

· 短篇论著 ·

点胶法在内镜黏膜下剥离术中的应用

张建国 许晶

ESD 被认为是消化道早期癌治疗的重要方法^[1-3],其中黏膜下层的暴露和显露是影响剥离速度、剥离安全及能否整块切除的重要环节。为了更好地暴露黏膜下层,目前最常用的方法是透明帽法,其它还有牙线牵引法、磁力牵引法等^[4-8]。但这些方法在临床实际使用过程中存在一定困难和不足。为此,笔者提出了点胶法,并从 2016 年 5 月至 2017 年 4 月使用该方法完成 ESD 30 例,取得了较好效果,报道如下。

1. 临床资料:以 2016 年 5 月至 2017 年 4 月在航空总医院内镜中心接受点胶法 ESD 的 30 例患者为研究对象,病例均符合消化道 ESD 治疗适应证^[1-3]。所有患者被告知研究目的,并签署了胃镜检查、ESD 治疗和麻醉知情同意书。本研究通过我院医学伦理委员会同意。

2. 器械与药品:Olympus CV-260SL 主机、GIF-Q260J 胃镜、Dual 刀、UCR 气泵、重庆金山 OMOM 高频电切装置、北京康派特组织胶、滴管、德国 MTW 注射针、生理盐水、亚甲蓝。

3. 方法:患者于麻醉后行 ESD。内镜下确认病变边界后,常规方法行病变标记、注射、切边、剥离、回收、创面处理等过程。本研究不同之处在剥离环节。当剥离到一定程度时,已剥开的黏膜盖会牵拉下来遮挡视野,造成黏膜下层显露困难,给后续剥离造成困难。此时,我们在内镜下未剥开的黏膜远处选择某一点,用 2 mL 注射器抽取组织胶 0.1~0.5 mL 注入滴管内,然后在内镜下从滴管缓慢推出 1~3 滴组织胶至黏膜上,之后迅速用导管掀起已剥开的黏膜盖至点胶处并按压约 20 s,黏膜盖即被粘连固定到点胶处,此时黏膜下层暴露出来,然后继续常规方法完成剥离(图 1~7)。如果病变较大,可重复上述操作 2~3 次。

4. 结果:本组 30 例患者中男 17 例、女 13 例,年龄 35~87 岁,平均 60.3 岁。共 32 处病变,其中食管病变 8 处、胃 17 处、结直肠 7 处,病变大小 2.0~7.5 cm,平均 3.5 cm。所有病变均完成了整块切除,切除标本大小 3.0~9.5 cm,平均 4.3 cm。手术时间 21~110 min,平均 35.5 min。所有病例术中出血情况较常规方法减少,术后无迟发性出血、穿孔发生,无其他严重并发症及死亡病例。

讨论 ESD 术中黏膜下层的暴露和显露是关乎手术时间、并发症发生、能否整块切除等的重要环节。为此,日本学

者创立了内镜头端带透明帽进行 ESD 的经典方法,即利用透明帽顶起已剥开的黏膜盖,暴露黏膜下层进行剥离。然而,该方法在实际使用时有一定困难,尤其是当病变位置不佳时,内镜不易靠近病变,单纯利用透明帽很难顶起黏膜盖暴露黏膜下层,从而增加了手术难度、延长了手术时间、增加了手术并发症发生的风险。为了弥补透明帽的不足,不断有新的方法被报道,如牙线牵引法、钛夹瓣法、双钳道内镜下牵拉法、磁力牵引法等^[4-8]。然而,这些方法只能在某些特定情况下适用,且操作繁琐,难以推广普及。迄今为止尚缺少一种简单有效且普遍适用的黏膜下暴露方法。

为此,笔者提出了点胶法。该方法利用组织胶的胶水特性,将已剥离的黏膜盖粘到点有组织胶的黏膜上,如同卷席子一般把黏膜盖卷起粘连固定到点胶处,暴露黏膜下层。该方法不受病变位置、大小等限制,简单易行,效果牢靠。本研究中,32 处病灶均完成了点胶法,短时间内即暴露出黏膜下层,从而为后续剥离创造了条件。从本组患者的整块切除率、手术时间、并发症发生情况看,该方法的实施有利于 ESD 的顺利完成。操作中需要注意的是:只需少量组织胶,0.1~0.5 mL 即可;点胶时要缓慢推注使组织胶成露滴状滴在黏膜表面,避免喷雾状;镜头与点胶处保持 2~3 cm 的适当距离,如此可避免对镜头的损伤。点胶部位一般选择正常黏膜,但对于面积较大的病灶也可以选择病灶黏膜,我们的研究显示此种方法对于点胶部位的黏膜病理观察并不产生明显影响。对于很大的病变可根据剥离需求按照上述方法进行多次点胶,直至病变被整块切除。

总之,点胶法是一种简单易行、效果可靠、更加普适的方法,有助于暴露黏膜下层,缩短手术时间,减少 ESD 并发症发生,提高整块切除率。当然,其价值未来仍需更大样本量的研究证实。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见(2014 年,北京)[J].中华消化内镜杂志,2015,32(4):205-224. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.04.001.
- [2] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014 年,长沙)[J].中华消化内镜杂志,2014,31(7):361-377. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2014.07.001.
- [3] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会.中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014 年,

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.06.011

作者单位:100012 北京,航空总医院消化内科

通信作者:张建国,Email:zjg8689@163.com

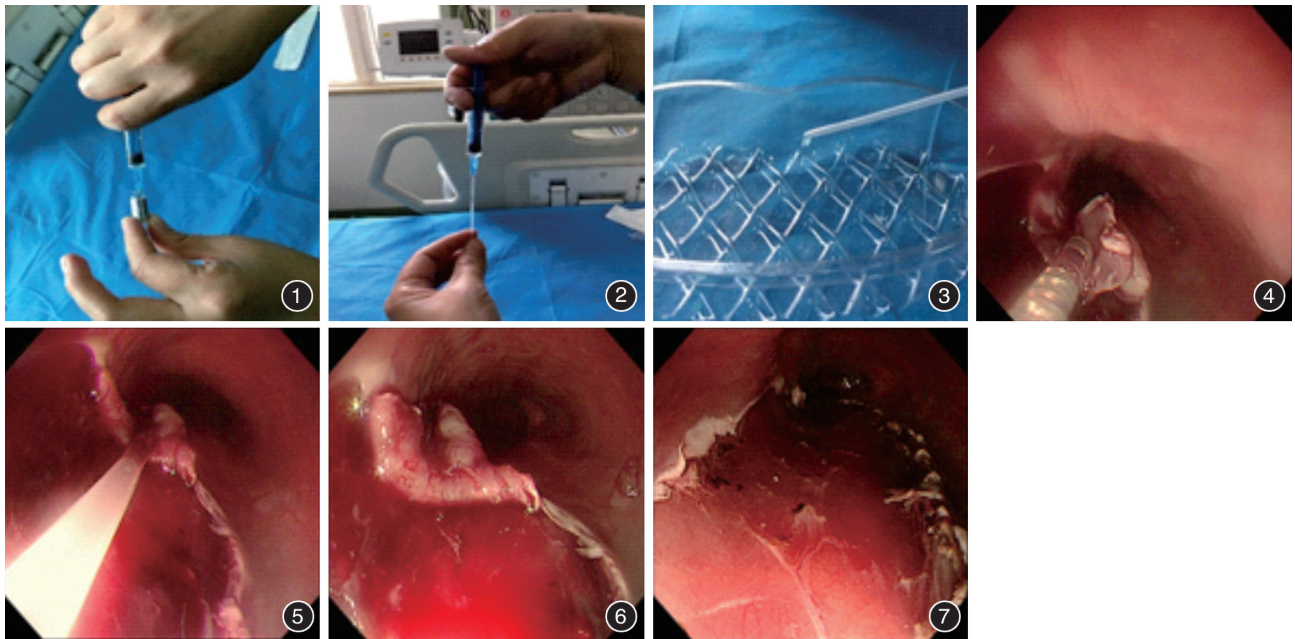


图 1 用 2.5 mL 注射器抽取组织胶 0.1~0.2 mL 图 2 从滴管末端开口处注入组织胶 图 3 缓慢推出组织胶 1~2 滴至目标位置
图 4 选择食管黏膜盖远端某处黏膜,经导管滴入 1~2 滴组织胶在其表面 图 5 迅速用导管头端将黏膜盖推向远端点胶处,并用力向下按压约 20 s 图 6 黏膜盖被粘连固定,黏膜下层显露 图 7 继续剥离病变至完整剥离,所见创面干净整齐

- 北京) [J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(6): 341-360. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.06.001.
- [4] Jeon WJ, You IY, Chae HB, et al. A new technique for gastric endoscopic submucosal dissection: peroral traction-assisted endoscopic submucosal dissection [J]. Gastrointest Endosc, 2009, 69(1): 29-33. DOI: 10.1016/j.gie.2008.03.1126.
- [5] Okamoto K, Okamura S, Muguruma N, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer using a cross-counter technique [J]. Surg Endosc, 2012, 26(12): 3676-3681. DOI: 10.1007/s00464-012-2364-7.
- [6] Imaeda H, Hosoe N, Kashiwagi K, et al. Advanced endoscopic submucosal dissection with traction [J]. World J Gastrointest Endosc, 2014, 6(7): 286-295. DOI: 10.4253/wjge.v6.i7.286.
- [7] Yamamoto K, Hayashi S, Nakabori T, et al. Endoscopic submucosal dissection using endoclips to assist in mucosal flap formation (novel technique: "clip flap method") [J]. Endoscopy, 2012, 44 (Suppl 2): E334-335. DOI: 10.1055/s-0032-1309860.
- [8] Gotoda T, Oda I, Tamakawa K, et al. Prospective clinical trial of magnetic-anchor-guided endoscopic submucosal dissection for large early gastric cancer (with videos) [J]. Gastrointest Endosc, 2009, 69(1): 10-15. DOI: 10.1016/j.gie.2008.03.1127.

(收稿日期: 2017-09-25)

(本文编辑: 朱悦)