

消化内镜新技术 治疗图谱

主 编 叶丽萍 张金顺



科学出版社



消化内镜新技术 治疗图谱



主 编 叶丽萍 张金顺

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书以图谱的形式介绍消化内镜微创治疗的新技术。全书共 11 章,介绍了内镜治疗方法,包括分片黏膜切除术、黏膜下切除术、黏膜下挖除术、胃全层切除术、经黏膜下隧道肿瘤切除术、经口内镜下肌切开术、内镜下门静脉高压性静脉曲张治疗术、消化道支架、超声内镜引导下胰腺假性囊肿穿刺术、内镜逆行胰胆管造影术及特殊病例等。作者收集了 1100 余幅临床内镜治疗病理图,图像清晰、色彩逼真,图文并茂。

本书可供消化内科医师阅读,也可供相关专业研究生参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

消化内镜新技术治疗图谱 / 叶丽萍, 张金顺主编. —北京: 科学出版社, 2016.4

ISBN 978-7-03-048009-5

I. 消… II. ①叶… ②张… III. 内镜-应用-消化系统疾病-治疗-图谱 IV. R570.5-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 067187 号

责任编辑:马 莉 董 林 / 责任校对:钟 洋

责任印制:赵 博 / 封面设计:龙 岩

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京利丰雅高长城印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016 年 4 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2016 年 6 月第二次印刷 印张:16 1/2

字数:391 000

定价:118.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

编者名单

主 编 叶丽萍 张金顺

副主编 毛鑫礼 周贤斌

编 者 (以姓氏笔画为序)

马薇薇	王 俊	王 超	王珍珍	王玲玲
方从诚	冯仙菊	杨小敏	杨夏玲	吴坚芬
何必立	何赛琴	沈玲燕	张 玉	张 艳
林敏华	季新荣	金 翔	金保富	骆定海
顾彬彬	黄 勤	黄美君	梁丽萍	彭金榜
颜小丹				

编写单位 浙江省台州医院消化内科内镜中心

作者简介



叶丽萍, 主任医师, 浙江省台州医院消化内科、内镜中心主任, 温州医科大学教授、硕士研究生导师。浙江省消化内镜分会副主任委员, 台州市医学会消化病及消化内镜分会主任委员, 叶丽萍名医工作室领衔人。享受国务院特殊津贴, 全国先进工作者, 全国五一劳动奖章获得者, 浙江省第十一届、第十二届人大代表。从事临床消化及消化内镜工作 20 年, 在国内较早开展超声内镜引导下穿刺术、ESD、内镜隧道技术及消化道肿瘤内镜切除术, 受邀参加 2013 年 UEGW 大会 “STER: a minimally invasive endoscopic procedure for upper gastrointestinal subepithelial tumors” 并发言、2014 年 DDW 大会 “Endoscopic full-thickness resection with defect closure by clips and an endoloop for gastric subepithelial tumors arising from the muscularis propria” 并发言。

序

近十余年来,随着消化内镜诊疗技术的不断发展,我国的消化内镜治疗新技术也不断涌现。但是,全面系统地开展消化道疾病内镜治疗和临床研究的医院并不多,浙江省台州医院叶丽萍教授是国内较早开展消化内镜治疗技术的医生,尤其是在消化道肿瘤内镜切除方面,是国内著名的消化内镜专家。她带领的团队是一个“创新、凝聚、合作”的集体,本着“强内镜技术,促学科发展”的精神,十几年来,不断学习总结。“宝剑锋从磨砺出,梅花香自苦寒来”,叶丽萍教授带领团队开展的项目,技术水平及其规模均处于国内该领域的前列,并在国际上享有一定的知名度。她自创“十”字切开法挖除消化道黏膜下肿瘤、尼龙绳结扎荷包缝合法修补食管自发性破裂等技术在临床应用,取得较好效果,得到同行的认可。

为了更好地推广消化内镜微创治疗技术,叶丽萍教授带领团队回顾并总结本科室十几年来积累的丰富临床资料和内镜治疗经验,收集了大量内镜治疗的图片,花费数年的心血,编写了《消化内镜新技术治疗图谱》一书。我有幸浏览了该书原稿,深感该书内容丰富、图文并茂、深入浅出、直观实用,可读性强。该书是叶丽萍教授从事消化内镜诊疗工作十几年的经验总结和智慧结晶,她将自己的经验毫无保留地贡献给广大消化内镜同仁,相信能给消化内镜工作者带来帮助,特作此序,将本书推荐给从事消化内镜工作的广大同仁。

中华医学会内科学分会 主任委员
浙江大学附属第一医院 教授

厉有名

前言

随着内镜技术的进步，消化内镜已经从过去单纯的诊断阶段，进入融诊断、治疗于一体的崭新篇章，日益成为消化系统疾病诊治不可缺少的重要手段。消化内镜微创治疗与外科手术相比，因其具有简便、安全、有效的优势，近年来也逐渐在国内各大医院普及，并在基层医院推广。

笔者 2004 年在日本东京大学癌症中心短期观摩学习，回国以后，即用针状刀自制了一把钩刀开始摸索着做 ESD 手术，至今已经过去整整十年。笔者所带领的团队是一个“创新、凝聚、合作”的集体，本着“强内镜技术，促学科发展”的精神，十几年来，不断学习总结，自创“十”字切开法挖除消化道黏膜下肿瘤、尼龙绳结扎荷包缝合法修补食管自发性破裂等技术并在临床应用，取得较好效果，得到同行的认可。

为了更好地推广消化内镜微创治疗技术，笔者回顾并总结本科室十几年来积累的丰富临床资料和内镜治疗经验，收集了大量内镜图片，花费几年的心血，撰写了《消化内镜新技术治疗图谱》这本书，将自己的经验总结贡献给广大内镜同仁，相信能给内镜工作者带来帮助。

感谢爱尔博公司、COOK 公司及奥林巴斯公司对本书的出版给予的大力支持。

本书中若有错误及不足，恳请广大读者批评指正。

浙江省台州医院 主任医师、教授
消化内科、内镜中心主任 叶丽萍
浙江省消化内镜分会 副主任委员

目 录

第1章 内镜分片黏膜切除术 /1

病例1 食管黏膜异型增生 /2

病例2 食管黏膜异型增生 /4

病例3 食管黏膜异型增生 /5

病例4 食管黏膜异型增生 /7

病例5 食管黏膜异型增生 /9

病例6 食管黏膜异型增生 /11

参考文献 /14

第2章 内镜黏膜下切除术 /15

第一节 食管黏膜病变 /16

病例1 食管黏膜异型增生 /16

病例2 早期食管癌 /18

病例3 早期食管癌 /20

病例4 早期食管癌 /21

病例5 早期食管癌 /23

第二节 胃黏膜病变 /25

病例1 胃黏膜异型增生 /25

病例2 胃黏膜异型增生 /27

病例3 胃黏膜异型增生 /28

病例4 胃腺瘤 /31

病例5 早期贲门癌 /32

病例6 早期胃癌 /34

病例7 早期胃癌 /36

病例8 早期胃癌 /39

病例9 早期胃癌 /41

病例 10 早期胃癌 /42

病例 11 早期胃癌 /45

病例 12 早期胃癌 /46

病例 13 早期胃癌 /48

病例 14 早期胃癌 /50

第三节 胃黏膜下病变 /52

病例 1 胃脂肪瘤 /52

病例 2 胃脂肪瘤 /54

病例 3 胃异位胰腺 /56

病例 4 胃异位胰腺 /58

病例 5 胃异位胰腺 /59

病例 6 胃间质瘤 /61

第四节 结直肠黏膜病变 /63

病例 1 直肠侧向发育性肿瘤 /63

病例 2 直肠侧向发育性肿瘤 /65

参考文献 /67

第 3 章 内镜黏膜下挖除术 /68

病例 1 胃平滑肌瘤 /69

病例 2 胃平滑肌瘤 /71

病例 3 胃间质瘤 /72

病例 4 胃间质瘤 /75

病例 5 胃间质瘤 /77

病例 6 胃间质瘤 /79

参考文献 /80

第 4 章 内镜下胃全层切除术 /81

病例 1 胃异位胰腺 /82

病例 2 胃血管球瘤 /84

病例 3 胃间质瘤 /86

病例 4 胃间质瘤 /88

病例 5 胃间质瘤 /89

病例 6 胃间质瘤 /90

病例 7 胃间质瘤 /93

病例 8 胃间质瘤 /94

病例 9 胃间质瘤 /96

病例 10 胃间质瘤 /99

病例 11 胃间质瘤 /100

病例 12 胃间质瘤 /103

病例 13 胃间质瘤 /105

病例 14 贲门早癌 /106

参考文献 /110

第 5 章 内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术 /111

第一节 食管黏膜下病变 /112

病例 1 食管平滑肌瘤 /112

病例 2 食管平滑肌瘤 /114

病例 3 食管平滑肌瘤 /116

病例 4 食管平滑肌瘤 /118

病例 5 食管平滑肌瘤 /120

病例 6 食管平滑肌瘤 /122

病例 7 食管平滑肌瘤 /124

病例 8 食管囊肿 /125

第二节 贲门黏膜下病变 /128

病例 1 贲门平滑肌瘤 /128

病例 2 贲门平滑肌瘤 /130

病例 3 贲门平滑肌瘤 /132

病例 4 贲门平滑肌瘤 /134

病例 5 贲门平滑肌瘤 /136

病例 6 贲门多发平滑肌瘤 /137

病例 7 贲门间质瘤 /139

第三节 胃体黏膜下病变 /142

病例 1 胃平滑肌瘤 /142

病例 2 胃平滑肌瘤 /144

参考文献 /146

第 6 章 经口内镜下肌切开术 /148

第一节 经典经口内镜下肌切开术 /149

病例 1 贲门失弛缓症 /149

病例 2 贲门失弛缓症 /151

病例 3 贲门失弛缓症 /154

病例 4 贲门失弛缓症 /155

第二节 改良经口内镜下肌切开术 /157

病例 1 贲门失弛缓症 /157

病例 2 贲门失弛缓症 /159

参考文献 /161

第 7 章 内镜下门静脉高压性静脉曲张治疗术 /162

病例 1 食管胃底静脉曲张 /163

病例 2 食管胃底静脉曲张 /165

病例 3 食管胃底静脉曲张 /168

参考文献 /170

第 8 章 消化道支架 /171

第一节 食管支架 /172

病例 1 食管恶性肿瘤 /172

病例 2 食管气管瘘 /173

病例 3 食管气管瘘 /174

病例 4 食管气管瘘 /175

第二节 幽门支架 /179

病例 1 幽门腺癌伴狭窄 /179

病例 2 幽门癌伴狭窄 /180

病例 3 幽门腺癌伴狭窄 /181

第三节 肠道支架 /183

病例 1 十二指肠恶性狭窄 /183

病例 2 食管空肠吻合口肿瘤复发 /184

病例 3 结肠癌 /186

病例 4 结肠癌 /188

病例 5 直肠癌术后复发伴梗阻 /190

病例 6 结肠癌术后复发伴梗阻 /191

第四节 阑尾支架 /193

病例 1 急性阑尾炎 /193

病例 2 急性阑尾炎 /194

病例 3 急性阑尾炎 /195

病例 4 急性阑尾炎 /196

参考文献 /197

第9章 超声内镜引导下胰腺假性囊肿穿刺术 /198

病例1 胰腺假性囊肿 /198

病例2 外伤性胰腺炎/胰腺囊肿 /199

病例3 胰腺假性囊肿 /202

参考文献 /204

第10章 内镜逆行胰胆管造影术 /205

第一节 十二指肠乳头癌 /206

病例1 十二指肠乳头腺癌 /206

病例2 十二指肠乳头癌 /208

病例3 十二指肠乳头癌 /209

病例4 十二指肠乳头癌 /211

病例5 十二指肠乳头癌 /212

病例6 十二指肠乳头癌 /213

病例7 十二指肠乳头癌 /214

病例8 十二指肠乳头癌 /215

第二节 胆管支架 /217

病例1 胆总管结石 /217

病例2 梗阻性胆管炎 /219

病例3 胆管癌 /220

病例4 胆管癌栓 /221

病例5 胆管癌伴胆道梗阻 /222

第三节 胰管支架 /223

病例1 胰腺结石 /223

病例2 胰腺假性囊肿 /225

病例3 胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤 /226

病例4 胰腺分裂症 /228

第四节 内镜逆行胰胆管造影术后出血 /229

病例1 胆总管结石 /229

病例2 黄疸待查 /232

第五节 十二指肠乳头异常 /233

病例1 十二指肠小乳头 /233

病例2 十二指肠乳头异位 /234

第六节 毕Ⅱ式术后 /235

病例1 胆总管结石 /235

病例2 胆总管结石 /237

参考文献 /238

第 11 章 特殊病例 /239

病例 1 食管自发性破裂 /239

病例 2 消化道出血 /241

病例 3 不明原因消化道出血 /242

病例 4 胃溃疡出血 /243

病例 5 主动性医源性胃穿孔 /244

参考文献 /246

第1章 内镜分片黏膜切除术

内镜分片黏膜切除术 (endoscopic piecemeal mucosal resection, EPMR) 是在内镜下黏膜切除术 (endoscopic mucosal resection, EMR) 的基础上发展而来的, 由于EMR圈套器的限制, 不能一次圈套切除, 而分次将病灶圈套切除, 即为EPMR。EMR最早起源于1973年Dyhle等报道的黏膜下注射生理盐水切除结肠无蒂息肉的方法, 1984年Tada等首次将该技术用于早期胃癌的治疗, 并将之命名为“内镜黏膜切除术”, 即EMR。

传统的EMR适用于切除直径 $<2\text{cm}$ 的消化道黏膜层和部分来源于黏膜肌层和黏膜下层的病灶。若病灶直径 $>2\text{cm}$, 需要采用EPMR和内镜黏膜下层剥离术 (endoscopic submucosal dissection, ESD)。ESD采取整片切除, 虽然能够解决传统EMR不能完全切除时的病变残留, 但其手术时间长, 术后并发症的发生风险高, 比EMR、EPMR更容易发生穿孔。而EPMR采用分片切除, 适合容易穿孔的食管、结肠病变, 但可能残留病变, 引起复发。临床上EPMR主要应用于早期食管癌及癌前病变、结直肠侧向发育型肿瘤 (laterally spreading tumor, LST) 等疾病的治疗。

EPMR的适应证除病变范围较EMR广外, 其余基本一致, 包括病变局限于黏膜层的上皮层 (M_1)、黏膜固有层 (M_2)、黏膜肌层 (M_3) 或黏膜下层的上1/3层 (SM_1)。EPMR的禁忌证: 伴有严重的心肺疾病、血液病、凝血功能障碍及服用抗凝药的患者。EPMR手术器械包括胃镜、透明帽、圈套器、高频电发生器、氩气刀、注射针、止血夹等。操作步骤: ①确定病变范围, 用卢戈液或0.4%靛胭脂溶液染色, 确定范围; ②标记, 用APC于病灶边缘3~5mm进行多点标记; ③黏膜下注射, 在病灶外侧多点黏膜下注射亚甲蓝溶液, 使病灶完全均匀抬起; ④分片切除, 沿着病灶一侧多次切除, 直至病灶完全切除; ⑤标本处理, 将切除的标本全部取出回收, 按顺序固定还原病灶全貌后送检标本。

多环黏膜切除器 (multi-band mucosectomy, MBM) (Cook Medical, Ireland) 采用了改良的静脉曲张套扎器, 通过负压抽吸及释放橡胶环, 形成一个假性息肉, 用圈套器切除形成的假息肉, 避免了黏膜下注射隆起后再行圈套器切除。其一套系统, 通过吸引一套扎一切除的步骤, 完成6次的切除。

EPMR手术主要并发症及处理: ①出血。出血是EPMR最常见的并发症, 多发生于术中或术后24h内。术中出血可使用电凝刀、止血钳或金属夹进行止血, 术后少量出血可严密观察, 行非手术治疗可自行停止, 必要时行镜下止血, 少数发生大出血不能行内镜止血者可转外科或

介入止血。②穿孔。小的穿孔可使用钛夹夹闭，严格禁食观察；或者采用钛夹和尼龙环联合内镜下穿孔封闭术（详见第4章）；内镜治疗失败者必须转外科手术治疗。③术后狭窄。常见于食管病变超过2/3周径EPMR术后，可应用术中置入支架或者术后球囊扩张进行预防治疗狭窄。④感染。对于术前评估病变范围较大、手术时间较长者，可适当使用抗生素预防感染。⑤病灶残留及复发。患者术后3个月、6个月、12个月定期内镜随访，一旦发现病灶残留或复发，病变早期者可行内镜EMR、EPMR或ESD治疗，病变较晚期者转外科手术或放疗、化疗等治疗。

EPMR主要用于食管黏膜病变，如食管黏膜异型增生。

病例1 食管黏膜异型增生

男性，44岁，间断上腹胀2年余，发现食管隆起病变1个月入院。术前病理：（食管）鳞状上皮轻、中度异型增生。术后病理：（食管）鳞状上皮中、重度异型增生。见图1-1。



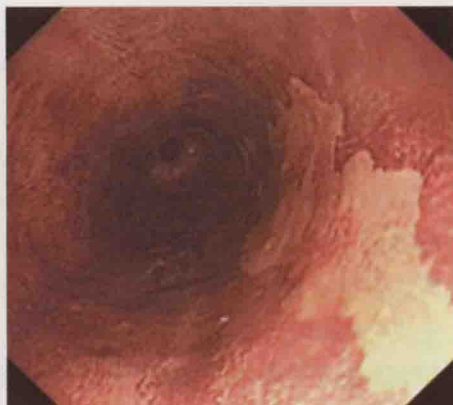
A. 胃镜下可见，距门齿 32 ~ 36cm 6 点钟方向有糜烂灶，表面附白苔



B. 超声内镜下可见，黏膜层增厚，内部回声均匀



C. 卢戈液染色，局部不连续不规则不染区



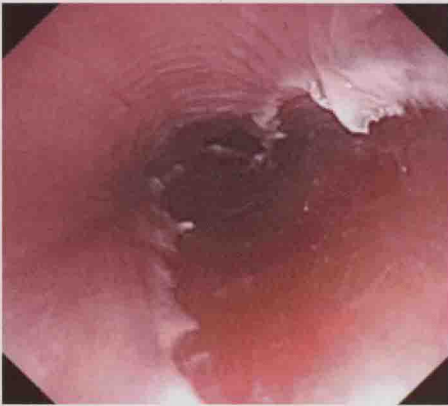
D. 标记刀沿病变周围标记



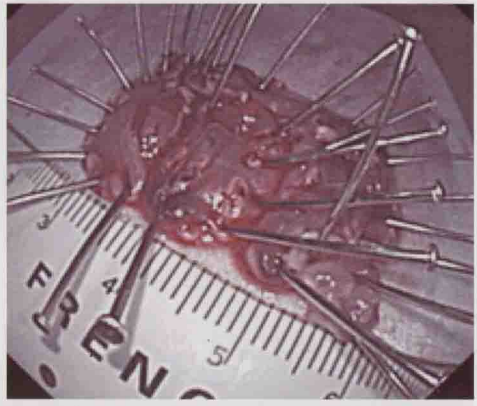
E. 多环黏膜切除器套吸病变黏膜，形成假性息肉



F. 圈套器切除假性息肉



G. 沿标记点分次切除全部病变黏膜



H. 切除的标本



I. 术后1个月复查胃镜，局部见白色瘢痕

图 1-1 病例 1: 食管黏膜异型增生

病例2 食管黏膜异型增生

男性，80岁，发现食管黏膜病变半个月。术前病理：(食管) 黏膜中、重度异型增生。术后病理：(食管) 黏膜鳞状上皮重度异型增生、癌变。见图1-2。



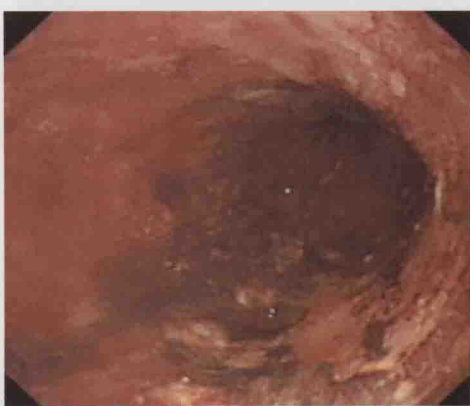
A. 胃镜下可见，距门齿 30cm 见局部黏膜粗糙，充血水肿



B. 卢戈液染色后见局部不染区



C. 超声内镜下可见，黏膜层、黏膜肌层增厚，低回声改变，边界欠清



D. 标记刀沿病变周边黏膜做标记点



E. 多环黏膜切除器套吸病变黏膜，形成假性息肉



F. 圈套器切除假性息肉