

心力衰竭时的不利变化,且与心力衰竭的严重程度呈正相关,已经成为心力衰竭诊断、病情监测及预后的重要检测指标<sup>[12]</sup>。本研究中,两组患者治疗后血浆 BNP 水平均有不同程度下降,且心脉隆注射液联合辛伐他汀组下降程度更明显,结果表明该心脉隆注射液可以在一定程度上降低 BNP 水平,从而改善水钠潴留等临床症状,改善心功能,但其具体作用机制还有待进一步研究。

综上所述,心脉隆注射液联合辛伐他汀治疗 CHF 疗效可靠,能够明显改善心功能,降低血浆 BNP 水平,且不良反应轻微,临床上值得进一步研究。

参考文献

[1] Tepliakov AT, Berezikova EN, Shilov SN, et al. Assessment of the role of matrix metalloproteinase-3 gene polymorphism in the development of chronic heart failure[J]. *Terapevticheskii Arkhiv*, 2015, 87(4): 8-12.

[2] 袁方,郭丽.慢性心力衰竭患者应用辛伐他汀对心功能及血浆 C-反应蛋白和 B 型脑利钠肽的影响[J]. *中国全科医学*, 2011, 14(23): 2623-2624.

[3] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2007, 35(12): 1076-1095.

[4] 谢进,李欣,胡钢,等.卡维地洛联合缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床效果及安全性[J]. *中国老年学杂志*, 2012, 32(7): 1352-1353.

[5] Xie J, Chen Y, Li L, et al. H2 relaxin expression and its

effect on clinical outcomes in patients with chronic heart failure[J]. *Int Clin Exper Med*, 2015, 8(3): 4420-4424.

[6] 吴小琳.瑞舒伐他汀对慢性心力衰竭患者血清 hs-CRP 及心功能分级的影响[J]. *山东医药*, 2013, 53(33): 45-46.

[7] Bauersachs J, Galuppo P, Fraccarollo D, et al. Improvement of left ventricular remodeling and function by hydroxymethylglutaryl coenzyme a reductase inhibition with cerivastatin in rats with heart failure after myocardial infarction[J]. *Circulation*, 2001, 104(9): 982-985.

[8] 张海燕.心脉隆注射液治疗慢性心力衰竭 59 例临床观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2015, 13(2): 218-220.

[9] 杨静,陈光辉,蒋博,等.心脉隆注射液治疗 110 例老年慢性心力衰竭患者的疗效观察[J]. *中国医药导报*, 2012, 9(14): 93-94.

[10] Khand AU, Chew PG, Douglas H, et al. The effect of carvedilol on B-type natriuretic peptide and cardiac function in patients with heart failure and persistent atrial fibrillation[J]. *Cardiology*, 2015, 130(3): 153-158.

[11] 章小军.血浆 BNP 检测对心力衰竭患者心功能分级评价中的作用[J]. *中国实验诊断学*, 2012, 16(3): 472-474.

[12] 唐世凡,王朝晖,朱秀华,等. B 型钠尿肽与慢性心力衰竭患者临床预后的关系研究[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2012, 14(4): 343-346.

(收稿日期:2015-07-25 修回日期:2015-10-15)

• 临床探讨 •

# 内镜下黏膜分片切除术对早期食管癌及癌前病变患者的疗效

马用江(河南省鹤壁市人民医院消化内科 458030)

**【摘要】** 目的 探讨内镜下黏膜分片切除术(EMRS)治疗早期食管癌及癌前病变患者的临床治疗效果及安全性。**方法** 选取 2012 年 1 月至 2013 年 10 月该院收治的患有早期食管癌及癌前病变的患者 63 例,通过 EMRS 对其进行治疗,观察患者手术成功切除率、术后并发症发生率及随访期间疾病复发情况,评价 EMRS 对早期食管癌及癌前病变患者的临床治疗效果。**结果** 63 例患者的 65 处病灶中,发生上皮内瘤变 59 处,早期食管癌 4 处;完全切除 51 例,不完全切除 12 例。患者并发症方面,所有患者均无食道穿孔;术中出血患者 4 例;术后均无延迟性出血症状。随访期间有 6 例患者复发。**结论** EMRS 对治疗早期食管癌及癌前病变具有一定疗效,但治疗后仍存在一定复发情况,导致该情况出现的主要原因为分片切除次数的增多所致切除物残留,最终引起复发。

**【关键词】** 内镜下黏膜分片切除术; 早期食管癌; 癌前病变; 临床治疗效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.06.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)06-0846-02

随着内镜诊疗技术的迅速发展,食管癌早期诊断的检出率也日益提高,使得通过内镜相关方法对食管原位癌和绝大多数黏膜癌早期病变进行治疗变得更加容易。内镜下黏膜分片切除术(EMRS)又称为“剥脱活检术”,是一种应用内镜术进行微创病灶分离的手术,与之相关的其他临床常规术式还包括内镜黏膜下剥离术、内镜下多环黏膜切除术等<sup>[1-2]</sup>。然而,这些术式各有其自身特点,其主要针对和适宜的症状也均不尽相同。EMRS 主要应用于病灶直径大于 2 cm 的早期食管癌及癌前病变患者。本研究选取了该类患者 63 例,对其手术成功切除率、术后并发症发生率及随访期间疾病复发情况进行了统计分析,

以评价 EMRS 对早期食管癌及癌前病变患者的疗效,现将研究结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 1 月至 2013 年 10 月本院收治的患有早期食管癌及癌前病变的患者 63 例,病灶共 65 处。其中,男 36 例,女 27 例;年龄 38~71 岁,平均(57.12±19.53)岁;上皮瘤变中度不典型增生患者为 27 例,重度不典型增生患者为 30 例,早期食管癌患者为 6 例(鳞癌患者 4 例,腺癌患者 2 例);病变部位方面,食管上段病变患者为 21 例,中段患者为 18 例,下段患者为 24 例;63 例患者共检出病灶 65 处,病灶直

径为 2.12~8.12 cm;平均(4.21±2.76)cm。纳入标准:(1)所有纳入的研究对象均在内镜下经 NBI 和碘染及病理检查下确认为早期食管癌或癌前病变患者;(2)所有患者对本次研究目的、方法及可能造成的风险都有一定了解,并在此之后由其本人或监护人签署患者知情同意书<sup>[3]</sup>。排除标准:(1)病灶直径未达到 EMRS 手术标准者;(2)合并患有或自身患有严重的心肺疾病、肝肾疾病者;(3)通过 CT 检查发现腔外浸润癌或出现淋巴转移者。

**1.2 方法** 采用 Olympus-H260 型及 Olympus-Q260J 型内镜,使用 cook6 连发橡皮圈套扎器及 Olympus 同类的高频电切机和套扎器等。在对患者进行血型、凝血时间、心电图常规术前检查后,确定患者的病变范围并进行标记,采用含靛胭脂的甘油果糖于内镜下对病变基底黏膜下注射,在病变部位充分隆起后,将病灶被吸入透明帽,分次依据病灶大小进行圈套电切和电凝术于内镜下完成。退出内镜后,重新装透明帽在镜端上然后再插入内镜,绕病灶部位一侧开始多次操作至病灶完全切除。务必在操作后查病灶是否存在遗留应用染色法检查,若残留实施电凝切除,并认真检查创面出血情况和平整度。术后 72 h 患者应严格禁饮食,并密切观察生命体征、出血状况、有无穿孔、感染等并发症,同时给予静脉输液,补充热量、电解质,适当给予止血、抗菌药物,质子泵抑制剂等,72 h 后如无并发症可进流质饮食并给以后续治疗。食道穿孔、出血、食管狭窄等都是并发症的主要症状,需要观察患者食道的出血情况,包括早期出血,延迟性出血及术后远期发生渐进性吞食困难等。患者需要在术后的 3、6、12、24 个月时进行 4 次常规胃镜检查、行 NBI 及食管黏膜碘色及切除部位病理活检,以判定患者在手术后是否有残留或复发。分析所有早期食管癌及癌前病变患者的病灶切除情况、术后并发症症状及 2 年内的复发情况。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $\alpha=0.05$  为检验水准, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 患者病灶切除情况** 在所有 63 例患者中,进行 2 片切除的患者 19 例,进行 3 片切除的患者 27 例,进行 4 片切除的患者为 11 例,进行 5 片及以上切除的患者 6 例。术后对所有患者进行内镜复查结果表明,共有 51 例(80.9%)患者得到完全切除,12 例(19.0%)患者未完全切除。

**2.2 患者并发症发生率及复发情况** 在全部 63 名患者中,未出现食道穿孔的患者;4 例食管狭窄患者,占 6.3%;6 例创面出血患者,占 9.5%。除此之外,27 例患者出现胸骨后有灼痛感,7 例患者出现低发热,但所有症状均持续 1~3 d 后自行消失。另患者在术后 2 年的随访中无 1 例失访,随访结果表明,术后 3 个月没有 1 例复发,术后 6 个月有 3 例复发,占 4.76%,术后 12 个月有 9 例复发,占 14.28%,之后没有患者出现复发,共有 12 例患者出现复发,经临床资料比对,此 12 例患者均为 4 片及以上切除患者,且均为未完全切除的患者。

## 3 结 论

随着内镜技术的不断进步,EMRS 已经成为一种可以诊断和治疗早期食管癌及癌前病变的有效手段,其作为一种内镜微创手术具有以下三个明显优势:(1)可以及时准确地对食管癌及早期癌前病变进行诊断,具有发现早、确诊准确率高、治疗早的特点;(2)该术式属于微创治疗,可以达到减少创伤和并发症

的效果;(3)操作更简便。EMRS 治疗早期食管癌的手术适应证为:(1)存在黏膜内癌及原位癌;(2)病灶的最大直径需小于 3 cm;(3)病灶侵及食管的周径小于 1/2,可将 1/2~3/4 作为相对的适应证;(4)同期可以切除 1~4 个的病灶;(5)最佳的位置为中下段的后侧壁。上述 EMRS 的适应证目前还是相对的,随着相关医疗设备的不断改进及经验的积累,临床上 EMRS 的治疗范围还会不断拓宽,并逐渐成熟<sup>[4-5]</sup>。

应用内镜技术于早期食管癌及癌前病变的治疗方法众多,EMRS 区别于其他同类治疗具有以下条件:患者浸润癌深度一般局限在原位癌或黏膜固有层癌,且病变范围应小于食管周长的 2/3,病灶直径小于 20 mm,病灶数目小于 4 个。而对于直径大于 20 mm 的病灶,EMRS 则不能做到一次完全切除,一般在出现这种情况时,临床上多采用多次分片切除,但多次切除就会产生一个问题,即病灶残留的可能性增加。因此,在某些特殊情况下,患者因具有明显的自发或并发的心肺疾病、肝肾衰竭等无法承受传统开放性手术而必须进行 EMRS 时,治疗可酌情放宽为深度为黏膜肌层癌、黏膜下癌,病灶直径大于 20 mm,病灶范围大于 3/4 食管周长,病灶 5~8 个。在这种情况下所进行的分次切除复发率往往高于上文标准下的一次切除。

本研究结果表明,在所有接受 EMRS 的患者中,进行 4 片及以上切除的患者为 17 例。术后对所有患者进行内镜复查结果表明,共有 51 例(80.9%)患者得到完全切除,12 例(19.0%)患者未完全切除,随访结果表明,共有 12 例患者出现复发,且均为进行 4 片及以上切除的患者。夏芸等<sup>[6]</sup>对 EMRS 术后复发情况进行了单因素分析,显示不完全切除、病灶范围大于 3/4 周长,4 次以上切片的 1 年之内的复发率更高,与本研究结果基本一致。

综上所述,EMRS 对治疗早期食管癌及癌前病变具有一定疗效,但治疗后存在一定复发情况及并发症情况,导致该情况出现的主要原因为分片切除次数的增多所致致除物残留,同时增加食管狭窄等并发症的概率。

## 参 考 文 献

- [1] 刘晓波,高子夜,金曙,等.内镜下多环黏膜切除术在治疗早期食管癌及癌前病变中的应用价值[J].湖北医药学院学报,2014,5(3):441-443.
- [2] 陈炳芳,孙克文,丁炎波,等.内镜下卢戈液染色联合超声微探头在早期食管癌及癌前病变诊治中的价值[J].中国内镜杂志,2013,9(5):919-922.
- [3] 杨建民.早期食管癌及癌前病变的内镜切除治疗[J].现代实用医学,2014,7(7):785-787.
- [4] 陈子洋,刘晓岗,李易,等.内镜黏膜剥离术治疗早期食管癌的临床研究[J].华西医学,2013,2(6):184-186.
- [5] 洪卫康.内镜下黏膜分片切除术治疗 56 例早期食管癌及癌前病变疗效观察[J].现代仪器与医疗,2013,19(3):77-79.
- [6] 夏芸,邹晓平,吕瑛,等.内镜下分片黏膜切除术治疗早期食管癌及癌前病变[J].中国微创外科,2012,1(3):197-201.