

首部《胃内镜黏膜下剥离术围术期指南》发布

“庖丁解牛”落实规范到细节 让世界认可中国内镜

▲医师报记者 张亮

1月6日，由国家消化系统疾病临床医学研究中心、中华医学会消化内镜学分会、中国医师协会消化医师分会共同制定的国内首部《胃内镜黏膜下剥离术围术期指南》在京正式发布。内镜黏膜下剥离术（ESD）作为内镜下治疗消化道病变的微创手术，经过数年的发展，其技术已日渐成熟，目前国际多个指南和共识均推荐内镜下切除为早期胃癌的首选治疗方式。

对话·共识

张澍田：促进 ESD 规范化 惠及基层百姓



张澍田 教授

“经过我国内镜医师的不懈努力，每年 ESD 诊疗量已达到国际先进水平，临床实践中的技术创新更是源源不断。但是，由于规范化的缺乏，导致中国内镜难以赢得国际引领地位。”中国医师协会消化医

师分会会长、中华医学会消化内镜学分会主任委员、首都医科大学附属北京友谊医院张澍田教授指出，在我国，近年来随着早期胃癌筛查和诊断技术的飞速发展，许多医院在内镜设备、诊断水平方面已达到世界领先水平。

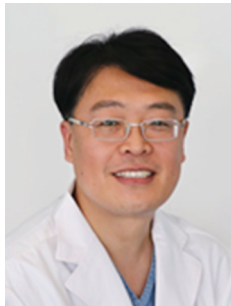
然而，我国消化内镜资源分布严重不均衡，基层医院的诊疗规范性、经验和水平参差不齐。一份 2012 年我国消化内镜治疗现状的调查报告显示，仅 14.8% 被调查医院有能力独立开展 ESD 操作，且主要为省级医院。

对此张教授表示，“如

何探索和总结出我国胃癌 ESD 围术期管理的诊疗规范，让 ESD 技术能‘扎根’到县级医院，为更多患者提供微创治疗机会，是摆在我国临床医师面前亟待解决的问题和挑战。”

《胃内镜黏膜下剥离术围术期指南》可谓应运而生，将规范化落实到 ESD 治疗的每一个细节，让手术达到“庖丁解牛”的境界。这将是推动我国 ESD 手术规范化应用道路上迈出的坚实一步，为中国在世界消化内镜舞台赢得引领地位，提高消化道早癌筛查率和患者的生存率，造福更多患者。

李鹏：将规范落实到每个细节



李鹏 教授

首都医科大学附属北京友谊医院消化科李鹏教授介绍，目前，我国早期胃癌检出率约为 15%~20%，远低于同为胃癌大国的韩国、日本。这导致很多胃癌患者就医时已到晚期，治

疗效果差，5 年生存率很低。若能及时进行早癌筛查并实施治疗，将极大改善胃癌患者的疗效及预后，降低死亡率。

李教授指出，作为治疗胃部非浸润性肿瘤和早期胃癌的首选治疗方式，ESD 是一种安全有效的内镜下微创治疗新技术，具有侵袭性小、可完整切除较大病灶、切除溃疡型病灶、提供完整病理诊断材料及预防复发等优点，为早期胃癌及胃癌前病变的诊疗开辟了新的途径。目前，ESD 在国外已相当成熟，在国

内该技术也日臻完善。而胃 ESD 围术期管理更是一个重要的临床课题。

ESD 围术期是包括术前准备、术中操作、术后恢复至医源性溃疡愈合的全过程。因此，指南从 ESD 治疗的适应症、术前准备、术中操作、并发症的处理等多方面对胃 ESD 围术期的相关问题进行了详细的阐述。李教授表示，希望指南的出台能够在临床实践中为医生提供切实的帮助，促使我国未来胃 ESD 的围术期管理更加规范和专业。

共识要点

严格把握 ESD 适应证

由于 ESD 仅对病灶进行局部切除，无法进行胃淋巴结清扫，故只有当淋巴结转移转移风险低且病灶可完整切除时方可实施 ESD。因此，把握 ESD 治疗的适应证极为重要。

研究发现，胃非浸润性肿瘤术前病理过低诊断的发生率较高，即术前活组织病理检查常低估了病

灶的组织学类型。故内镜切除有助于非浸润性肿瘤的的诊断和治疗，尤其对于有过低诊断危险因素（如病灶较大、黏膜表面发红或凹陷性病灶等）的患者，且 ESD 在这类患者中并发症发生率较低。因此，胃非浸润性肿瘤为 ESD 治疗的绝对适应证（表 1）

对于早期胃癌，目前

国内外指南中公认的 ESD 绝对适应证为病灶直径 ≤ 2 cm，无合并溃疡存在的分化型黏膜内癌。此类患者发生淋巴结转移的风险几乎为零，应用 ESD 可达到治愈性切除。若不伴有脉管浸润，相对适应证（表 1）中的 4 种类型肿瘤发生淋巴结转移的可能性亦非常小，适合进行 ESD 治疗。

表 1 推荐内镜黏膜下剥离术治疗适应证

适应证类型	具体要求
绝对适应证	（1）非浸润性肿瘤，不论病灶大小； （2）病灶直径 ≤ 2 cm、无合并存在溃疡的分化型黏膜内癌
相对适应证	（1）病灶直径 > 2 cm、无合并溃疡存在的分化型黏膜内癌； （2）病灶直径 ≤ 3 cm、合并溃疡存在的分化型黏膜内癌； （3）病灶直径 ≤ 2 cm、无合并枯杨存在的未分化型黏膜内癌； （4）病灶直径 ≤ 3 cm 的分化型浅层黏膜下癌（SM1，黏膜下层浸润深度 $\leq 500 \mu\text{m}$ ）

抬举征阴性不再作为绝对禁忌证

目前较为公认的 ESD 禁忌证为：（1）有淋巴结转移或远处转移患者；（2）肿瘤侵犯固有肌层；（3）合并心、肺、肾、脑、血液等重要脏器严重疾病患

者；（4）有严重出血倾向者。

另外，ESD 的相对手术禁忌证还包括抬举征阴性，即指在病灶基底部的黏膜下层注射生理盐水后局部不能形成隆起，提示病灶

基底部的黏膜下层与肌层之间已有粘连；此时行 ESD 治疗，发生穿孔的危险性较高，但是随着 ESD 操作技术的熟练，即使抬举征阴性也可以安全地进行 ESD。

术前诊断要细致评估

ESD 术前必须进行细致的评估，获取信息来帮助判断内镜下治疗的适应证，以及病灶的边界，以便评估手术风险及选择最合适的切除方式。具体内容包

★ **组织病理学分型** 主要由活检标本的病理学检查决定。

★ **病变大小** 精确的术前病变尺寸测定是比较困难的，可应用活检钳等器械辅助判断，可以通过

术后标本的病理学检测进行最终的测定。

★ **是否伴有溃疡** 检查有无活动性溃疡或溃疡瘢痕。

★ **病变浸润深度** 可应用白光内镜配合靛胭脂染料喷洒进行判断，此外可联合放大内镜进行辅助判断，内镜超声检查术（EUS）也可作为辅助方法。

★ **病灶边界** 通常采用传统白光内镜联合色

素染料喷洒或电子色素内镜来确定，约 80% 的病变可以通过这种方式确定边界。对于未分化型病变，边缘相较于分化型更难判断，应在病变周围进行活检并送病理学检查。当单独使用传统内镜判断边缘困难时，可联合放大内镜。

此外，术前对患者常规行内镜超声或 CT 检查排除壁外肿大淋巴结，排除内镜治疗禁忌证。

术前使用 PPI 尚需探索

对于术前使用 PPI 的高质量研究还较少，样本量也有限，目前存在争议。

有研究显示，ESD 术前使用 PPI 可有效提高胃内 pH 值，促进医源性溃疡的愈合，但不显著降低术后出血风险；也有研究显示术前使用 PPI 可明显降低术

中出血风险。

另外，有研究显示术前应用 PPI 可以有效减少胃 ESD 术后疼痛。

总之，对于 ESD 术前使用 PPI 是否可以降低术后并发症还需要更多设计严谨的大样本、前瞻性的研究来予以佐证。目前仅建议术后使用 PPI。

消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

陈曼卿 侯晓华 贾继东

李 鹏 李兆申 刘健敏

唐承薇 杨云生 袁耀宗

本期轮值主编：李 鹏

主 编 助 理：李 鹏

OLYMPUS®