±23.0                                | 78.0±25.0                                        | 10.2±2.4                               |
| <i>t</i> / $\chi^2$ |          | -1.090                                   | 2.140                                      | -13.730                                              | -5.964                                    | -13.395                                          | -8.070                                 |
| <i>P</i> value      |          | 0.278                                    | 0.144                                      | <0.001                                               | <0.001                                    | <0.001                                           | <0.001                                 |

ESD: endoscopic submucosal dissection.

表 3 2 组患者的 QLQ-C30 评分对比

Table 3 Comparison of QLQ-C30 score between two groups

( $\bar{x}\pm s$ )

| Group          | <i>n</i> | Physical function | Role function | Emotional function | Cognitive function | Overall condition |
|----------------|----------|-------------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| ESD            | 78       | 94.2±4.0          | 92.6±6.5      | 91.3±6.0           | 93.2±5.0           | 84.6±8.1          |
| Non-ESD        | 62       | 88.1±6.8          | 88.8±8.2      | 87.0±7.8           | 91.8±6.4           | 79.0±7.7          |
| <i>t</i>       |          | 6.616             | 3.059         | 3.687              | 1.453              | 4.153             |
| <i>P</i> value |          | <0.001            | 0.003         | <0.001             | 0.148              | <0.001            |

QLQ-C30: quality of life questionnaire-core 30; ESD: endoscopic submucosal dissection.

2 讨 论

相较传统外科手术,ESD 具有微创、恢复快、并发症少等优势。本研究结果表明,2 组患者的切除肿瘤病灶直径和切除肿瘤分化程度间差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),但 ESD 组的手术时间、术中出血量、住院时间、住院费用均显著低于非 ESD 组 ( $P<0.05$ ),且 2 组患者术后 3 年复发率差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),这与 Kinami 等<sup>[4]</sup>研究结果一致。

世界卫生组织指出,人体健康与社会、生理以及心理 3 个方面的状态有关<sup>[5]</sup>。这表明术后生理、心理健康均对患者日常生活具有重要影响。长期的不良心理状态将损伤脑-胃轴生理功能,影响患者神经、内分泌以及肠道功能。本研究结果表明,术后 3 个月,ESD 组患者的躯体功能、角色功能、情绪功能、总体状况评分均显著高于非 ESD 组患者 ( $P<0.05$ ),表明 ESD 可在一定程度上提升患者的术后生存质量、改善患者的心理状态。ESD 对患者造成的创伤较小,可有效减轻术后疼痛、降低患者痛苦,加速康复,减少患者的术后负面情绪,从而改善患者心理、生理功能。但 2 组患者术后的认知功能评分差异不具有统计学意义,这可能与两种术式均未直接影响患者中枢神经系统功能有关,也可能与样本量较小有关。

需要注意的是,虽然 ESD 在老年早期胃癌的治疗中具有较高价值,但其技术难度较高,不但要求内镜医师详细掌握病变组织解剖结构,同时还要求其具有熟练的操作技巧。此外,病灶部位、大小以及深度也会对手术过程产生不同的影响,这要求内镜医师积极提高自身专业水平,确保 ESD 疗效。

综上所述,ESD 具有创伤小、术后恢复快、术后患者生存质量更好等优势,值得临床推广。

【参考文献】

[1] 赖跃兴,徐萍,徐凯,等.胃镜精查提高早期胃癌检出率的研究[J].胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(1):29-33. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5709.2019.01.007.  
Lai YX, Xu P, Xu K, *et al.* Study on improving the detection rate of early gastric cancer by magnifying endoscopy [J]. Chin J Gastroenterol Hepatol, 2019, 28(1): 29-33. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5709.2019.01.007.

[2] 陈庆法,徐燕,薛方喜,等.年龄因素对行内镜黏膜下剥离术治疗早期单一病灶胃癌患者围术期临床指标和肿瘤切除效果及并发症的影响[J].中国内镜杂志,2017,23(2):53-57. DOI: 10.3969/j.issn.1007-1989.2017.02.013.  
Chen QF, Xu Y, Xue FX, *et al.* Influence of age on perioperative clinical parameters, tumor resection effects and complications of patients with early stage gastric cancer for single lesion treated by ESD[J]. China J Endoscopy, 2017, 23(2): 53-57. DOI: 10.3969/j.issn.1007-1989.2017.02.013.

[3] 叶春荣,付肖岩.内镜黏膜下剥离术与腹腔镜手术治疗早期胃癌的临床疗效比较研究[J].临床消化病杂志,2017,29(1):11-13. DOI: 10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2017.01.04.  
Ye CR, Fu XY. The clinical efficacy comparison of the endoscopic submucosal dissection surgery comparing with the laparoscopic surgery in the treatment of early gastric cancer[J]. Chin J Clin Gastroenterol, 2017, 29(1): 11-13. DOI: 10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2017.01.04.

[4] Kinami S, Nakamura N, Tomita Y, *et al.* Precision surgical approach with lymph-node dissection in early gastric cancer[J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(14): 1640-1652. DOI: 10.3748/wjg.v25.i14.1640.

[5] Seo HS, Lee GE, Kang MG, *et al.* Mixed histology is a risk factor for lymph node metastasis in early gastric cancer[J]. J Surg Res, 2019, 236: 271-277. DOI: 10.1016/j.jss.2018.11.055.

(编辑:吕青远)