

中国内镜黏膜下剥离术相关不良事件防治专家共识发布 助力消化道肿瘤微创治疗

近年来，随着消化道早癌筛查理念和消化内镜技术的普及，我国消化道早癌的检出率不断提高。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，其技术日趋发展成熟，临床普及度不断提高，成为早期消化道肿瘤内镜下治疗的首选方法之一。

作为早期消化道肿瘤微创治疗的重要方式，ESD 技术难度大、操作耗时长，并可能导致出血、穿孔和狭窄等不良事件。近日，由海军军医大学长海医院李兆申院士等领衔撰写的《中国内镜黏膜下剥离术相关不良事件防治专家共识意见（2020，无锡）》发布，共识对食管、胃和结直肠病灶 ESD 相关出血、穿孔和狭窄等不良事件的危险因素、预防和治疗方法进行了推荐陈述。（中华消化杂志.2020，40，8）

1、胃部 ESD 术中出血的危险因素包括：病灶位于胃部中上 2/3 和病灶直径 >30 mm。（中等质量，强推荐）

解读：胃部血供丰富，胃部 ESD 术中出血较常见，文献报道其发生率为 7.0%~45.1%。胃不同部位血供情况不尽相同，解剖学和大体病理学研究表明，胃体部血管密度和直径都显著大于胃窦部。

2、胃部 ESD 术后迟发性出血的危险因素包括：使用双联抗血小板药、慢性肾病和血液透析、心脏疾病、病灶直径 > 20 mm、切除标本直径 >40 mm、平坦/凹陷性病灶、病理为癌、手术时间长于 60 min。（中等质量，强推荐）

解读：迟发性出血是胃部 ESD 术后常见不良事件，不同研究报道的发生率差异较大，介于 1.8%~15.6%。一项纳入了 74 项研究的 Meta 分析结果显示，胃 ESD 术后迟发性

出血发生率为 5.1%，各研究间异质性较大。

3、胃部 ESD 操作结束后对可见血管进行内镜下预防性止血可降低迟发性出血风险，但应避免过度重复电凝。（中等质量，强推荐）

解读：有学者回顾性分析了 1083 例行胃部 ESD 的患者情况，其中 351 例患者接受了在 ESD 操作结束后对人工溃疡创面所有可见裸露血管进行的预防性电凝，多因素分析显示，未行预防性电凝是 ESD 术后迟发性出血的独立危险因素（OR=2.47）。

4、胃部 ESD 术后 4~8 周建议应用质子泵抑制剂（PPI）预防迟发性出血。（高质量，强推荐）

解读：胃部 ESD 术后应常规应用抑酸剂以提高胃内 pH 值，促进人工溃疡愈合，减少迟发性出血发生。临床研究证实，PPI 在减

少胃部 ESD 术后迟发性出血和促进医源性溃疡愈合方面的效果优于 H2 受体拮抗剂。

5、胃部 ESD 术后在 PPI 基础上联用胃黏膜保护剂促进人工溃疡愈合。（高质量，强推荐）

解读：胃黏膜保护剂在促进 ESD 人工溃疡愈合中与 PPI 有一定协同作用。一项纳入 6 项研究的 Meta 分析结果显示，PPI 联用瑞巴派特组 ESD 术后溃疡愈合率显著高于单用 PPI 组（OR=2.40），且上述优势在 4 周疗程组和 8 周疗程组都存在。

6、胃部 ESD 术后常规二次内镜诊治无益于降低 ESD 迟发性出血发生率。（高质量，强推荐）

解读：研究显示，常规二次内镜检查可降低上消化道出血患者再出血发生率。

SAFE 研究纳入 262 例行胃部 ESD 患者，将其随机分配至常规二次内

镜组和对照组，二次内镜组术后第 1 天常规行胃镜检查并处理新发出血，结果显示二次内镜组和对照组术后出血发生率分别为 5.4% 和 3.8%（风险差值为 -1.6%），对照组非劣于二次内镜组，不推荐 ESD 术后常规行二次内镜检查。

7、胃部 ESD 术中穿孔的危险因素包括：病灶位于胃上半部分、病灶直径 >30 mm、溃疡型病灶或存在黏膜下浸润、手术时间长于 2 h。（中等质量，强推荐）

8、内镜球囊扩张术可有效治疗大部分胃 ESD 术后狭窄。（中等质量，强推荐）

9、大部分胃部 ESD 术中穿孔可首先尝试经内镜下夹闭。（低质量，强推荐）

10、胃部 ESD 术后迟发性穿孔需协同相应外科医师制定治疗方案，如穿孔较小、感染不明显可尝试内镜下夹闭配合内科保守治疗。（低质量，强推荐）

奥林巴斯引领 内镜诊疗新“镜”界

OLYMPUS



EVIS EUS

- 呈现精细鲜明的超声图像
- 组织谐波、弹性成像、造影谐波等新功能，提升整体性能
- 设计紧凑，兼容多种超声内镜和超声小探头

超声内镜图像处理装置
EU-ME2 PREMIER PLUS
EU-ME2

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司
北京总部：北京市朝阳区东三环北路5号平安国际金融中心A座10层 代表电话：010-58199000

郑州市锦泰隆医疗器械有限公司
郑州市锦泰隆医疗器械有限公司
郑州市锦泰隆医疗器械有限公司
郑州市锦泰隆医疗器械有限公司

在 2020 中国医师协会消化医师分会年会、第十七届北京国际消化疾病论坛中，奥林巴斯围绕消化内镜领域的进展举办了系列学术活动。

在《开启超声内镜诊疗的新未来》会议中，首都医科大学附属北京友谊医院李鹏教授围绕超声内镜 EU-ME2 PLUS 的弹性成像、造影谐波、组织谐波功能展开详细说明，讲解了在不同模式下的功能设定方法与观察诊断区别。

H-FLOW 模式，对细微血管的检出更出色，有助于避开细小血管，在 EUS-FNA/EBUS-TBNA 中进行准确操控。THE 模式，超声波穿过组织时产生谐波分量。其利用这些分量构建目标区域图像，提高分辨率，改善信噪比，减少伪像。ELST 模式，帮助医生判断目标病变良恶性。弹性成像可显示组织软硬度。PWD 模式，脉冲多普勒模式可在指定位置测量血流速率，显示横截面图像，以确定目标血管。

消化内镜学组分会场卫星会中，中国医学科学院肿瘤医院刘勇教授介绍

了《高清放大内镜在诊断中的应用》。

刘教授首先对比高清放大内镜系列产品，通过对于病变的观察，突出说明 290 放大胃镜 GIF-H290Z 的性能特点及操作优势：细径化（先端 9.9 mm、插入部 9.6 mm），具有良好的耐受性；且放大易对焦，H290Z 和 H260Z 最好画质是一样的，但 H290Z 在放大区间整体画质是优于 H260Z；同时优化了导光束位置，使放大观察亮度更均匀，不仅便于医生操作，更好地发现癌前病变，也可减轻患者痛苦。

河北医科大学第二医院张立超教授做《导丝在 ERCP 中的应用》报告。

张教授介绍，导丝是介入的生命线，作用可减少乳头损伤、提高成功率、减少并发症，为医生减少时间、提高效率。他还讲解了导丝构造功能中可视性能及交换性能的优越性，可易于辨别病变，提升操作滑动性；同时图示讲解了导丝的应用技巧和操作方法，以及不同部位的插管方法及导丝应用时的注意事项。



消化专栏编委会

栏目总编辑：张澍田

执行主编：

陈旻湖

侯晓华

贾继东

李 鹏

李兆申

刘健敏

唐承薇

杨云生

袁耀宗

主编助理：李 鹏

OLYMPUS

胃食管反流病患者或不必要筛查食管肿瘤

近日，加拿大预防保健工作组发布慢性胃食管反流病患者食管腺癌筛查指南，明确指出，对于慢性胃食管反流病（GERD）成人（≥ 18 岁），不建议进行食管腺癌和癌前期疾病（Barrett 食管或发育不良）筛查。（CMAJ. 2020;192: 768）

GERD 是一种由胃内容物反流（胃酸反流）引起食管症状的常见疾病。指南指出，对于慢性 GERD 成人不建议行食管腺癌和癌前期疾病筛查

（强烈推荐；极低确定性证据）。同时指出，该筛查建议不适用于那些可能因食管腺癌出现警报症状（如吞咽困难、吞咽疼痛、反复呕吐、不明原因的体重减轻、贫血、食欲不振、胃肠道出血）的人群或那些诊断为 Barrett 食管（有或没有发育不良）的人群。

指南还指出，不建议的原因包括：

第一，是由于目前尚无筛查获益的证据；仅有一项回顾性队列研究（极低确定性证

据）发现，对患有慢性 GERD 的患者进行筛查可发现更多的早期食管腺癌病例，但是行筛查患者的长期生存（全因死亡率）与未行筛查患者并无差异。

第二，是因为筛查的可接受性因个人价值观和偏好而异；一些人由于个人和家族的危险因素、个人信仰或担心错过早期诊断而愿意筛查，而另一些人担心筛查的侵入性和风险而不愿意筛查。