

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232
CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2021年6月 第38卷 第6期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 38 Number 6
June 2021



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



9 771007 523212

06>

中华消化内镜杂志

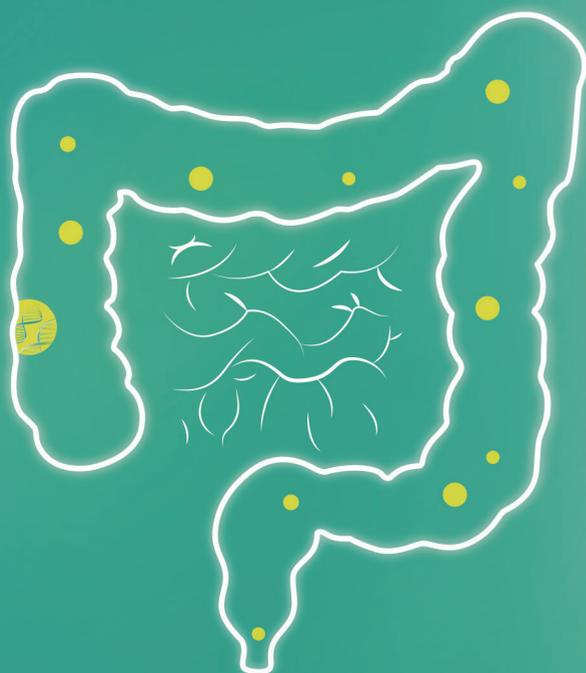
第三十八卷 第六期

中华医学会

colosafe 长安心 愛 要趁早

早发现 长安心[®]

粪便DNA检测
肠癌早检新选择



【产品名称】

人类 SDC2 基因甲基化检测试剂盒（荧光PCR法）^[1]
粪便采集装置^[2]

【预期用途】^[1]

本试剂盒是用荧光PCR法于体外定性检测人粪便样本中SDC2基因的甲基化情况。
本试剂盒适用于临床医生建议做肠镜检查的患者的辅助诊断，不能作为肿瘤早期诊断或确诊的依据，
仅作为辅助诊断供临床医生参考，提供给患者更多一种无创性大肠癌辅助诊断方法的选择。

【预期用途】^[2]

用于采集及保存粪便样本

【医疗器械注册证编号】

国械注准20183400506^[1]

【医疗器械备案凭证编号】

粤穗械备20160241号^[2]

【备案人/生产企业名称】

广州康立明生物科技股份有限公司

【备案人/生产企业住所】

广州高新技术产业开发区科学城开源大道11号A2栋第六层

联系方式: 020-82510982 客服电话: 400 966 0210 邮编: 510530 E-mail: Service@creativebio.cn

【广告批准文号】粤械广审（文）第230405-09237号



请仔细阅读产品说明书或在医务人员的指导下购买和使用
禁忌内容或注意事项详见说明书。

广告

 康立明生物
Creative Biosciences

中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第38卷 第6期 2021年6月20日出版



微信: xhnjxw



新浪微博

主管

中国科学技术协会

主办

中华医学会
100710, 北京市东四西大街42号

编辑

中华消化内镜杂志编辑委员会
210003, 南京市紫竹林3号
电话: (025) 83472831, 83478997
传真: (025) 83472821
Email: xhnj@xhnj.com
http://www.zhshnjzz.com
http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出版

《中华医学杂志》社有限责任公司
100710, 北京市东四西大街42号
电话(传真): (010) 51322059
Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登 3201000093号

印刷

江苏省地质测绘院

发行

范围: 公开
国内: 南京报刊发行局
国外: 中国国际图书贸易集团
有限公司
(北京399信箱, 100044)
代号 M4676

订购

全国各地邮政局
邮发代号 28-105

邮购

中华消化内镜杂志编辑部
210003, 南京市紫竹林3号
电话: (025) 83472831
Email: xhnj@xhnj.com

定价

每期 25.00 元, 全年 300.00 元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2021 年版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目次

共识与指南

- 中国消化内镜诊疗中心安全运行指南(2021) 421
国家消化内镜专业质控中心 中国医师协会内镜医师分会
中华医学会消化内镜学分会

专家论坛

- 《中国消化内镜诊疗中心安全运行指南(2021)》解读 426
王洛伟

论著

- 胃内镜黏膜下剥离术中出血的危险因素分析 428
王强 吴晰 蒋青伟 郭涛 冯云路 伍东升 张晟瑜 杨爱明
- 无锡市大规模社区自然人群的胃癌筛查方法及结果分析 434
蔡晓刚 纪璘 杨成 周彬 王辉 夏敏 吴瑞 蔡颖 周志毅
杨树东 刘增超 占强
- 标准化早期胃癌筛查对于青海地区早期胃癌诊治的临床意义 442
逯艳艳 马颖才 刘芝兰 荣光宏 薛晓红 丹珠永吉
- 溃疡性结肠炎内镜评分与临床活动度及组织学评分的
相关性研究 447
陈霞飞 孙琦 张晓琦 徐成虎 邹晓平
- 肠内延伸型胆管支架治疗胆管狭窄的临床疗效与安全性分析 454
范雪 王艳玲 余盼丽 张文辉 郑权 李欣 闫秀娥 林香春
黄永辉
- 内镜诊治儿童胰腺分裂伴慢性胰腺炎的长期随访研究 460
崔光星 张筱凤 吕文 杨建锋 黄海涛 金杭斌 楼奇峰
- 年龄对成年患者丙泊酚单镇静无痛胃镜检查安全性的影响 465
邵刘佳子 万磊 刘邵华 刘缚鲲 薛富善

基础研究

- 新型可拆卸内镜吻合夹治疗胃穿孔的临床前动物实验研究
(含视频) 471
张震 林生力 徐晓玥 张丹枫 徐佳昕 王豆 周平红

短篇论著

- 内镜下高频电刀行结肠息肉切除的有效性及安全性 475
沈才飞 赵奎 王黎明 伍小鱼 江海洋 赵雅琴 马双 孙晓滨
- 注水黏膜切开刀推进式内镜黏膜下剥离术快速切除贲门大面积早期癌及其癌前病变的应用初探 ... 479
熊英 韩静 朱亚男 陈玉杰 侯丛然 于占江 高雪梅 张金卓
- 内镜支架置入新技术治疗幽门良性狭窄的初步观察(含视频) 483
赵丽霞 郑士蒙 刘丹 孔令建 李德亮 郑庆芬 周洋洋 Ullah Saif 杨荟玉 刘冰熔

病例报道

- 内镜超声早期诊断直肠癌术后局部复发二例 487
黄佳亮 吴伟 程桂莲 徐丽明 徐龙江 周春华 唐文 殷国建 胡端敏
- 超声内镜下注射用全氟丁烷微球谐波造影辅助诊断胰腺癌二例 490
孟莹 赵海英 张政 冀明 李鹏 张澍田
- 内镜经十二指肠黏膜下隧道技术治疗浅表性十二指肠上皮内肿瘤一例(含视频) 494
付金栋 张菲菲 曲卫 任莎莎 姚静静 凌亭生

综 述

- 十二指肠空肠套管治疗肥胖和 2 型糖尿病的研究进展 496
陈济华 陈鑫
- Overstitch 在临床应用中的安全性评价 501
刘天宇 隗永秋 范李侨娜 何晓荻 朱静怡 李鹏

读者·作者·编者

- 中华医学会系列杂志论文作者署名规范 446
- 《中华消化内镜杂志》2021 年可直接使用英文缩写的常用词汇 453
- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 464
- 发表学术论文“五不准” 470
- 《中华消化内镜杂志》2021 年征订启事 486

- 插页目次 425

本刊稿约见第 38 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 顾文景

· 短篇论著 ·

注水黏膜切开刀推进式内镜黏膜下剥离术快速切除贲门大面积早期癌及其癌前病变的应用初探

熊英^{1,2,3} 韩静¹ 朱亚男¹ 陈玉杰² 侯丛然² 于占江² 高雪梅² 张金卓¹

¹保定市第一中心医院消化三科 071000; ²保定市第一中心医院内镜诊疗中心 071000;

³河北省分子病理与肿瘤早期诊断重点实验室,保定 071000

通信作者:张金卓, Email: jinzhuo_zhang@163.com

【摘要】 探讨推进式内镜黏膜下剥离术 (pushing endoscopic submucosal dissection, PESD) 在大面积早期贲门癌及其癌前病变中的应用价值。2017 年 1 月—2020 年 1 月在保定市第一中心医院内镜诊疗中心确诊早期贲门癌或高级别上皮内瘤变,且病变最大径 >2.0 cm 的患者纳入研究。术中应用注水黏膜切开刀 (黄金刀) 行 PESD 的患者纳入 PESD 组 (26 例), 与同期该医师以普通黏膜切开刀行常规 ESD 治疗的患者 (常规 ESD 组, 17 例) 进行对比, 分析 2 组剥离时间、病变完整切除率、出血及穿孔等并发症发生率。2 组病变大小比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), PESD 组剥离时间为 (53.7 ± 18.2) min, 常规 ESD 组为 (91.5 ± 26.5) min, 差异有统计学意义 ($P<0.001$)。PESD 组 7 例 (26.9%) 术中出血, 常规 ESD 组 8 例 (47.1%) 术中出血, 2 例 (11.8%) 术中穿孔, 无迟发性出血及迟发性穿孔。2 组出血及穿孔发生率比较差异均有统计学意义 ($P<0.001$)。可见, 大面积贲门病变应用注水黏膜切开刀行 PESD 与常规 ESD 相比可有效提高剥离速度, 降低并发症发生率, 使内镜手术更安全、更快捷。

【关键词】 贲门; 内镜黏膜下剥离术; 注水黏膜切开刀; 早期癌; 癌前病变

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200417-00086

Application of pushing endoscopic submucosal dissection in large area of early cancer and precancerous lesions of cardia

Xiong Ying^{1,2,3}, Han Jing¹, Zhu Yanan¹, Chen Yujie², Hou Congran², Yu Zhanjiang², Gao Xuemei², Zhang Jinzhuo¹

¹Third Department of Gastroenterology, Baoding NO.1 Central Hospital, Baoding 071000, China;

²Endoscopy Center, Baoding NO.1 Central Hospital, Baoding 071000, China; ³Key Laboratory of Molecular Pathology and Early Diagnosis of Tumor in Hebei Province, Baoding 071000, China

Corresponding author: Zhang Jinzhuo, Email: jinzhuo_zhang@163.com

【Summary】 To explore the application value of pushing endoscopic submucosal dissection (PESD) in treatment of large area of early cardiac cancer or precancerous lesions. Form January 2017 to January 2020, patients diagnosed as having early cardiac cancer or high-grade intraepithelial neoplasia with largest lesion diameter greater than 2.0 cm at the Baoding NO.1 Central Hospital were enrolled in the study. Patients who received PESD with water-injected knife were included in the PESD group (26 cases), and compared with those who received conventional ESD with common mucosal incision (the conventional ESD group, 17 cases) at the same period. The procedure time, the complete resection rate of lesions and the incidence of complications were analyzed. There were no difference in lesion size between the two groups ($P>0.05$). The procedure time of PESD group was 53.7 ± 18.2 min, which was 91.5 ± 26.5 min in the conventional ESD group, and the difference was statistically significant ($P<0.001$). In the PESD group, 7 cases (26.9%) had intraoperative hemorrhage. In the conventional ESD group, 8 cases (47.1%) had intraoperative bleeding, and 2 (11.8%) had intraoperative perforation. There were significant differences in the incidence of hemorrhage and perforation between the two groups (all $P<0.001$). Compared with conventional ESD, PESD can effectively improve the dissection speed, reduce the incidence of complications, and make endoscopic surgery safer and faster.

【Key words】 Cardia; Endoscopic submucosal dissection; Water-injected knife; Early carcinoma; Precancerous lesion

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200417-00086

近年来随着内镜清晰度的提高和色素内镜、电子染色内镜及放大内镜等技术的广泛应用,早期胃癌及癌前病变的发现率逐年升高^[1-2]。研究证明内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗早期胃癌及癌前病变的有效率和术后复发率与外科手术相近,逐渐成为代替外科手术的首选治疗方法^[3-5]。由于贲门区域的解剖结构较其他部位复杂,大面积的贲门黏膜病变 ESD 手术时间长,并发症发生率高,贲门 ESD 一直被内镜医师认为是胃 ESD 中最困难的^[6]。随着 ESD 手术器械的迅速发展,注水黏膜切开刀实现了黏膜下注射及切开、剥离同时进行,避免了反复更换器械这一缺点,因此应用注水黏膜切开刀创新出了推进式内镜黏膜下剥离术(pushing endoscopic submucosal dissection, PESD),可以在直镜身状态下于病变口侧边注水边剥离至病变肛侧,并成功应用于临床。

一、病例与方法

1. 病例资料:纳入 2017 年 1 月—2020 年 1 月在保定市第一中心医院内镜诊疗中心通过白光胃镜、色素胃镜寻找贲门区域可疑病灶,经活组织病理证实为癌或高级别上皮内瘤变的患者。术前常规行 EUS 判断病变的起源、回声、边缘、大小,尤其是浸润层次和周围淋巴情况;在直视镜下经活检孔道应用氩气喷管测量病变大小(大致精确到 0.5 cm)。术前完善相关检查并签署知情同意书。本研究为前瞻性研究,已通过保定市第一中心医院医学伦理委员会审批,批号:快[2017]019 号。

2. 纳入及排除标准^[6]:(1) 纳入标准:①胃黏膜高级别上皮内瘤变;②病灶直径>2 cm、无溃疡的分化型黏膜内癌;③病灶直径>2~3 cm、合并溃疡的分化型黏膜内癌或无溃疡的分化型浅层黏膜下癌。(2) 排除标准:①早期胃癌存在淋巴结转移者;②病变侵犯至固有肌层;③存在凝血功能障碍者;④病灶存在较深溃疡且抬举征阴性;⑤拒绝行内镜下治疗者。

3. 手术方法及术后处理:所有内镜手术由同一名内镜医师操作(ESD 手术量超过 500 例次)。因注水黏膜切开刀(黄金刀)于 2018 年开始被应用于内镜下治疗,因此 2018 年 10 月前采用普通 ESD 法,2018 年 10 月后根据手术方式 ESD 与 PESD 交替进行,单盲原则随机分配成组。

(1) 内镜与器械:GIF-Q260J 治疗内镜及透明帽, GIF-H260Z、GIF-H290Z 放大胃镜及先端帽(日本奥林巴斯); MK-T-2/4-195 注水黏膜切开刀, IN02-224/6 黏膜注射针, HBF-23/2000 止血钳, 和谐夹(南微医学); VIO 200D 高频电发生装置, 氩离子凝固器(德国爱尔博)。

(2) ESD 方法:详见参考文献[7-8]。

(3) PESD 方法(图 1):①内镜电子染色观察病变区域

后,用 0.5%靛胭脂染色明确边界,氩离子凝固术于病变边缘外侧 0.3~0.5 cm 处环周标记,并标记病变口侧或肛侧;②由病变口侧标记点上方黏膜下层注射含靛胭脂的 1:10 万肾上腺素盐水使病变抬举,用注水黏膜切开刀在标记点外切开黏膜;③于黏膜下层中下 2/3 处分离,依据先分离黏膜下层再沿标记点开边的顺序,边注水边剥离,由病变口侧向肛侧推进;④先切开重力对侧黏膜,使病变悬吊于胃内,再切开重力侧黏膜;⑤完整切除病变,止血钳处理创面;⑥取出切除的病变标本固定于塑料泡沫板上,染色观察是否完整切除,标记口侧和肛侧,体外测量病变大小后放入固定液中送病理。所有切除的病变送病理检查,明确性质及浸润深度,观察切缘有无残留及基底有无病变累及。

(4) 术后处理:患者术后禁食水 48~72 h,常规静脉营养液并应用质子泵抑制剂。如术中出血量较多,损伤固有肌层或穿孔者,术后禁食水 72 h,给予静脉抗生素预防感染,必要时胃肠减压。禁食结束后从流食逐渐过渡至半流食、软食。于术后 3、6、12 个月复查,观察创面愈合情况,有无病变残留及复发等情况。

4. 术中及术后相关数据记录:术中记录病变大小、病变剥离时间、术中出血及穿孔情况。术后记录迟发性出血及穿孔情况、病理结果和住院时间等。病变剥离时间:从黏膜下注射开始至病变完全切除结束所需时间。术中出血:ESD 术中电刀或止血钳切断血管引起的活动性出血,需要用止血钳处理,不包括切缘及创面表面小血管渗血。迟发性出血:ESD 术后出血,需再次内镜下止血。迟发性穿孔:患者术中未见明显穿孔,术后 24 h 后出现突发腹痛等穿孔可能迹象并经影像学证实。

5. 统计学分析:利用 SPSS 25.0 统计学软件对结果进行分析。计数资料采用例(%)表示,进行 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法;计量资料采用 $Mean \pm SD$ 表示,进行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

共纳入 43 例患者,男 29 例、女 14 例,男女比例约 2:1;其发病率可能与男性存在吸烟、饮酒史有关。患者年龄(57±15)岁,最大 82 岁,最小 35 岁,部分由下级医院初筛后于我院就诊为行进一步治疗。临床症状多为反酸、烧心、嗝气、纳差,部分无症状者为行胃肠镜体检时发现。

PESD 组共 26 例,病变直径 2.0~8.0 cm,剥离时间 19~112 min。25 例病变为一次性切除,1 例病变(贲门大弯侧)为分块切除。术中出血 8 例(位于后壁和小弯),均成功内镜下止血,无迟发性出血,无术中穿孔及迟发性穿孔,术后住院时间 3~5 d。大体标本病理:2 例(1 例位于小弯侧,1 例位于后壁)深度浸及黏膜下层深层(>500 μm),追加外科手术;

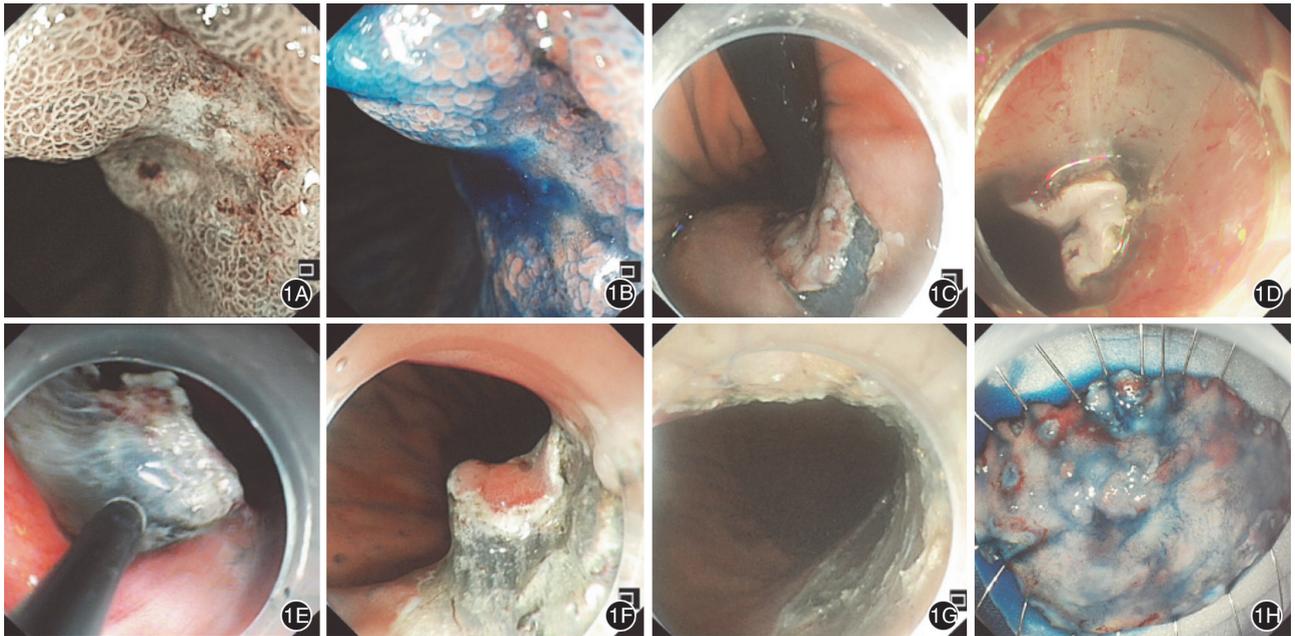


图 1 早期贲门癌推进式内镜黏膜下剥离术过程 1A:窄带光成像下发现贲门小弯侧 0-II c+II a 型病变;1B:靛胭脂染色后病变边界清晰;1C:黏膜下注射后沿标记点环周切开黏膜;1D:由病变口侧向肛侧推进剥离;1E:注水黏膜切开刀实时黏膜下注射液体垫;1F:注射液体后黏膜下层视野始终保持良好;1G:完整剥离病变后创面内无固有肌层损伤,肌层表面覆盖薄薄的黏膜下层组织;1H:体外固定离体病变标本,靛胭脂染色见标记点完整

1 例浸润深度达 460 μm (位于后壁),经与患者及家属协商拒绝外科手术,目前密切随访中,暂未发现复发及转移;其他病例为高级别上皮内瘤变或浸润深度 $<300 \mu\text{m}$ 的高中分化腺癌。

常规 ESD 组共 17 例,病变直径 2.0~6.5 cm,剥离时间 26~157 min。所有病变为一次性切除。术中出血 8 例(位于后壁和小弯),均成功内镜下止血,无迟发性出血;2 例术中穿孔(位于后壁),均予金属夹夹闭并成功内科保守治疗,无迟发性穿孔;术后住院时间 3~6 d。大体标本病理:1 例病变(位于后壁)为高分化腺癌,浸润深度超过黏膜下层 500 μm ,经与患者及家属协商,综合考虑患者高龄(79 岁),基础疾病较多,未追加外科手术,目前密切随访中;1 例病变(位于后壁)为低分化腺癌,虽浸润深度仅在黏膜下层 100 μm ,但考虑肿瘤恶性程度高,患者较年轻(52 岁),一般情况良好,经患者及家属同意,追加外科手术切除;其余病例为高级别上皮内瘤变或浸润深度 $<300 \mu\text{m}$ 的高中分化腺癌。具体数据

见表 1。

讨论 近些年来我国贲门癌在胃癌中所占比例逐年增加^[1,5]。由于贲门癌早期症状不明显,超过 90% 的患者就诊时已属中晚期,而中晚期贲门癌患者的五年生存率不足 20%。再者,贲门内镜活检取材困难,早期检出率很低,影响了患者接受根治性治疗的可能性和治疗效果。随着人们对自身健康的重视和内镜诊断水平的进步,特别是高清晰度内镜、色素内镜和放大内镜等技术的发展,早期贲门癌和癌前病变检出率大幅提高。而内镜下治疗技术的进步,特别是 ESD 技术的不断提高使大部分早期贲门癌在内镜下即可获得根治性治疗,患者五年生存率超过 90%^[9-10]。但贲门由于其特殊的解剖结构,被很多内镜医师认为是胃 ESD 中最困难的。

贲门 ESD 的困难主要包括以下几点:(1)贲门空间狭窄,正镜状态下内镜视野不佳,倒镜又因病变位置较高,内镜角度不够,导致操作困难。(2)传统 ESD 的步骤是先开边再剥

表 1 行 ESD 治疗的贲门早期癌及癌前病变患者资料

组别	例数	年龄 (岁, Mean \pm SD)	性别 (男/女)	病变位置	病变直径 (cm, Mean \pm SD)	剥离时间 (min, Mean \pm SD)	完整切除 [例(%)]	术中穿孔 [例(%)]	术中出血 [例(%)]
PESD 组	26	53 \pm 14	17/9	前壁 1 例,后壁 15 例, 大弯 2 例,小弯 8 例	5.1 \pm 2.9	53.7 \pm 18.2 ^a	25(96.2)	0	7(26.9)
常规 ESD 组	17	50 \pm 18	12/5	前壁 2 例,后壁 10 例, 小弯 5 例	4.2 \pm 2.2	91.5 \pm 26.5	17(100.0)	2(11.8)	8(47.1)
P 值		0.54	0.37	1.19	0.22	<0.001	1.03	<0.001	<0.001

注:ESD 表示内镜黏膜下剥离术;PESD 表示推进式内镜黏膜下剥离术;^a:PESD 组有 1 例患者病变从贲门小弯侧后壁一直延伸至胃体下部近胃角,同时黏膜下层大量纤维化,导致黏膜下层剥离困难,手术用时长,故剔除该例患者再进行统计分析

离,但贲门黏膜下层组织疏松,完全开边后黏膜下注射液弥散快,液体垫隆起时间短,往往在黏膜下注射后器械还未更换好,液体垫即消失。近几年尽管有研究报道了许多应对方法,如牙线法、磁石悬吊法、弹力线法等^[11-12],但都是在无液体垫的情况下剥离,内镜操控水平稍差的医师或黏膜下层粘连的病变穿孔发生率高。本研究中常规 ESD 组病例术中穿孔发生率达 11.8%,就很好地证明了这一点。而如果不完全开边,做“黏膜下隧道”,在打通“隧道”后切边又出现困难^[13]。(3)贲门处黏膜下血管丰富,黏膜下液体隆起不充分的情况下电切常常会导致活动性出血,影响操作视野,过多的电凝止血也会给 ESD 带来困难。本研究中常规 ESD 组术中出血率达 47.1%,虽然术中出血和穿孔并未延长患者住院时间,但是延长了手术操作时间,增加了危险隐患。穿孔和出血加大了金属夹、尼龙绳等器械的使用,同时术后要留置胃肠减压管、静脉应用抗生素等,这些不但增加了患者经济负担,而且术后给患者带来了身体上的不适。

注水黏膜切开刀将边黏膜下注射边剥离的理想状态变成了现实,术中不用经常更换器械,大大缩短 ESD 手术时间,由病变口侧向肛侧行推进式 ESD,不但避免了贲门区域内镜需高位翻转角度不够的问题,而且可以将注水、剥离同时进行,可以清晰地发现黏膜下层血管,提前进行止血钳或者电刀电凝干预,最大程度地降低出血和穿孔的发生。本研究中 PESD 组术中穿孔发生率为 0,术中出血发生率为 26.9%,均显著低于 ESD 组($P < 0.01$);最重要的是剥离时间方面,在 2 组病变大小无明显差异的情况下,PESD 组剥离时间显著少于 ESD 组($P < 0.01$),而在完整切除率方面 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。考虑原因:(1)正镜身状态下内镜可更好地钻到病变黏膜下层,内镜视野良好,同时电刀与固有肌层平行,不易出现穿孔。(2)推进式由近至远的剥离方式可以充分利用重力使病变悬吊于胃内,更好地显示病变局部的解剖结构。(3)由于电刀兼顾注水和剥离,完全开边后不存在液体弥散快,黏膜下剥离过程中液体垫隆起状态始终良好,病变剥离速度更快。(4)贲门黏膜下层很多看似很粗的血管,其实是由很多细支的栅格状血管聚集而成^[14],盲目电凝切断会导致多个出血点一起出血。所以黏膜下剥离过程中发现较粗的血管后可以先于血管周围注射液体垫,待血管丛分离成多个相对较细的血管后再逐个电凝切断,仍然粗大的血管用止血钳柔和电凝完全碳化后再切断,如此可最大程度避免术中出血^[15]。而常规 ESD 由于要更换注射针等器械,过程较繁琐,很多内镜医师就选择直接电凝切断,往往导致活动性出血。

由于本研究所涉及的病例数属小样本,尚待大样本继续研究,但就目前研究结果可以看出,应用注水黏膜切开刀行 PESD 确实是一种贲门区域较大面积的早期癌及癌前病变既快捷又安全的治愈性切除方法,拥有较光明的临床应用和推广前景。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

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.
- [2] Matsui A, Kuribayashi Y, Nomura K, et al. Conventional white light endoscopic features of small superficial Barrett's esophageal adenocarcinoma[J]. Digestion, 2016,93(1):47-52. DOI: 10.1159/000441764.
- [3] 丁娜,徐美东,陈涛,等.内镜黏膜下剥离术治疗胃食管结合部息肉样隆起性病变的临床价值[J].中华消化内镜杂志,2018,35(6):400-404. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.06.005.
- [4] Yada T, Yokoi C, Uemura N. The current state of diagnosis and treatment for early gastric cancer[J]. Diagn Ther Endosc, 2013, 2013:241320. DOI: 10.1155/2013/241320.
- [5] 北京市科委重大项目《早期胃癌治疗规范研究》专家组.早期胃癌内镜下规范化切除的专家共识意见(2018,北京)[J].中华胃肠内镜电子杂志,2018,5(2):49-60. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-7157.2018.02.001.
- [6] 张月明,王瑞刚.早期贲门癌内镜下诊断与治疗[J].中国医学前沿杂志(电子版),2017,9(5):23-28. DOI: 10.12037/YXQY.2017.05-06.
- [7] 张蓉,李传行,高小燕,等.贲门胃广基底息肉的超声内镜诊断与内镜下微创治疗[J].中华肿瘤防治杂志,2010,17(8):619-621.
- [8] 丁娜,徐美东,陈涛,等.内镜黏膜下剥离术治疗胃食管结合部息肉样隆起性病变的临床价值[J].中华消化内镜杂志,2018,35(6):400-404. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.06.005.
- [9] Fernández-Esparrach G, Calderón Á, De-la-Peña J, et al. Endoscopic submucosal dissection. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) clinical guideline[J]. Rev Esp Enferm Dig, 2014, 106(2):120-132. DOI: 10.4321/s1130-01082014000200007.
- [10] Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline[J]. Endoscopy, 2015,47(9):829-854. DOI: 10.1055/s-0034-1392882.
- [11] 庄惠军,沈许德,陈进忠,等.牙线牵引辅助内镜黏膜下剥离术治疗胃角黏膜病变的疗效(含视频)[J].中华消化内镜杂志,2020,37(9):642-646. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200209-00409.
- [12] 汪旭丽,叶连松,张琼英,等.磁技术在内镜治疗消化道疾病中的应用进展[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(7):691-694. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2159.2019.07.001.
- [13] 熊英,柴宁莉,陈倩倩,等.一种快速安全切除结肠巨大侧向发育型息肉的新方法——推进式内镜黏膜下隧道法剥离术[J].中华胃肠内镜电子杂志,2016,3(2):83-84. DOI: 10.

3877/cma.j.issn.2095-7157. 2016. 02. 008.

术技巧的经验总结[J]. 中华消化内镜杂志, 2016, 33(4):

[14] Linghu Enqiang. Therapeutics of digestive endoscopic tunnel technique[M]. Berlin: Springer, 2014.

205-207. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232. 2016. 04. 001.

(收稿日期: 2020-04-17)

[15] 熊英, 令狐恩强, 陈倩倩, 等. 内镜建立食管黏膜下隧道手

(本文编辑: 朱悦)

内镜支架置入新技术治疗幽门良性狭窄的初步观察 (含视频)



扫码查看视频

赵丽霞 郑士蒙 刘丹 孔令建 李德亮 郑庆芬 周洋洋 Ullah Saif 杨荟玉
刘冰熔

郑州大学第一附属医院消化内科 450000

通信作者: 刘冰熔, Email: fccliubr@zzu.edu.cn

【摘要】 2017年6月—2019年9月, 5例良性重度幽门狭窄患者在郑州大学第一附属医院接受了内镜下全覆膜支架置入新技术治疗, 5例均成功完成幽门处全覆膜支架置入, 无并发症发生, 术后行上消化道造影显示支架位置良好、造影剂通过顺利。5例患者于术后1~3 d开始进流食, 进食后均无呕吐、腹痛、腹泻等症状出现, 随访期间均有不同程度的体重增加, 营养状态获得明显改善。4例于术后3~4个月行支架取出术; 余1例于术后3个月发现支架移位至胃内, 取出支架后观察幽门口略狭窄, 行球囊扩张术+黏膜切开术。随后5例继续随访3个月, 均无症状反复及再狭窄。以上结果初步证实, 内镜下全覆膜支架置入新技术治疗良性幽门狭窄安全、有效。

【关键词】 幽门狭窄; 良性幽门狭窄; 支架置入术

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81870454); 河南省高等学校重点科研项目(20A320081)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200823-00716

Preliminary results of endoscopic stent placement for treating benign pyloric stenosis (with video)

Zhao Lixia, Zheng Shimeng, Liu Dan, Kong Lingjian, Li Deliang, Zheng Qingfen, Zhou Yangyang, Ullah Saif, Yang Huiyu, Liu Bingrong

Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, China

Corresponding author: Liu Bingrong, Email: fccliubr@zzu.edu.cn

【Summary】 From June 2017 to September 2019, 5 patients who were diagnosed as having benign severe pyloric stenosis underwent fully covered stent placement using a new stenting method at the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University. Five patients were performed successfully without serious complications. Postoperative barium meal radiograph revealed that the stents were in good location and the acontrast agent passed smoothly. The liquid diet was commenced 1-3 days after surgery. No vomiting, abdominal pain and diarrhea occurred. During the follow-up, all the patients had improved weight and nutritional status. Four patients underwent stent removal 3-4 months postoperatively. One patient was found that the stent had migrated to stomach 3 months after discharge. After removing the stent, balloon dilation and mucosal resection was performed for the mild pyloric stenosis. All 5 patients had an additional follow-up of 3 months, and no symptoms and restenosis occurred. These preliminary results showed that the new stenting method of fully covered stent placement is feasible, safe and effective in the treatment of benign pyloric stenosis.

【Key words】 Pyloric stenosis; Benign pyloric stenosis; Stent placement

Fund program: National Natural Science Foundation of China (81870454); Henan Province Key Scientific Research Project of High Institutions (20A320081)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200823-00716

检查消化道疾病的“电子眼”

MiroCam[®] 胶囊内镜



10.8x24.5mm
尺寸小 易吞服



人体通信技术
传输免受干扰保密性好



有效期长
24个月



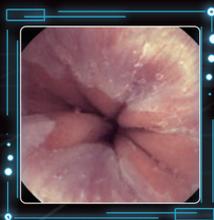
6帧/秒
拍摄速度快



工作12小时以上
电量持久



170°宽视角
多视野拍摄图像



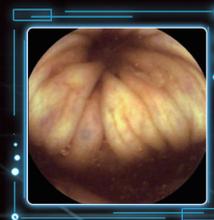
食道



胃



小肠



大肠





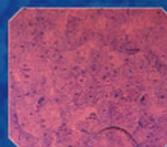
Beyond Imagination

- 超越想象

电子上消化道内窥镜 GIF-H290EC



常规观察

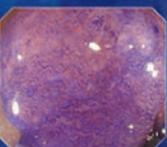


EC观察*

电子结肠内窥镜 CF-H290ECI



常规观察



放大观察



EC观察*

奥林巴斯内镜技术步入全新领域。

520倍光学放大, 实现对生命体内细胞的内镜观察。

高倍率、高精度图像, 为提高内镜诊断精度做出贡献。

EC观察*作为新的诊断模式, 为内镜诊断开拓全新视野。

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部: 北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话: 010-58199000

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有类比均基于本公司产品, 特此说明。
规格、设计及附件如有变更, 请以产品注册信息为准。

* EC观察, 指使用EC内镜(Olympus Endocytto)进行的细胞观察。
电子上消化道内窥镜 国械注进20203060483
电子结肠内窥镜 国械注进20203060482
沪械广审(文)第251116-10907号
AD0067SV V01-2103