

Gastrosocopy in the Diagnosis and Treatment of Early Gastric Carcinoma

Chaoqun Du¹, Wenzhao Yuan^{1*}, Liwei Zhang², Li Yuan², Mingwei Zhao¹, Shunping Wang², Wei Jia¹, Yudi Yuan¹

¹Department of Gastroenterology, The Central Hospital of Inner Mongolia Erdos, Erdos Inner Mongolia

²Department of Endoscopy, The Fourth Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang Hebei

Email: *duduwang.good@163.com

Received: Jun. 11th, 2018; accepted: Jun. 28th, 2018; published: Jul. 4th, 2018

Abstract

Objective: To investigate the effect of gastroscope diagnosis and the feasibility of endoscopic mucosal resection in the treatment of early gastric carcinoma. **Methods:** To review 32 cases in our hospital and the Fourth Hospital of Hebei Medical University diagnosed as early gastric carcinoma by endoscopy, to collect and analyze each index related and follow-up data of the endoscopic diagnosis and treatment. **Results:** The gastroscope examination confirmed the diagnosis of 32 cases of early gastric cancer. Endoscopic morphology: 14 cases were uplift type; 9 cases were superficial lesions; 9 cases were depressed lesion type, with the diameter ranged from 4 mm to 20 mm. The endoscopic mucosal resection under general anesthesia in all cases was successful. There is no perforation or hemorrhage found during and after operation. The follow-up results: No recurrence of cancer was found in 2 years postoperative. **Conclusions:** Electronic gastroscope in the screening and diagnosis of early gastric cancer has a high sensitivity; at the same time, the application of endoscopic submucosal resection of early gastric cancer is feasible.

Keywords

Early Gastric Carcinoma, Endoscopy, Endoscopic Mucosal Resection

早期胃癌的内镜下诊断和治疗

都超群¹, 袁文照^{1*}, 张立玮², 袁丽², 赵明巍¹, 王顺平², 贾伟¹, 袁宇迪¹

¹内蒙古自治区鄂尔多斯市中心医院康巴什部消化科, 内蒙古 鄂尔多

²河北医科大学第四医院消化内镜中心, 河北 石家庄

Email: *duduwang.good@163.com

收稿日期: 2018年6月11日; 录用日期: 2018年6月28日; 发布日期: 2018年7月4日

*通讯作者。

文章引用: 都超群, 袁文照, 张立玮, 袁丽, 赵明巍, 王顺平, 贾伟, 袁宇迪. 早期胃癌的内镜下诊断和治疗[J]. 世界肿瘤研究, 2018, 8(3): 95-99. DOI: 10.12677/wjcr.2018.83015

摘要

目的: 探讨早期胃癌的内镜下诊断及治疗的可行性。**方法:** 回顾性分析我院和河北医科大学第四医院住院并接受内镜检查确诊的早期胃癌患者32例, 收集、分析其内镜下诊疗相关的各项指标和随访资料。**结果:** 内镜检查确诊早期胃癌32例, 镜下大体形态: 隆起型14例, 表浅型9例, 凹陷型9例。病灶直径4 mm至20 mm。所有病例均顺利于全麻下行内镜下黏膜切除术, 术中、术后未出现穿孔、严重出血等情况; 术后随访结果: 32例患者2年内均未出现癌肿复发。**结论:** 电子胃镜在早期胃癌的筛查和鉴别诊断中, 具有较高的敏感性; 同时, 应用内镜下黏膜下切除术治疗早期胃癌, 癌肿复发率低, 手术方案可行。

关键词

早期胃癌, 内镜, 内镜下黏膜切除术

Copyright © 2018 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃癌是我国发病率最高的肿瘤疾病之一, 具有较高的死亡率[1]。胃癌死亡率居高不下的一项重要原因是早期胃癌的检出率较低。患者就诊时, 多为进展期胃癌, 即使进行手术切除, 也很难达到根治的目的。传统的胃癌治疗方式多是首选手术切除病灶, 大范围的病灶切除对患者创伤较大, 大大减低了患者术后的生活质量[2]。随着胃镜诊疗技术的发展, 早期胃癌的检出率有所增加, 从而降低了胃癌的整体死亡率, 临床的诸多医师也开始尝试采用胃镜下局部癌肿切除的方法来治疗早期胃癌, 取得了较好的手术效果。本试验旨在通过回顾性分析我院和河北医科大学第四医院住院并接受内镜检查确诊的早期胃癌患者 32 例, 收集、分析其内镜下诊疗相关的各项指标和术后随访资料, 来总结内镜下早期胃癌诊疗经验, 综合探讨早期胃癌的内镜下诊断效果及镜下早期胃癌切除手术的可行性。

2. 资料与方法

2.1. 临床资料

回顾性分析我院和河北医科大学第四医院住院并接受内镜检查确诊的早期胃癌患者 32 例, 男性患者 19 例, 女性患者 13 例, 年龄自 36 岁至 72 岁不等, 平均 58.4 岁。所有病例均为未合并溃疡的非弥散性早期胃癌, 其中隆起型病变直径均小于 2 cm, 凹陷型病变直径小于 1 cm, 排除中晚期癌及凝血功能异常或正在口服阿司匹林、华法林等影响凝血功能的药物。

2.2. 试验方法

2.2.1. 早期胃癌的镜下诊断

患者检查前需完善血细胞分析和传染病检查, 禁食、水 12 h, 检查前 10 分钟口服达克罗宁胶浆。检查时, 患者取左侧卧位, 经口插入胃镜, 胃镜过贲门后经胃底后壁入胃, 随内镜依次检查胃小弯、胃角、幽门前庭、幽门口。胃镜头部进入十二指肠后开始缓慢退镜, 在上部胃体水平, 要反复插入检查胃底和胃体。胃镜观察过程中应边走边镜边观察胃黏膜正常与否。发现可疑病变部位后, 应对病变的部位、形态、

大小、范围、边界和可能的深度进行全面的描述、判断和记录，并运用内镜下超声探头探测记录病变的范围和深度以及胃周淋巴结的肿大情况。于内镜下对可疑病变部位取材 3 至 5 块活组织送病理检查(扁平病灶在病灶的边缘及中间取材，隆起病灶在病灶的顶部及糜烂部位取材)。

2.2.2. 早期胃癌的镜下切除

术前术者准备术中辅助用物：高频电切发生器、局部注射针、圈套器透明帽 肾上腺素液、生理盐水、美蓝，患者术前准备同上，取全身麻醉。术中根据情况选择粘膜下切除方法。先用美蓝染色病灶确定病变部位和范围后，用圈套器头端在病灶周边离病灶 5 mm，全周多点以凝固电流电灼成白色作为标记。分别在病变远端、近端及两侧粘膜下注射高渗肾上腺素盐水，待整个病灶明显隆起时停止注射，负压吸引同时收紧圈套器，沿标记线电切切除病灶。对于不能用圈套器套扎切除的病例，退出胃镜，在镜头前端套置带槽透明帽，对病灶试吸。送入圈套器金属部，置于透明帽槽内。吸引、吸入病灶，收紧套圈，然后电切。切除后如见仍有标志点的残留，应再注射，追加切除。若只残留很少边缘，可用电流灼烧。观察切除病灶创面是否平整有无出血及病灶残留，切除标本常规送病理检查。

2.2.3. 术后处理

治疗患者术后 3 天内常规给予禁食、抑酸、营养支持治疗，观察患者术后穿孔、出血、腹部不适的发生情况。记录术中切除标本病理结果，并与术前胃镜下活检病理类型及胃镜下超声所示癌肿浸润深度进行对比。

2.2.4. 术后随访

嘱患者于术后 3 月、6 月、12 月、48 月按时返院复查。重点复查肿瘤相关标志物、电子胃镜、腹部 CT 等。胃镜检查时，于镜下手术区域活组织送病理检查，以监测癌肿的局部复发情况。此外，询问并记录患者术后有无消化不良、腹部不适等并发症的发生情况。

2.3. 统计学方法

应用 Spss15.0 软件进行统计学分析，本实验所用定量数据采用中位数+标准差($x \pm s$)来表示。

3. 结果

32 例胃镜检查确诊的早期胃癌中，胃镜下大体形态:隆起型 14 例，表浅病变型 9 例，凹陷性病变型 9 例。镜下超声提示:所有病例均未见有周围淋巴结肿大，黏膜内早期胃癌 19 例，粘膜下早期胃癌 13 例，癌肿直径 4 mm 至 20 mm，平均为(8.8 ± 6.4) mm。所有病例均顺利于全麻下行内镜下癌肿切除术，手术时间 10 min~46.8 min，平均为(32.8 ± 10.8) min，术中、术后未出现穿孔、严重出血等情况；术后 2 年随访结果:32 例患者均未发现癌肿复发。

4. 结论

胃癌占我国恶性肿瘤中发病率的 17.2%，是威胁我国人民身体健康的重要疾病[3]。早期胃癌是指癌细胞局限于粘膜或粘膜下层，尚未侵及固有层的胃癌早期阶段。早期胃癌常没有特异的症状，甚至是毫无症状，随着疾病的发展，癌肿影响胃的功能时，才出现较明显的症状，这些症状常常与胃炎、溃疡等胃慢性疾病相似，有时往往直至出现明显的梗阻、肿块或癌肿转移时才被诊断和发现[4]。早期胃癌治愈率较高，只要切除干净，即可达到较好的手术效果，预后良好。而进展期胃癌即使施行手术切除也很难达到根治的目的，预后较差。因此胃癌的早期诊断和治疗是提高胃癌治疗效果的一项重要措施[5]。

根据胃癌的生理学特性和大体分型，可将其归为隆起型、凹陷型和平坦型 3 类[6]。早期无明显症状

的胃癌的发现和诊断依靠于上消化道造影、CT、胃镜等常用的胃部检查项目。上消化道造影主要诊断依据是病变处的造影充盈缺损,CT的主要诊断依据也主要是病灶处胃壁的增厚及形态变化,而胃癌的早期,病灶处形态变化尚不突出,大体的影像学检查项目诊断率偏低[7]。相对而言,胃镜检查更能直观地发现胃黏膜的微小变化,在胃癌的早期诊断中更有优势。本论文所统计的32例经病理证实的早期胃癌患者均为胃镜发现病例。通过胃镜下染色技术可以明确病变范围,胃镜下超声技术可以显示胃壁各层的结构,还可了解胃与邻近脏器的病变,半段胃癌的浸润深度、侵犯周围脏器情况,估计淋巴结的转移范围,对临床判断分析估计手术切除具有重要的参考意义。超声胃镜判断在鉴别早期胃癌与进展期胃癌方面的准确度可达到70%至80% [8]。活组织检查是确定胃癌的重要手段,选择取材部位是获得阳性结果的关键。凹陷性病变应于凹陷边缘的内侧以及凹陷的基底取材;表浅凹陷病变主要在基底处取材,深凹陷病变主要应在内缘钳取活检材料;隆起型病变应在顶部与基底部取材。病灶处的第一块取材极为重要,首块取材应对准只要有的病变部位,将病灶调整在视野的中央,活检钳与病灶切面呈直角,物镜与病变距离以3至5 cm为宜,取材数目以3至5块为宜,应分散于病灶各处,凹陷性病变应在四周分别取材。

外科手术治疗是治疗胃癌的重要手段,也是目前能治愈胃癌的唯一方法。长期以来,由于胃癌患者的病期较晚,国内胃癌根治术后的5年生存率一直保持在30%左右。近十年来,由于治疗技术的进步和随着人们胃癌早期诊断的重视。胃癌的整体5年生存率有所上升。近年来胃癌治疗的进展主要体现在胃镜下粘膜切除、腹腔镜微创手术等内镜技术的发展上。传统手术方式多是采用大范围的病灶切除,对患者创伤较大,患者术后生活治疗也受到不同程度的影响。随着诊断技术的进步,早期胃癌的诊断比例有较大提高,内镜下粘膜切除术作为早期胃癌治疗的术式之一,技术上已日臻成熟。一般认为此种切除术的适应症为直径不超过2 cm的粘膜内癌。该技术首先将内镜注射针经胃镜活检孔插入胃内到达病变边缘,向粘膜下注射含有肾上腺素的生理盐水,使的局部病变隆起,便于圈套,同时也可将病变组织与粘膜下肌层隔离开来,保护肌层不受电凝损伤及防止出血是手术的重点。切除标本必须经病理检查确定切除边缘无癌细胞,由于80%的局部复发均是由于局部切除不完全引起,因此手术应严格规范执行,术后2年未复发者可列为治愈。本实验中,32例患者经过2年随访,均未发现复发,手术效果良好。尽管内镜下粘膜切除术在临床上兼顾了微创和患者的术后生活治疗,但在实际临床应用中尚存在一些问题,例如如何在术前准确地判断肿瘤分期以及如何确保内镜下的切除完全性。此外,这种术式的远期预后还缺乏大量的随访资料来证实。

电子胃镜作为胃癌早期诊断以及微创治疗一项重要措施,具有十分广阔的应用前景,随着胃镜下染色技术、超声技术及放大技术的发展和普及,必然会使胃癌的早期诊断率不断上升,同时,内镜下粘膜切除术术式也会更加规范可行。

参考文献

- [1] 王琼, 史维. 色素放大内镜在消化道疾病检查中的应用进展[J]. 四川医学, 2007, 28(1): 27-31.
- [2] 沈奕, 钟捷, 范荣. FICE 技术应用于胃肠道病变的诊断[J]. 国际消化病杂志, 2009, 29(5): 305-309.
- [3] 李晨, 吴云林. 共聚焦激光显微内镜对上消化道疾病的诊断价值[J]. 医学综述, 2010, 16(24): 3815-3819.
- [4] 戈之争, 姜智敏, 萧树东. 自体荧光内镜对消化道肿瘤的诊断价值[J]. 胃肠病学, 2010, 15(5): 267-270.
- [5] 陈颖, 陈丽娜, 俞丽芬, 等. 早期胃癌自体固有荧光光谱特征分析[J]. 上海交通大学学报, 2007, 27(5): 563-567.
- [6] Cho, K.B., Jeon, W.J. and Kim, J.J. (2015) Worldwide Experiences of Endoscopic Submucosal Dissection: Not Just Eastern Acrobatics. *World Journal of Gastroenterology*, 17, 2611-2617. <https://doi.org/10.3748/wjg.v17.i21.2611>
- [7] Chun, H.J., Keum, B., Kim, J.H., et al. (2013) Current Status of Endoscopic Submucosal Dissection for the Management of Early Gastric Cancer: A Korean Perspective. *World Journal of Gastroenterology*, 17, 2592-2596.

<https://doi.org/10.3748/wjg.v17.i21.2592>

- [8] Japanese Gastric Cancer Association. (2012) Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2010 (ver. 3). *Gastric Cancer*, 14, 113-123.

Hans 汉斯

知网检索的两种方式：

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择：[ISSN]，输入期刊 ISSN：2164-9049，即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入，输入文章标题，即可查询

投稿请点击：<http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱：wjcr@hanspub.org