（上接第18版）

新思路改变胃癌早期诊断

▲ 四川大学华西医院消化内科 胡兵

胃癌发病率较高的地区位于东亚地区，主要包括中国、日本和韩国。如果早期发现胃癌，手术治疗5年生存率可达90%以上，而进展期胃癌5年生存率＜30%。及早发现胃癌并进行相应治疗，可取得满意效果。

病理学认识的改变

目前，国际共识将轻、中度异形增生归为低级别上皮内瘤变，此类病变可随访观察；将重度异型增生归为高级别上皮内瘤变，需要进行内镜下切除或外科手术治疗。对于癌的认识，西方国家普遍认为癌应该有浸润，而日本认为出现细胞结构的改变就应诊断为癌，无论是否浸润。这是日本诊断胃早癌比较多的一个原因。

以前，我国主要参考西方国家标准。随着日本胃早癌研究影响的扩大，国内诊断标准逐渐向日本靠拢。

不容忽视的现实

胃镜检查不仅是发现炎症、息肉、溃疡或进展期癌，重点应是如何发现早癌。早癌发现需要医师付出更多的时间、耐心和精力。由于我国国情是病人多、工作量大、检查前准备欠充分、所有患者无差异化检查等因素，导致早癌发现率较低，上述不利因素在短时间内难以改善。

胡兵 教授

结合实际如何发现早癌

现有工作量不变的情况下，为开展早癌诊断工作尽可能多一点时间，尽可能多一台机器，尽可能多一些准备。40岁以上人群、胃癌家族史、HP感染、既往检查考虑萎缩或肠化的患者为高危人群，是重点检查对象。

发现早癌需要患者的良好配合，因此最好选择无痛胃镜检查。同时也要求检查医生做好充足准备，将检查时间延长至8～10 min，将胃冲洗干净，对高危人群进行碘染，追踪病理结果并对患者进行指导。早癌诊断需要医生付出更多的时间和精力。

发现早癌的技巧

胃镜检查提倡系统化、规范化和程序化。重视白光内镜的使用，对于异常的表现进行鉴别。如黏膜颜色变化、形态变化、黏膜下血管改变、组织脆性改变和自发性出血等。常规进行靛胭脂染色和醋酸染色，通过对比病变与周围黏膜的色差、落差和肿瘤病变的提前白化，在常规胃镜下能够提高早期胃癌的检出率。这些检查无需依赖放大胃镜，可在基层医院进行。

O-POEM：贲门失弛缓症治疗的技术革新

▲ 四川大学华西医院消化内科 胡兵

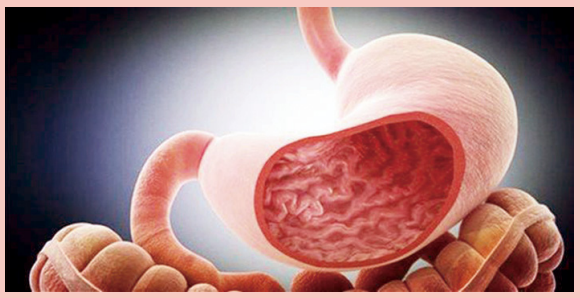
目前贲门失弛缓症治疗方式主要包括药物治疗、内镜治疗及手术治疗。随着内镜诊治技术的发展，经口内镜下肌切开术（POEM）是一种通过隧道技术进行肌切开的内镜微创技术。因其微创性、安全性和优越的近期疗效等被广泛认可。

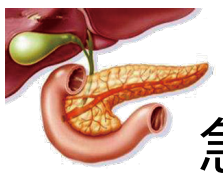
2008年以来，POEM已经发展为治疗贲门失弛缓症较为成熟的内镜诊疗技术，目前全世界范围内接受POEM治疗的患者已经超过3000例。传统POEM是在隧道开窗、隧道建立、封闭隧道等若干环节基础上结合内镜黏膜下剥离术进行肌层切开而完成的。

与传统隧道技术基础上建立的POEM相比，将直接通过食管黏膜将食管肌进行切开定义为开放式经口内镜下食管肌切开术（O-POEM）。

由于O-POEM操作无需建立隧道，手术时间缩短；相比传统POEM依靠估计或反复进出隧道间接判断肌切开的长度，O-POEM是在直视下精准切开，开放式切口更易于判断肌切开长度；开放式切口可减少气体相关并发症；此外，无需器械夹闭，患者治疗费用减少。

华西医院内镜中心对O-POEM这一新技术进行探索。已完成的27例O-POEM病例中，症状均缓解明显，无严重并发症产生。初步结果表明，O-POEM所需的条件更简单、操作时间更短，手术费用更低，将来可能成为治疗贲门失弛缓症的选择之一。





急性胰腺炎有必要使用质子泵抑制剂吗？

▲ 四川大学华西医院消化内科 刘苓 唐承薇

刘苓 副教授

急性胰腺炎（AP）是消化科的常见疾病。抑制胰液分泌及抗炎治疗是AP治疗的理论基础。质子泵抑制剂（PPI）在我国广泛应用。但国外指南并未在AP治疗中推荐使用PPI。那么，AP治疗是否有必要使用质子泵抑制剂？

四川大学华西医院消化内科近年完成一项前瞻性临床随机对照研究，将重症急性胰腺炎（SAP）患者随机分为常规治疗及常规治疗+PPI，结果表明：

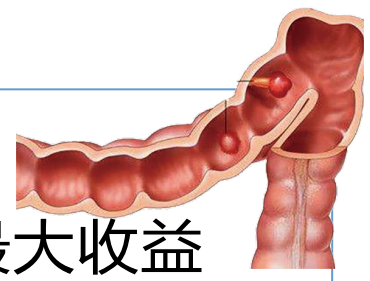
第一，在常规治疗基础上，应用PPI后，胃内pH显著升高。虽有小肠细菌过度生长，但患者血液炎症介质水平无显著升高，器官及全身感染率也无明显增加。由于SAP患者广泛接受抗生素治疗，PPI相关的潜在感染风险已得到控制，未引起临床不良事件。

第二，常规治疗+PPI在入院第1、3、7天的各项临床评分（APACHE Ⅱ、SIRS及改良Marshall评分）也与常规治疗组无显著差异，两组均无死亡病例。SAP导致的器官衰竭与机体全身炎症反应有关，由于两组SAP患者均接受抗炎治疗，因此器官衰竭的控制水平一致。尽管有研究认为，PPI可能具有抗炎作用，但在SAP患者的治疗中未获证实。

第三，两组均未发生应激性溃疡，由于生长抑素或生长抑素类似物也可抑制胃酸分泌，有预防应激性溃疡作用，加用PPI无益于预防应激性溃疡。

内科拯救性治疗：合理选择可获得最大收益

▲ 四川大学华西医院消化内科 王玉芳



王玉芳 教授

重症溃疡性结肠炎（SUC）中约30%的患者经激素治疗无效，病情更凶险，治疗更棘手。足量静脉激素治疗无效的SUC患者需尽早进行转换治疗，若患者情况允许则可考虑内科拯救性治疗。

尽管外科手术可以使UC患者达到根治的目的，但术后部分患者出现大便次数增多、大便失禁或发生储袋炎，甚至影响生育能力或性功能等。转换治疗选择内科拯救性治疗还是外科手术，需要内外科医生紧密合作，并与患者及家属充分讨论及平衡各种利弊后确定。

拯救性治疗的药物主要包括环孢素A、英夫利西（IFX）及他克莫司。在进行药物选择时，应与患者充分沟通商议平衡各种方案利弊、根据医生经验以及患者的意愿来综合决定。

有以下倾向性推荐：（1）有低镁血症、低胆固醇血症和高血压患者不宜用环孢素A。（2）过去已用硫唑嘌呤者宜选用IFX。（3）估计患者多需结肠切除者推荐首选环孢素A。环孢素A半衰期短，血浆清除率快，文献报道并不增加术后感染，而IFX半衰期长，尽管是否增加术后感染目前尚有争议，但仍需高度警惕术后发生各种感染可能。

进行拯救性治疗首先是时机的判断，目前国内外公认足量激素治疗3 d时即应判断激素疗效，判断标准包括Oxford index、Ho index等，一旦判断激素治疗无效，需尽快启动拯救性治疗或外科手术。

SUC拯救性治疗目标首先是拯救患者生命，其次是拯救患者肠道。有研究指出，SUC接受结肠切除术后发生并发症的危险因素就是术前长程的内科药物治疗。

因此，需要内外科医生紧密合作，并与患者和家属充分讨论及平衡各种利弊，力求选择最佳的治疗策略和手术时机。