

全国消化及消化内镜诊断与治疗进展
学术研讨会

论文汇编



《中华消化内镜杂志》编辑部
四川大学华西医院消化科
2005年7月成都

目 录

专题讲座

1. 消化管浅表新生物与ESD.....张齐联(1)
2. 上消化内镜检查程序化.....于中麟(6)
3. 胆胰疾病介入治疗现状与展望.....李兆申(9)
4. Vater 壶腹腺瘤的内镜处理.....唐承薇(12)
5. 炎症性肠病的内镜检查与诊断标准解析.....欧阳钦(13)
6. 早期胃癌的内镜诊断和治疗.....房殿春 陈 磊(19)
7. 中国胰腺疾病 ERCP 治疗现状.....任 旭(23)
8. 循证医学在消化领域的应用.....王一平(26)
9. 努力提高腹腔镜 TME 直肠癌前切除术的水平.....周总光(28)
10. IBD 的肠外表现.....徐肇敏(32)
11. 胰腺肿瘤标志物的临床意义.....张志宏(35)

大会交流

12. 胆道恶性梗阻的金属支架治疗.....潘亚敏 马建霞(42)
13. 高清晰放大内镜对早期大肠癌及其癌前病变的诊断价值.....王成文(45)
14. 内镜下如何判断凹陷型早期胃癌的浸润深度及浸润范围
——对 1 例 IIc 型早期胃癌行胃镜与病理学的对比研究
.....孟尼丽 霍俊爱等(47)
15. TNBS 诱发大鼠实验性结肠炎模型的建立及其组织结构的变化
.....刘安楠 刘玉兰等(47)
16. 免疫 PCR 新技术在消化系统恶性肿瘤血清学诊断的应用价值探讨
.....蔡 昔 曾 寰(48)
17. ERCP 术在高危胆道疾病临床应用中的探讨.....石德红 张亚萍等(48)
18. 腹腔镜胆总管切开取石术治疗细径胆总管结石.....陈安平 赵 聪等(49)
19. 腹腔镜胆总管探查输尿管导管引流术 97 例应用.....陈安平 赵 聪等(49)
20. 腹腔镜胆总管探查即时缝合术后胆漏的原因及对策.....陈安平 赵 聪等(50)
21. 腹腔镜胆总管支架术 75 例应用.....陈安平 赵 聪等(50)
22. 腹腔镜胆总管扩张术 62 例报告.....陈安平 赵 聪等(50)
23. 上消化道出血急诊内镜 385 例分析.....侯世焰 刘琼珠(51)
24. 内镜注射联合金属钛夹治疗上消化道动脉喷射状出血的疗效观察
.....周康年 冯秋菊等(51)
25. 经皮脾门静脉核素显像在内镜套扎术疗效评估中的作用.....栗 华 赵幼安(52)
26. 急诊胃镜诊治上消化道大出血 58 例结果分析.....张晓林 田德辉(52)
27. 20 年内下消化道出血结肠镜检查结果分析.....徐晓云 赵红军等(53)
28. 急诊内镜下注药治疗消化性溃疡并出血 56 例.....吴国荣 郭建明等(53)
29. 老年人胃癌 152 例分析.....杨立军(54)
30. 染色放大电子结肠镜对结肠直肠癌及癌前病变的.....王明春 李绥军等(54)

31. 中晚期食管癌支架置入术 50 例临床体会.....代新幼 (54)
32. 9 例食道早癌内镜诊断体会.....赵保国 乔万虎 (55)
33. 胃癌癌前病变的胃镜下特征—附 1898 例胃镜分析.....施义方 (55)
34. 胃癌中 CGA、SY、GAS、SS、5-HT 的表达及临床意义.....沙隕石 叶龙珍等 (57)
35. 内镜下化疗缓释粒子组织间植入治疗消化道肿瘤的临床应用研究
.....李同昌 袁 魁等 (57)
36. 经内镜金属支架治疗老年食管贲门癌性狭窄 46 例.....李 健 李振锋等 (58)
37. 不能切除的晚期胃癌介入化疗的疗效观察.....徐幼龙 张世统等 (58)
38. 外周血 CEA mRNA、CEA 检测在结直肠癌诊断中的临床价值.....史 芸 (58)
39. 金属支架置入治疗胆道恶性梗阻性疾病的疗效分析.....张正坤 黄晓俊 (59)
40. 青年人胃癌 50 例临床分析.....余联珠 (59)
41. 内镜下胃肠道息肉射频治疗 114 例分析.....秦全喜 郑阿娟等 (60)
42. 内镜下电切治疗结直肠大息肉的临床研究.....欧阳锦盛 江 萌等 (60)
43. 微波、射频、高频电切术治疗胃肠道息肉的比较分析.....张明亮 谢家泰等 (60)
44. 家族性结肠息肉病家系调查和内镜随访.....杨红旗 方道连等 (61)
45. 内镜下微波治疗上消化道隆起性病变 38 例疗效分析.....吴秋珍 攀蓉淑等 (61)
46. 麻醉结肠镜检查的临床效果.....刘晓如 郝飞群等 (62)
47. 无痛胃镜下罕见异物取出体会.....龚 平 李中菊 (62)
48. 无痛胃镜检查 110 例分析.....蒋卫群 贺腊梅等 (63)
49. 经鼻腔/口腔超细径无痛性电子胃镜的应用报告.....徐 萍 王建林等 (63)
50. 川中丘陵地区消化性溃疡流行病学特征 (附 8188 例胃镜分析)
.....张旭东 张春玲等 (64)
51. 肝移植术后胆道并发症内镜治疗的探讨.....杨玉龙 刘小北等 (65)
52. 胃镜对食管乳头状瘤的诊治价值.....杨云珍 刘素珍等 (65)
53. 多酶清洗液在胃镜清洗中的应用观察.....胡云霞 (66)
54. 复合蛋白锌治疗儿童厌食偏食效果观察.....刘俊峰 (66)
55. 镜下诊治黑斑息肉综合征三例.....杨振英 张沛华等 (66)
56. 胃术后胃轻瘫肠内营养治疗及镜下置管方法探讨.....乔秀丽 高孝忠等 (67)
57. 急性重症胰腺炎 21 例治疗.....尚现伟 (67)
58. 超声内镜引导下 Trucut 肾活检的可行性评价.....孙 波 朱小英等 (67)
59. 快速尿素酶试验与组织学诊断幽门螺杆菌的结果比较.....沃千红 (68)
60. 胃镜下电凝止血 30 例临床分析.....田 红 王 梅等 (68)
61. 胃镜下取材满意度对慢性胃炎诊断的意义.....刘 莹 李 泉等 (68)
62. 消化道内镜在肝硬化诊疗中的应用.....杨文军 杨 青 (69)
63. 经胃镜球囊扩张治疗贲门失弛缓症的临床观察.....张秋生 彭侠彪等 (69)
64. 两种结扎方法联合治疗食管静脉曲张 40 例临床体会.....许 剑 周会新等 (70)
65. 内镜联合应用药物治疗巨大胃石症 5 例.....杨路亭 (71)
66. 小儿消化性溃疡 72 例胃镜资料分析.....乐庆胜 许亚红等 (71)
67. 波利特治疗十二指肠球部溃疡 40 例临床观察.....毛光国 王合利等 (72)
68. B 型超声导向下内镜乳头括约肌切开胆总管取石术治疗急性胆管炎
.....王曼彤 王宏光等 (72)

69. 内镜下经胆管十二指肠内瘘造影及取胆管结石.....全红 欧俭生等(72)
70. 胆道蛔虫病的内镜诊断和治疗体会.....郝俊鸣 佟艳铭等(73)
71. 成人胃镜取出小儿上消化道异物 10 例.....陈继理 王国杰(73)
72. 套管法在上消化道异物取出术中的应用.....姚忆蓉 殷 萍等(74)
73. 伏龙肝在胃肠道癌症出血内镜下止血治疗中的应用.....程福林 宛新建等(74)
74. 青白栓治疗溃疡性结肠炎临床研究.....潘 洋 刘树山(74)
75. 辩证施治治疗 298 例慢性乙型肝炎报告.....汤少玲(74)
76. 消化系统部分中西药合用误区分析.....李 华(75)
77. 苦黄汤与奥美拉唑根除幽门螺旋杆菌 98 例疗效分析.....陈振国 陈 明(75)
78. 脾虚湿热型溃疡性结肠炎临床特点研究.....韩 捷 马贵同(76)
79. 气囊扩张器治疗贲门失弛缓症的护理.....庞 影(76)
80. 高频电凝切除结肠息肉的护理配合.....尹良纯 李立平(76)
81. 内镜室的规范化管理.....吕艳萍 白雪梅(77)
82. 探条扩张治疗食管贲门狭窄 52 例临床分析.....王希明 李明成(77)
83. 萎缩性胃炎内镜检查及随访 229 例.....王希明 周宏远(77)
84. 耐信治疗胃食道反流病的临床观察.....孟云霞 杨 华(78)
85. 消化道类癌的诊断体会.....李 楠 吴 凯等(78)
86. 实时荧光定量 PCR 检测大肠癌患者外周血鸟苷酰环化酶 C 基因及意义
.....毛振彪 王唯一等(80)
87. 内镜治疗胆源性胰腺炎 40 例报告.....李国华 王 鹏等(81)
88. 内镜超声检查对上消化道疾病的诊断价值.....吴 明(81)
89. 内镜下热极治疗幽门口胃粘膜脱垂 37 例.....刘久法 杜选峰等(81)
90. 上消化道出血急诊内镜 358 例分析.....侯世焰 刘琼珠(82)
91. 超声内镜引导下 Trucut 肾活检的可行性评价.....孙 波 诸 琦等(82)
92. 经内镜金属支架治疗老年食管贲门癌性狭窄 46 例.....李 健 李振锋等(83)
93. 11 例特殊形态早期食管癌内镜诊断误诊原因的初步探讨.....罗 华 刘 扬(83)
94. Barrett 食管和食管腺癌组织中 Bcl-2 和 P53 基因蛋白表达及其相关性研究
.....邹 京力 卫祖发(84)
95. 胶囊内镜肠道准备初步探讨.....唐 艳 陈 星等(84)
96. 内镜、病理对胃癌术后残胃疾病的诊断与分析.....吴秋保(84)
97. 诊断与治疗逆行胰胆管造影并发胰腺炎因素分析.....徐唐丽 李晓林等(85)
98. 嗜酸性粒细胞性胃肠炎 7 例分析.....李松华(85)

例题交流

99. 胃病检查并发症分析.....时兰珍(86)
100. EMR 法切除巨大直肠息肉癌变一例.....索 标 苏派林等(86)
101. 内镜治疗妊娠期胆总管结石化脓性胆管炎 1 例.....张 戈 杨成俊(86)
102. 射频治疗非静脉曲张上消化道出血.....高德文 高 洋等(86)
103. 肠镜下活检治愈腹腔脓肿一例.....付肖岩 王文荣等(86)
104. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 88 例疗效观察.....李元新(86)
105. 经内镜成功钳去食管内异物 2 例的体会.....杨文军 杨 青(86)

专题讲 座

消化管浅表新生物与ESD

北京大学第一医院外科 张齐联

Endoscopic Submucosa Dissection (ESD)

ESD: 经内镜粘膜下剥离术。

EMR: 经内镜粘膜切除术。

消化管癌手术切除的疗效

食管癌(进展期)手术切除后五年生存率4%; 手术直接死亡率0-25%; 术后吻合口狭窄, 反流等并发症。

胃癌(进展期)手术切除后五年生存率12%; 手术直接死亡率1-6.5%; 术晚餐后腹胀, Dumping等并发症。

结肠癌(进展期)手术后五年生存率40%; 手术后30天内直接死亡率1-8%; 早期胃癌术后五年生存率达90%以上; 早期结肠癌达97%; T1早期食管癌达83%。

日本与西方早期癌的发现率

食管癌: 十年前早期癌只占4%, 现在为24%。(Yoshinaka et al. Am.J.Gastroenterol 1991; 86:1413)

胃癌: 早期癌占50%。(Shimuzu et al. Endoscopy 1995; 27:27); 而当前西方只有5%; 中国也在10%以下。

结肠癌: 日本约20%为粘膜内癌或T1期癌。

Rembacken 报告使用日本的检查方法后早期结肠癌也达20%, 也发现了平坦型和凹陷型结肠癌。(Lancet 2000; 355:1211)。无症状也做内镜检查; 使用各种染色方法使表浅病变的轮廓更鲜明和突出。

胃癌Borrmann 分型 (1926年)

I 型: 隆起型(Polypoid): 常伴有宽广的基底;

II 型: 溃疡型(Ulcerated): 边缘隆起分界清晰;

III 型: 溃疡浸润型: 边缘分界不清;

IV 型: 非溃疡弥漫浸润型;

日本有关早期胃癌的内镜分型(1962)

I 型: 隆起型或息肉状新生物性病变, 隆起高度超过其周围粘膜厚度的两倍;

II 型: IIa: 自粘膜面的轻微隆起;

IIb: 与周围粘膜间几乎无高低差, 平坦;

IIc: 粘膜面的浅凹陷, 深度不超越粘膜肌层;

III 型: 粘膜面的显著凹陷。

日本有关胃癌的改良分型 (1998)

Type-0: 隆起型 0-I (Ip, Is);

非隆起型 0-IIa、0-IIb、0-IIc; 0-III;

Type-1: 息肉状癌, 通常为广基;

Type-2: 溃疡型癌, 边缘隆起分界清晰;

Type-3: 溃疡浸润型癌, 边缘分界不清晰;

Type-4: 非溃疡型弥漫浸润型癌;

Type-5: 难以分型的进展期癌;

消化管癌浸润深度与淋巴结转移的关系

日本学者将食管粘膜层由浅向深分为以下三层: m1为上皮层、m2为固有膜层、m3为粘膜肌层; 同时将粘膜下层由浅向深分为sm1、sm2、及sm3三层。当癌浸润局限于m1和m2时, 淋巴结转移的可能性几乎为零, 最佳治疗方案为EMR; 当癌浸润达sm2及sm3时淋巴结转移率达40%, 唯有外科手术方能根治; 当癌浸润为m3及sm1时, 则需根据患者的全身状况及评估手术的得失来决定治疗方案。

日本学者采用测微法自粘膜肌层下缘向下测量, 当食管粘膜下层的癌浸润深度<200微米时淋巴结转移率很低, 可采用EMR根治; 胃癌浸润胃粘膜下层的深度不超过500微米时淋巴结转移率很低, 可采用EMR根治; 超越500微米则进入sm2, 应采用手术根治; 结肠癌浸润局限于粘膜下层的上1/3(<1000微米), 侧方扩展小于粘膜病变宽度的50%时, 淋巴结转移的可能性很小。

东西方对消化管浅表新生物性病变的不同认识及观点

西方认为日本制定的消化管浅表新生物病变的分型过于繁琐不适用, 为确定分型而使用的色素内镜影响工作效率; 他们倾向于根据肿瘤的大小、部位、及活检的组织学来决定及选择治疗方案; 并认为细胞异型性达到一定程度并侵及基底膜时才能诊断为早期癌; 而日本学者注重病变细胞的异型程度, 只要达到一定的异型性即使未侵及基底膜也诊断为早期癌, 内镜分型为选择EMR的重要依据。

食管、胃、结肠上皮新生物性病变的Vienna 病理分类(2000)

无上皮内新生物 Negative for IEN
不肯定有无上皮内新生物 Indefinite for IEN
低度上皮内新生物 (腺瘤/异型) Low-grade/High-grade
高度新生物 (上皮内或粘膜内) intraepithelial neoplasia
 腺瘤/异型 Adenoma/dysplasia
 非侵袭性癌
 疑侵袭性癌
 粘膜内癌 (侵袭固有膜)
 粘膜下癌

巴黎会议及内镜分类(2002)

2002年11月30日-12月1日在Lambert 及Lightdale的倡议下18名来自日本, 美国, 及欧洲的内镜、病理、外科专家聚集巴黎就消化管浅表新生物性病变的日本内镜分型的实用性及临床意义进行了探讨, 在此基础上制定了食管、胃、结肠浅表新生物性病变的巴黎内镜分型。内镜检查中所发现的消化管的“浅表性新生物”性病变通常指其内镜表现提示为一个小癌或一个非侵袭性的新生物性病变 (异型/腺瘤); 因此“浅表性新生物”包含未侵袭基底膜的新生物性病变及侵袭基底膜但深度限于粘膜层(食管和胃)或粘膜下层(结肠)的癌。这

类“早癌”意味切除肿瘤后有可能达到完全治愈，即其淋巴结转移率很低。柱状上皮的某些非新生物性病变（结肠的青年型或增生型息肉）也可有“浅表性新生物”的形态特征。日本已将此内镜分型方案应用于食管、胃、结肠。

胃浅表新生物内镜分型

绝大部分胃的浅表性新生物为0-II型，其中70-80%为轻微凹陷型0-IIc；0-I型(表浅息肉状)及0-III(凹陷型)都较少见。根据日本国立癌中心1990-1999十年间对2086个胃的浅表新生物的分析：在0-II型中侵及粘膜下层者低于40%。0-I型及混合型0-IIa+IIc中侵及粘膜下层分别达57%及65%；单纯IIa及IIb最低，分别为29%和20%，临床上只要其直径<2cm均可安全行EMR，而IIc的安全极限降为1cm。

食管浅表新生物内镜分型

根据日本143个中心1562个经病理证实的病变分析，约80%为0-II型。在1562个病变中约71%有粘膜下侵袭，其中尤以0-Ip或Is及0-III型最高，分别达79%及84%；而0-IIb型最低，只有15%。

结肠表浅新生物的内镜分型

根据日本一个大宗病例统计(1985-2003年19,560个病变)，直径<1.0cm的息肉状隆起型病变中侵及粘膜下层者少于1%；伴随其直径的增加当达到2.0cm时，0-Ip或0-Is的粘膜下层受侵率达30%，其中Is比Ip更高。所有凹陷型病变包括IIc的粘膜下受侵率均高，即使其直径<1cm也如此。因此虽然结肠的凹陷型病变少但因其粘膜下受侵率高，即使病变小也应重视。0-IIa及0-IIb的粘膜下受侵率比同样大小的0-I型病变低。

经内镜粘膜切除术(EMR)治疗消化管浅表癌

早期胃癌内镜治疗的各种方法：Polypectomy，激光、APC或ABC、光动力学(Photodynamic)、EMR。

EMR治疗消化管浅表癌的优点：

1. 为一种微创手术； 2. 与外科手术疗效相同，但手术时间及住院时间短，术后恢复快； 3. 费用少。EMR能否将某个消化管浅表癌治愈，关键取决于此病变是否伴有淋巴结转移。

EMR与传统外科手术疗效对比

对于分化好、直径<2cm的上消化道粘膜癌，EMR与外科手术疗效相同，五年生存无复发达99.5%。Kojima T, GI Endoscopy 48:550, 1988

侵及粘膜层或上1/3sm的食管癌中，EMR 34例，手术44例，其五年生存率分别为77%和85%。Shimizu Y. GI Endoscopy.56:387, 2002

EMR治疗早期胃癌的理论根据

日本国立癌中心报告5265例手术切除的浅表性胃癌的淋巴结解剖结果:1.1230例分化好直径<30mm的粘膜内癌，不论是否伴有溃疡均无淋巴结转移；2.929例不伴有溃疡分化好的M中，不论病变大小均无淋巴结转移；3.145例分化好的表浅性胃癌中，若粘膜下浸润<500微米也均无淋巴结转移。

传统EMR治疗早期胃癌适应证

原则:1. 淋巴结转移率非常低的病变；

2. 病变大小，部位，有可能进行一次性切除者；

2001年日本胃癌研究会制定的规约中，EMR适应证为：

1. 分化型腺癌 (pap., tub1., tub2.,)
2. 2cm以下的粘膜癌 (表浅隆起或表浅凹陷)
3. 表浅凹陷型中不伴溃疡

传统EMR的手技

1984年多田正大首创Strip Biopsy, 即“GraspAnd Pull 法, 需双腔内镜及两名助手。1992年井上晴洋首创塑料透明帽吸引法, 只需单腔内镜及一名助手。操作容易, 但很难将病变的中心准确吸入透明帽内, 也难以保持病变周围有充分的正常组织, 分割切除后难以构筑成原形。

传统EMR的并发症及死亡率

Namiki 1984年报告EMR总的并发症0.62%(115/18668), 死亡率0.01%(2/18668); Kasugai1989年报告EMR并发症0.41%(149/35491), 无死亡; Kaneko 1995年报告总的并发症为0.17%(492/296936), 死亡率为0.0001%(3/296936)。

传统EMR的并发症—出血

食管EMR: 多为静脉渗血内镜治疗多奏效, 很少有动脉出血;

胃EMR: 当病变很大或位于胃底的病变易发生出血, 且常有发生在术后12小时的迟发性出血;

结肠EMR: 迟发性出血可发生在术后14天, 内镜止血多能奏效。

传统EMR的并发症—穿孔

穿孔的第一症状为切除时突然疼痛, 此时应立即中止手术并细查粘膜。上消化道EMR穿孔率为0.06-5%; 结肠EMR穿孔率为0.35%(3/863), 而结肠息肉的穿孔率只有0.053% (4/7592)。Okamoto. 广岛医学1996; 49:585。一般结肠穿孔应手术, 上消化道穿孔可保守治疗。

传统EMR手技的缺点

1. 难以一次性完整切除(en bloc resection) 大于2cm的病变。
2. 即使是小于2cm的病变, 完整切除率R0约65-93%; en bloc 组比piecemeal组的复发率低四倍。后者难以构筑病变的原形。
3. 只有en bloc 切除才能获得完整标本做出准确诊断排除附加外科手术的必要性。

EMR具体手技的演变和进展

ESD (Endoscopic Submucosal Dissection)

经内镜粘膜下剥离术

1983年平尾雅纪曾用针形刀切开胃粘膜;

粘膜下层剥离法: 1996年细川浩一与小野裕之首

创顶端带有绝缘陶瓷园球的电刀 IT knife (Insulation-tipped diathermic knife)对>2cm的早期胃癌病变进行粘膜下解剖, 约90%直径>2cm的病变可一次性大块切除。

不同类型IT 刀及粘膜下注射液

IT 刀, 钩形刀(Hook knife), 针形刀, 三角形刀 (Triangle tip knife)。粘膜下注射液: 最常用者为NS+副肾素+靛胭脂 (Indigocarmine 20mg/5ml+0.1% epinephrine 1ml+NS 200ml); 50%高张葡萄糖液、甘油、0.5%透明质酸钠、纤维蛋白元等。

透明质酸钠

0.5% Sodium Hyaluronate具有高粘稠度, 日本临床用于注入关节腔治疗骨关节病, 注

入粘膜下后可保持与混入的副肾素及染料长时间不吸收保持病变的隆起状态；虽然粘稠度高但等张，对注射的组织无毒且无害，缺点为价格昂贵。山本博德同时使用一个长8mm附加在内镜顶端的锥形透明塑料帽，en bloc切除率达89% (42/47) (<20mm的病变)；对>20mm的病变为48%(11/23)。

纤维蛋白元混合液

应用IT刀后显著提高了en bloc的成功率，宫本报导：<20mm病变的成功率为64%(56/87)，>20mm病变的成功率为31%(11/36)。对困难部位的病变也提高了en bloc的成功率：近端胃体60%；后壁65%。Fibrinogen为血液制品糖蛋白，具有大分子量达340kDa；血管破损后迅速转化为纤维素而止血。因此除可造成病变长时间隆起外尚有止血作用。

ESD的主要手术步骤

1.ESD前应仔细观察病变范围，必要时色素染色，在肉眼定为正常粘膜的四个部位活检确认；

2.切除前先确认前次活检的疤痕，在距病变四周5mm处用针形电刀做切除标志；

3.粘膜下注入生理盐水 (NS 200ml+副肾素0.5mg+靛胭脂)，使病变部隆起；

4.前切开：为了将IT刀顶端的陶瓷小球插入病变的粘膜下层，先在病变外侧5mm先做小切开；

5.全周切开：由小切口处插入IT刀将病变全周切开，深度达粘膜下层；

6.粘膜下层剥离；全周切开后应再次向粘膜下注入NS，应用混合电流 (切开波120W，凝固波50W)进行剥离，最后用snare切除。

7.标本伸展固定；

8.术后静脉点滴PPI

IT刀分离剥脱法的优缺点

分离剥脱法	传统EMR法
一次性切除的病变>2cm	一次性切除的病变<2cm
手术时间长	手术时间短
出血发生率 17%	3.6-4.5%
穿孔发生率 6.7%	0.3%

From J. Fujisaki

Digestive Endoscopy Vol.15, Sup. July2003

ESD: En bloc成功率及并发症

小野裕之: en bloc in one piece 成功率96%(471/488例)；穿孔率：5% (47/906)，全部保守治愈；小山恒男: From Jan.2000—Dec.2004 五年内en bloc成功率97%(401/412)；穿孔率1%(4/412)；需输血0.3% (1/412)；无需急诊手术者 (0/412)。

欧洲应用IT刀切除消化管IEN

Rosch T. 应用IT knife 结合其他附件切除粘膜IEN 23例(24个病变)，SMT 14例。En bloc One piece成功率在IEN中仅25%，在SMT 中为36%。若放宽标准在IEN中达65%。并发症：穿孔：1例；严重疼痛但无穿孔1例；出血需内镜止血3例，需吸引 1 例。发生率为 16 %。Endoscopy 2004； 36:788

经内镜切除326例Barrett's食管及早期新生物的组织学分析

31例标本中未见新生物，从分析中排除；余295例711个切除标本中均找到新生物，其

中低度IEN为1.0%；高度IEN为2.7%；粘膜癌为80.3%。粘膜下癌很罕见，其中sm1: 7.5%、sm2: 3.7%、sm3: 4.8%。侵及淋巴管者10例 (3.5%)，其中6例为sm2或sm3，3例为sm1，1例为高分化粘膜癌。无一例侵及血管。

绝大部分病例为高分化癌占72.2%，其中约92.7%仅侵及粘膜层，而中分化及低分化分别为73.7%及22.7%。

R0 达74.5%，但首次R0只有26.8%，另有47.8%为重复切除后达到R0。

EMR 治疗早期食管癌

1990年开始应用于食管，但不如胃普及，原因：食管腔比胃腔小操作较难，壁薄易发生出血、穿孔、纵膈感染等并发症。通常采用注射隆起切割或透明塑料帽吸引切除，一次性切除面积<1.5cm，分割切除则复发率高。IT刀的难点:1.管腔小致IT刀与管壁间形成锐角，很难做环周切口；2.前切开易出血；3.壁薄易穿孔；4.粘膜下组织松弛注入的NS易扩散到周围消散。

EMR 治疗Vater乳头肿瘤

1989年Shemesh, Ponchon相继报告，但早期发现Vater乳头肿瘤及准确分期困难，EMR的合并症高，迄今积累的病例不多。适于EMR的病例:1.外露的肿瘤型腺瘤或腺瘤癌变；2.病变未侵及十二指肠固有肌；3.病变未侵及胆管胰管。术前应用EUS及IDUS进行分期，应用切割电流切除避免凝固电流引起乳头水肿及胰腺炎。Maguchi报告11例，5例有并发症(41.7%)，主要为出血及胰腺炎。但随诊两年无复发。

EMR 治疗早期结肠癌

应用高分辨率电子内镜，放大内镜及EUS有可能对结肠癌的浸润深度做出准确判断，EMR更适合应用于侧方扩展型肿瘤。采用测微技术将SM层

分为:	SM1	SM2	SM3
	569.4微米	2509微米	3039微米
血管侵	15.7%	31.5%	54.5%
淋巴结(+)	0%	10.5%	10.7%

粘膜下浸润<2197微米时无淋巴结转移，可EMR，多采用有计划的分割切除法。

From Tamura

上消化内镜检查程序化

首都医科大学附属北京友谊医院
北京市消化疾病中心(100050)

于中麟

内镜检查若漫不精心，觉得很熟练，只要求速度，照像又少，无人核查，有漏诊的可能性，因此要有定处定点照像，定时核查该片的必要性。

1. 食管

过咽喉，从上部经活检管道 50ml NS 冲洗加含消泡剂最好。血管网树枝状向贲门EGJ变直栅状拍照，粘膜透明，血管网透见。

(1) 食管入口，细树枝状；

(2) 胸部食管、降主动脉、左支气管压迫第二生理狭窄，细树枝状血管，下部为心脏，挤压变形，边界不清；

(3) EGJ(第二生理狭窄部)

齿状线、食管裂孔部随呼吸收缩松弛，血管呈栅状。EGJ、SCJ(Z线)贲门括约肌三者几乎位置一致，滑动型HH，SC粘膜自EGJ收缩狭窄部 >2cm，<2cm正常，贲门功能低下，贲门开口扩大；

(4) 食管上段在进时观察困难，一定要在退镜时缓慢拔镜注气再观察，常发现异位胃粘膜岛，糖元棘皮症；

注意：12点和6点的切线位置勿漏诊，要up or down正面观察及全周性观察。

染色：1.5-3% (Lugol) 卢戈

0.05% crystal violet 龙胆紫

2% 甲苯胺兰

10% 硫代硫酸钠

精查血管网--透明帽

粘液冲洗液

无菌蒸馏水或盐水 50ml

二甲基硅油 10ml

糜蛋白酶 4000u (一支)

2. 食管胃结合部的胃侧

胃 胃贲门直下部

体底嵴

沿大弯前进，循腔前进，注意小弯侧，胃体底交界

胃钩型 牛角型 注意胃轴型

胃体上部 左右前后壁 小弯大弯

中部 左右前后壁 小弯大弯

下部 左右前后壁 小弯大弯

注意送气量

胃角 正面 上面 窦侧面

胃窦 大小弯、前后壁

球部 前壁 后壁 大小弯

球后、十二指肠降部

远看乳头

贲门 低位翻转法

高位翻转法

胃低穹隆部

发现病变拍片要求：正面

侧面

近景

远景

染色后
治疗前后

时刻有发现早期微小癌的强烈愿望、责任感

微小癌 < 5mm

小 癌 < 10mm

特点：孤立红斑

孤立糜烂

0-I 型：高度超过粘膜层，表面颗粒、结节，常伴糜烂，可能出血；

0-II 型：

0-IIa：隆起平，不超过粘膜厚度，表面稍不平，颗粒、发红；

0-IIb：稍发红、褪色，表面粗糙，难发现；

0-IIc：虫蚀状浅凹陷，凹陷面不稳，褪色、发红，皱襞集中，前端虫蚀状，变细断裂，棒状；

0-III 型：良性溃疡，边缘癌变或恶性上皮覆盖；

混合型：IIc+III、III+IIc

胃镜活检的准确性

胃

1. 提高活检准确性要牢记正面取材，注意选用活检钳，但直视镜在食管呈侧面像或切线，搏动、蠕动下活检绝非简单。

胃角的小弯、后壁呈切线位，癌浸润度难准，侧视镜则更优。现今使用直视 Panendoscopy，最大缺点有些部位不能正面观察和活检。

2. 活检部位：如图

3. 活检块数：第一块十分重要，一定要铭记在心。

(1) 活检块多一些好，但不等于不正确的活检愈多愈好；

(2) 门诊一般以 5 块为限；

(3) 进展型胃癌最少 3 块，太少则有时只见坏死肉芽组织；

(4) 早癌 IIa 最少 3 块。IIc、IIc+III 则 3~4 块；

(5) 溃疡 > 1cm 全周最少 4 块；< 1cm 溃疡或瘢痕最少 2 块；

(6) 隆起息肉最少 2 块。

4. 近年早癌行 EMR 切除

应在病灶处注印度墨水标记，防止遗漏病变。活检时注意提起征能否将病变凸起。

5. 多发病变，早癌有 15% 是多发，分别活检。

食管活检

侧视，活检钳侧面伸出，切线难度大

1. 选用钳前端变细易弯的活检钳，Medwork 产品；

2. 稍吸气再钳，尽量接近正面，借助蠕动波；

3. 反应性染色是必须的，不可缺少。

胆胰疾病介入治疗现状与展望

第二军医大学胰腺疾病研究所 (200433)

李兆中

第二军医大学附属长海医院消化内科

近二十余年来,随着内镜及放射介入技术的不断发展,胆胰疾病的非手术治疗成为可能。由于胆胰疾病的介入治疗日趋成熟,具有安全、简便、并发症低等优点,已成为胰胆疾病治疗的重要手段,特别是以内镜技术为代表的微创治疗在胆胰疾病中作用越来越大。据检索国内自1995年2月至2001年11月间发表关于胆胰疾病的内镜治疗的文章共103篇。以论著及病例报告居多,综述及译文13篇;刊于50余种杂志上,其中在中华级杂志发表文章15篇;时限以98年后发表文章较多;分布范围有大城市、大医院,也有中小城市和医院,其中以上海地区发表文章最多。介入治疗已逐步成为某些胆胰疾病的重要治疗手段。

一、胆道疾病的介入治疗现状

胆道疾病的介入治疗是开展较为广泛和较早的。微创技术进入胆道的途径有3条:首先是经口的ERCP途径,再次是经皮经肝胆管途径(PTCD),第三是经皮经腹途径亦即腹腔镜治疗。

1973年Kawai、Classen等相继报道了经内镜十二指肠乳头括约肌切开术(EST)治疗胆总管残余结石和复发结石。国内于20世纪80年代初期上海等地首先开展了EST治疗技术,目前已成为胆总管结石的主要治疗手段。1975年川井和永井首先经内镜下十二指肠鼻胆引流(Endoscopic nasobiliary drainage, ENBD)获得成功,1977年Wurbs和Classen采用ENBD治疗急性化脓性梗阻性胆管炎获得成功,从此ENBD开始用于胆道疾病的治疗。已成为胆道梗阻减黄主要技术。长海医院报道349例良、恶性胆道梗阻患者行ENBD,引流成功率为95%。ENBD还用于硬化性胆管炎所致胆道梗阻的治疗,并取得了令人鼓舞的初步疗效。Wagner等报道,反复用气囊扩张胆管的狭窄部,插入鼻胆管,注入生理盐水进行冲洗,连续1周,随访23个月,67%的患者临床症状、肝功能显著改善。

内镜下胆管塑料支架引流术(Endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)首先由德国Soehendra于1979年报告,并很快为世界各地的医生所采纳,目前已广泛应用于良、恶性胆管狭窄的内镜治疗。近20年来,为增强引流效果,预防阻塞,塑料支架的材料和设计不断改进。目前常用的支架材料有聚乙烯(polyethylene)、聚氨酯(polyurethane)和聚四氟乙烯(teflon)。支架内径有7Fr、8Fr、10Fr和12Fr不等,直径太细引流效果不佳,太粗放置时操作较困难,因而10Fr支架应用较为广泛。ERBD治疗恶性胆道梗阻的可达到外科手术的水平,且并发症少,住院时间短。但与手术相比塑料支架阻塞率高。1985年Carrasco等率先将可膨胀式金属支架应用于胆管狭窄的治疗(EBMSD),1989年始在世界范围内广泛应用于恶性胆管梗阻的减黄治疗。90年代国内引进此项技术,首先在上海应用。金属支架扩张后直径可达7~10mm,且金属丝与细菌的接触面积小,并可被胆道上皮黏膜覆盖,因而在预防细菌滋生、保持支架持久通畅方面有不容置疑的优点。但其价格昂贵,通常是塑料支架的10倍,因此其临床应用受到一定限制。对于晚期肝门部肿瘤引起的胆管狭窄及壶腹部恶性肿瘤及慢性炎症引起的胆、胰管狭窄,可行内镜下多根胆道支

架内引流术及胆管、胰管双支架引流术。Cremer 曾比较了肝门部胆管癌放置单根和双根内置管引流的疗效,结果 30 天内死亡率分别为 29%和 9%,平均存活期为 5.3 个月 6.5 个月,晚期死于败血症者分别为 46%和 13%。长海医院报道 14 例胆管狭窄伴胰管狭窄患者,胆胰管双支架引流后 2 周、1 月及 3 月黄疸消失率分别为 50.0%、71.0%和 93.0%,术后 2 周上腹痛缓解率为 75.0%;未发生与操作相关的早期并发症,术后 3 月未发现支架移位及阻塞情况。

1987 年法国医师 Mouret 完成了首例腹腔镜胆囊切除术,此后腹腔镜技术不断完善,结合胆道镜、十二指肠镜技术三镜联合可对肝内外胆管结石、狭窄行多次取石及置放支架治疗。成都市二院陈安平采用三镜联合治疗原发性肝胆管结石 31 例。经十二指肠镜手术治疗肝外胆管尤其是胆总管下端结石及狭窄。经腹腔镜手术行胆囊切除(LC)及结合胆道镜行肝胆管探查术(LCDE)和耐高压球囊导管扩张术(LPBD),解除肝门部胆管梗阻及狭窄。术后 2 月行胆道镜和/或十二指肠镜治疗残余结石及肝内外胆管内支撑引流术。结果是 31 例均获成功,未再施行开腹手术,认为三镜联合治疗原发性肝胆管结石具有创伤小、结石除净率高,狭窄胆管球囊导管扩张安全有效。

ERCP 与 PTCD 联合操作技术(combined endoscopic-radiological rendezvous procedure)主要用于胆管造影失败而又需要胆道内引流或其他胆道内操作者。对于胆管狭窄引起梗阻性黄疸者先行 PTCD 外引流,减黄 1~2 天后经 PTCD 管插入引导钢丝至十二指肠腔,内镜操作者用圈套器套住或活检钳夹住引导钢丝软端,经内镜活检孔道拔出。若发现乳头开口处及胆管狭窄明显者,可先行十二指肠乳头切开术及胆管狭窄处扩张术,再沿引导钢丝按常规置入胆管引流支架。若为肝门部肿瘤,有多支肝内胆管梗阻者,则在拔除 PTCD 管后,按需要经乳头置入多根胆管支架,以达到最佳引流效果。长海医院采用该技术成功治疗 7 例胆总管恶性狭窄病人,3 例为胆管低位梗阻,4 例为胆管梗阻 PTCD 术后,为患者置入内支架,未发生严重并发症。Vitale 等采用内镜治疗 313 例胆管良恶性狭窄患者,其中 2 例良性狭窄 15 例恶性狭窄 ERCP 插管失败,改用联合操作技术置管均获成功。可见常规 ERCP 操作困难时,内镜与 PTCD 联合操作可提高内镜治疗胆管梗阻性疾病的成功率。

二、胰腺疾病介入治疗现状

胆石仍是急性胰腺炎的主要致病因素。急性胰腺炎患者中 30~60%可检出结石,而在重症急性胰腺炎中有胆总管结石者高达 63%。八十年代初, Cotton 和 Beales 研究证实急性胰腺炎不是 ERCP 的禁忌症。1989 年, Sherman 等经过大量的临床研究,确立了治疗性 ERCP 在胰腺疾病治疗中的地位,内镜迅速成为良恶性胰腺疾病的常规治疗方法。近十年来,众多研究已对疑有胆源性胰腺炎患者实行早期(发病后 24~72h 内) ERCP 检查及治疗达成共识。治疗性 ERCP 可清除胆管结石,恢复胆流,减少胆汁胰管反流,从而使重症胆源性胰腺炎患者病情迅速改善并可减少复发,疗效明显优于传统常规治疗,成功率也可达 90%以上。长海医院曾报告了 66 例急性胰腺炎早期 ERCP 及乳头取石和鼻胆管引流治疗效果: ERCP 组腹痛缓解天数及平均住院天数分别为(11.5±3.6d)及(21.7±5.0 d),明显短于对照组(15.4±7.8d)及(33.0±6.8 d),血清淀粉酶恢复时间两组相差不显著,而且未发生与操作相关的并发症,显示急性胰腺炎早期 ERCP 及内镜治疗是安全有效的,强调对胆源性胰腺炎应尽早行 ERCP 及内镜治疗。

慢性胰腺炎的治疗仍较困难, ERCP 可发现胰管结石,胰管狭窄或胰腺假性囊肿,内镜治疗主要为 EST、结石清除、扩张胰管、支架置入和外引流等,从而达到去除胰石、解

除梗阻、引流胰液、缓解疼痛等治疗目的。Binmoeller 等经内镜放置主胰管内支架引流 93 例慢性胰腺炎腹痛患者, 74% 患者 6 个月内疼痛缓解, 经长期随访 (平均 4.9 年), 87% 腹痛无复发, 75% 体重增加, 全身营养状况改善; 49 例平均引流 15.7 月后取出支架平均随访 3.8 年, 36 例 (73%) 仍无腹痛发作; 目前我国学者已作了一些探索, 也取得了一定的成果, 但胰腺疾病的内镜治疗还处于发展与完善阶段, 很多方面还是空白, 与胆道疾病相比, 中国胰腺疾病的发病率较低, 开展内镜治疗的单位甚少, 目前仅见少数病例报道。长海医院曾对 14 例临床及影像学检查确诊的慢性胰腺炎伴胰管狭窄患者在内镜下进行胰管内支架引流术, 结果 14 例患者均在内镜下内支架一次性置入成功, 术后随访 28-520 天, 14 例患者术后近期 (<3 个月), 腹痛缓解率为 92.9% (13/14), 1 例无效; 远期 (≥3 个月) 腹痛缓解率为 84.6% (11/13), 2 例复发 (15.4%); 内支架持续引流时间为 90-520 天, 平均 286 天。任旭等经内镜治疗 29 例慢性胰腺炎, 29 例中经内镜行胰管括约肌切开术 (EPST) 27 例次, 副乳头切开 8 例次, 乳头括约肌切开术 (EST) 6 例次, 网篮取胰石 9 例次, 胰管内引流 (PDE) 7 例次, 鼻胰管引流 (NPD) 3 例次, 辅助探条或球囊扩张共 14 例次。29 例中 26 例 (89.7%) 治疗后腹痛消失或明显减轻, 9 例胰腺结石患者中 6 例取出结石, 7 例 PDE 第六周末拔管, 引流管未阻塞。18 例随访 1 年半, 3 例腹痛再发。

外科手术引流曾是胰腺假性囊肿的唯一治疗手段, 随着内镜设备的改进与超声内镜 (EUS) 的临床应用, 目前经 EUS 腔内 (胃或十二指肠) 引流紧贴胃或十二指肠壁胰腺假性囊肿已成为重要临床治疗手段并获得良好疗效, 其复发率及死亡率均较外科手术为低。鼻胰管引流适用于囊肿与主胰管相通者。在胰腺假性囊肿合并主胰管完全阻塞患者, 经腔内穿刺引流囊液是内镜介入唯一可行途径。Giovannini 等在 EUS 引导下行囊肿胃造瘘 6 例, 5 例囊肿引流, 1 例放置内支架, 随访 6 个月, 1 例复发, 无并发症发生。

胰腺分裂症的内镜治疗有经副乳头扩张, 副乳头切开及置管引流。长海医院治疗了 10 例胰腺分裂症, 4 例作副乳头切开及扩张, 5 例行胰管支架置入治疗, 症状均得到缓解。乳头切开可扩大乳头开口以增加引流, 但短期内易再狭窄, 引起胰腺炎复发。

胰腺癌患者往往有严重胰管及胆管狭窄造成梗阻, 引起一系列症状, 长海医院采用塑料、金属胆道支架, 塑料胰管支架经内镜主乳头置入胰胆管引流良恶性胰胆管梗阻 148 例, 塑料胆道支架组成功率 94.7%, 良、恶性梗阻引流有效率分别为 89.3% 与 79.3% ($P < 0.05$)。金属胆道支架与塑料胰管支架组成功率与有效率均为 100%。胰胆管梗阻内置管引流术是一种安全有效的治疗手段。

三、胆胰疾病介入治疗的前景

在我国胆胰疾病的介入治疗水平已接近国际水平, 但就应用范围和开展技术的深度来讲, 各级医院技术水平参差不齐。部分医院 ERCP 医师未受过正规系统培训, 技术十分粗糙。国内许多县以上医院虽已具备开展微创治疗的设备, 但使用率却很低, 远远不能满足临床胆胰疾病患者的需要, 因此在未来普及这些技术仍是我们工作的重点。

近年来在香港消化内镜学会、日本消化内镜学会大力支持下, 中华消化内镜学会召开了 6 届消化内镜及胃肠病学术会议及 2 届中日消化内镜研讨会, 国外多名著名的消化内镜专家现场操作演示及“手把手”操作培训。Olympus 公司、Pntex、Fujinon 公司也召开了多届超声内镜研讨会, 使中国消化内镜医生受益匪浅, 我国胆胰疾病的内镜诊疗水平有了较大提高, 积累了一定的经验, 但就目前情况来看, 应用规模和技术开发等方面仍显不够, 尤其是在操作技术熟练程度、规范化、并发症预防、临床资料总结、随访及深入研究等方

面与国外相比差别甚大，有些领域仅是少数医院及少数专家的尝试，特别是在胰腺疾病内镜治疗有些领域尚未开发，相信随着内镜及附属器械的迅速发展，通过更进一步的学术交流、先进仪器设备的推广，“手把手”培训等方法，再加之全国同道的不断研究、总结、交流和提高，胆胰疾病的介入治疗将不断得到推广及普及。

参考文献略

Vater 壶腹腺瘤的内镜处理

四川大学华西医院消化科 (610041) 唐承薇

临床表现: 腹痛、黄疸、GI 隐血、贫血、肝功异常、复发性胰腺炎、胆胰管扩张。

组织病理学: 腺瘤 最常见

腺癌
淋巴瘤
神经内分泌肿瘤
脂肪瘤
纤维瘤
平滑肌瘤
错构瘤

壶腹腺瘤

- 散发病例

普通人群尸检阳性率 0.04 to 0.12%

- familial adenomatous polyposis (FAP)

50 to 100% FAP 病人将发生十二指肠腺瘤，且常发生在壶腹部。

- 与结肠腺瘤相似，壶腹部腺瘤也可能恶变

- 及时的诊断、切除及随访对避免并发症及恶性转变非常重要。

诊断

- 宜用十二指肠侧视镜

- 对 FAP 患者应定期作十二指肠镜检查了解有无十二指肠腺瘤等情况

常为十二指肠乳头上或附近的无蒂的息肉、甚至溃疡样；息肉表面可有胆胰液。

腺瘤可向导管内生长。一个研究报告，52 例壶腹部腺瘤，大多数是腺癌，有 37% 的腺瘤向导管内生长。84% 患者有胆总管扩张。

术前诊断为腺瘤的病例，术后病理发现约 30% 有重度不典型增生甚至腺癌。

内镜切除的肿瘤应尽可能回收，充分的病理检查有助于决定预后、随访及进一步的治疗。

治疗

- 内镜

壶腹部腺瘤的初级治疗宜选择内镜切除，对于手术有禁忌的患者则是唯一的办法。对壶腹癌的预防有积极作用

大息肉 分块切除+电灼治疗

对 FAP 病人常用电灼治疗

- 外科手术

胰十二指肠切除术 pancreaticoduodenectomy (PD)

PD 死亡率高 并发症多

成功的治疗

- 能否全部切除?

- 复发?

3年内无复发

即使复发, 内镜下很容易切净

- 约 80%患者可获得成功治疗

不成功的治疗

- 不能切净

- 复发需要外科治疗

- 复发时出现腺癌

术后随访

- FAP 患者复发率高, 必须内镜随访

- 推荐随访 1~3 年

炎症性肠病的内镜检查与诊断标准解析

四川大学华西医院消化内科 (610041) 欧阳钦

炎症性肠病 (IBD) 诊断是在排除有因可查的各种肠道炎症的基础上按照诊断条件进行诊断。其中内镜检查具有重要作用, 内镜诊断是诊断的关键, 但是内镜表现只有相对的特异性。各种改变的组合在 UC 与 CD 诊断价值不同, 值得深入探讨。此外, 2000 年在成都召开的炎症性肠病诊治规范的建议已公布 4 年, 但调查发现使用推广还有待时日, 因此有必要对此予以解析, 以利广泛正确使用。

一、IBD 的内镜表现:

正常粉红, “三文鱼”样红色 (salmon pink in color)。

1. 一般特征:

UC: 亲和性, 连续性, 上升性, 浅表性, 区域性

CD: 节段性, 跳跃性, 穿壁性, 非对称性, 直肠较少受累

2. UC 特征描述:

弥漫性红斑, 充血, 水肿, 血管纹模糊, 接触出血。

Wet sandpaper, map-like, bear-claw ulcer

糜烂或溃疡 246 / 468 (50.6%)

3. CD 的特殊描述:

Pouched-out ulcer, skip lesion, FAE, Aphthoid ulcer

纵行溃疡, 裂沟, 卵石征, 肠腔狭窄, 肛门病变。