

(上接第18版)

● 热点报告

## 类 NOTES 术治疗结直肠癌具前景

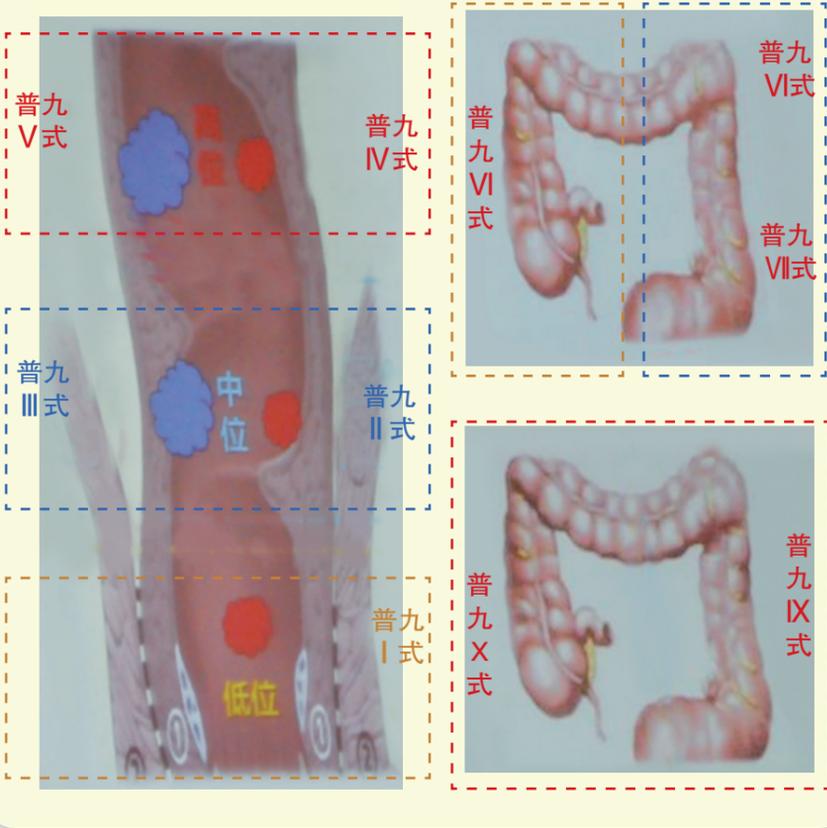
哈尔滨医科大学附属第二医院结直肠肿瘤外科王锡山教授介绍，结直肠手术发展经历了减状手术、根治手术、扩大根治手术、功能外科。随着技术和器械的进步，外科手术不断向微创化发展，从开腹手术，到腹腔镜手术，到 NOTES。NOTES 是指经口腔、胃肠道、阴道、膀胱等自然腔道进入腹腔、胸腔等，使用软质内镜进行各种操作，包括腹腔镜探查、阑尾切除、胆囊切除、胃切除手术等，堪称微创手术的最高境界。

但王教授表示，NOTES 由于技术难度极高、培训周期长，安全性及社会伦理问题，缺少大样本临床研究证据，手术费用高、设备依赖性强，适应人群局限等因素制约，目前尚处于试验性阶段，研究型医院可谨慎开展。

类 NOTES 是指使用腹腔镜器械、TEM 或软质内镜等设备完成腹腔内手术操作，经自然腔道（阴道或直肠）取标本的腹壁无切口手术。具有术后疼痛轻微、舒适度增加，腹壁美容、效良好，腹壁功能障碍少，减轻患者心理压力，术野暴露更加清晰，术后离床活动及排气时间缩短，等优势。类 NOTES 手术巧妙地结合腹腔镜技术和微创理念，更符合目前临床实际，更易临床推广，是微创外科走向 NOTES 的桥梁。

### 结直肠类 NOTES 手术分类

- ★普九 I 式 腹部无辅助切口经肛门外翻切除标本的腹腔镜下低位直肠癌根治术
- ★普九 II 式 腹部无辅助切口经直肠拉出切除标本的腹腔镜下中位直肠癌根治术
- ★普九 III 式 腹部无辅助切口经阴道拉出切除标本的腹腔镜下中位直肠癌根治术
- ★普九 IV 式 腹部无辅助切口经直肠拖出切除标本的腹腔镜下高位直肠癌根治术
- ★普九 V 式 腹部无辅助切口经阴道拖出切除标本的腹腔镜下高低位直肠癌根治术
- ★普九 VI 式 腹部无辅助切口经直肠拖出切除标本的腹腔镜下左半结肠癌根治术
- ★普九 VII 式 腹部无辅助切口经阴道拖出切除标本的腹腔镜下左半结肠癌根治术
- ★普九 VIII 式 腹部无辅助切口经阴道拖出切除标本的腹腔镜下右半结肠癌根治术
- ★普九 IX 式 腹部无辅助切口经直肠拖出切除标本的腹腔镜下全结肠癌根治术
- ★普九 X 式 腹部无辅助切口经阴道拖出切除标本的腹腔镜下全结肠癌根治术



类 NOTES 治疗结肠癌以 T2~T3 段为宜；经直肠者，环周直径应 < 3 cm；经阴道者，环周直径应 < 5 cm。局部

病期晚、肿瘤病灶大、BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> 者不宜行 NOTES 术。

王教授强调，任何一种新技术都不可能代表微



王锡山 教授

创外科的全部，因此在术式选择时要综合更多的理性思考，不要因为追求微创而微创，而是要使患者得到最大程度获益。

## 内镜下切除术正由浅入深 稳步发展

胃肠道黏膜下病变的切除方法包括经内镜黏膜切除术、内镜下黏膜分片切除术、内镜黏膜下剥离术 (ESD) 等。复旦大学附属中山医院普外科周平红教授通过病例介绍了近年来其团队在内镜下切除术的诊治进展。

对于胃底不超过 1cm 的起源于固有肌层的黏膜下肿瘤，可通过 ESD 术实现快速切除 (图 1)。而食管和胃结合部肿瘤、十二指肠降部结合部肿瘤、结肠肝曲黏膜下肿瘤，也可通过结合圈套器实现短、频、快的切除。

周教授介绍了近期采用 ESD 技术切除的 1 例最长的食管黏膜下肿瘤，长近 20 cm，重 49 g。手术很顺利，但患者次日出现呕血，检查发现贲门口有糜烂灶，术中胃管顶部在贲门口，引起该部位小血管破裂，提示放胃管应小心。

根据其临床诊治经验，周教授表示，采用 ESD 技术可对起源于黏膜下层、黏膜固有层、腹腔黏膜层，由浅而深稳步发展。通过临床实践，中国内镜医生水平正逐渐升高，并已走向国门，走向世界。



图 1 固有肌层黏膜下肿瘤



周平红 教授

紧密相连等。

周教授表示，对于内镜下切除术后切口的缝合，目前联用尼龙绳和金属架可实现 95% 以上的成功缝合，甚至对超过 5 cm 的缺损也可实现内镜下的完整缝合 (图 2)。因此，目前内镜下肿瘤切除术的最主要问题已不是穿孔而是出血。小的出血点可通过一些手段修补 (如热活检钳)；但有些出血点来自浆膜层，出血会喷到内镜上，引起视线模糊，造成手术困扰。

周教授表示，内镜下切除术从黏膜层向黏膜下层、黏膜固有层、腹腔黏膜层，由浅而深稳步发展。通过临床实践，中国内镜医生水平正逐渐升高，并已走向国门，走向世界。

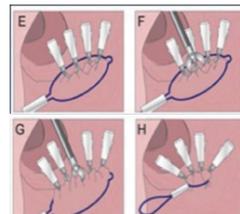


图 2 联用尼龙绳和金属架内镜下缝合

## 经颈静脉肝内门腔分流术成门脉高压的有效微创治疗



唐承薇 教授

肝硬化失代偿期会出现一系列与门静脉高压相关的并发症，如食管胃静脉曲张破裂出血、难治性腹水、难治性肝性胸水、肝肺综合征、肝性脑病等。四川大学华西医院消化内科唐承薇教授介绍了肝硬化治疗观念变迁，以及经颈静脉肝内门腔分流术 (TIPS) 在治疗门静脉高压中的应用。

唐教授表示，门静脉高压治疗决策应在对整个门

脉、肝静脉系统有全面了解的基础上做出。恰当时机的分流在预防和治疗出血、腹水等成功率高，可减少异常分流道导致的门静脉逆肝血流，避免门静脉血栓形成。

内科治疗 + 血管介入，有效延长肝硬化门脉高压患者生存时间，使之不再是肝移植前的短暂过渡性治疗，而成为门脉高压的有效微创治疗。目前，急性 EGVB 的补救性或早期治疗、EGVB 二级预防、

肝硬化难治性腹水、Budd-Chiari 综合征都已成为 TIPS 治疗的重点推荐；门脉高压性胃病、异位门脉曲张出血、肝硬化顽固性胸水、肝肾综合征、肝肺综合征为一级推荐。

“TIPS 术的成功应用需要在患者选择、围术期处理及术后随访管理等方面凸显消化学科优势，在肝硬化诊治过程中不断吸纳血管介入知识。”唐教授强调。她介绍了华西医院

自 2006 年起消化内科规模开展 TIPS 的经验表示，术前 Child-Pugh 评分越高，TIPS 术后患者发生肝性脑病风险增加，其病因构成主要是感染 (45.5%)。TIPS 术后肝性脑病主要集中在 II 期，适度蛋白饮食、乳果糖、口服抗菌药、益生菌制剂等可预防 TIPS 术后肝性脑病，且分流术后门体分流性脑病易恢复，通常预后较好，并大量减少对肝移植的需求。

唐教授表示，未被证实的肝硬化门静脉高压是 TIPS 的绝对禁忌症；还需注意 Child-Pugh 评分 > 13、肾功能不全、严重右心衰竭、中度肺动脉高压、严重凝血障碍、未控制的肝内或全身感染、胆道梗阻、多囊肝、广泛的肝脏恶性肿瘤、门静脉海绵样变等相对禁忌。“支架的质量也非常重要，胆汁漏出可能导致 TIPS 支架再狭窄，第 1 年支架再狭窄率 50%。”