

专家视角

围术期管理是 ERCP 安全保证

操作技术是“核心” 术前准备是“灵魂”



郭学刚 教授

医师报讯(融媒体记者 裘佳)经内镜逆行性胰胆管造影(ERCP)是一项融诊断和治疗于一体的内镜微创技术,是目前临床上对胰胆管疾病不可或缺的重要诊治手段。“ERCP已走过50年,已经越来越规范,同时ERCP相关的不良事件也越来越受重视。”近日,第四军医大学西京医院郭学刚教授分享了ERCP不良事件的管理策略,从ERCP的术前准备、术中抉择、术后处理和并发症的防治等进行了详细阐述。

术前准备方面首先是评估术者,郭教授表示,足够的培训加上病例积累是ERCP实践的先决条件。有研究显示,要维持胆道疾病治疗效果,术者需有每年50~100例的病例积累;而要维持胰腺疾病治疗效果,则需200~250例/年。其次,要评估患者,是否符合ERCP各项质控标准,能否在ERCP术中获益。第三,要评估难度,对于高难度患者,较大的中心要将该种ERCP病例集中在少数固定术者,尽快积累经验;较小的中心应考虑将ERCP病例转给更有经验的中心或者术者;复杂ERCP病例需转给经验丰富的专科中心。最后,全面了解了患者病情,必须由术者或术者团队成员跟患者家属进行详实的“知情同意”。有研究显示,“知情同意”是医疗纠纷的“独立危险因素”。

在术中,郭教授表示,众所周知ERCP操作很难、技巧要求很高,也恰是每次

同行间学术交流的重要内容,这里就不再赘述。但需要强调几个容易忽略的问题。首先还是选择性插管,必须控制好操作时间,操作时间越长、失败风险越高、并发症越多。如果遇到长时间插管不成功时,要学会放弃,可以择日再做、或另辟蹊径。其次操作中也要多注意细节,往往是“细节决定成败”。此外,术中发现为题时需要处理方式做出抉择,这方面就需要术者自身能够在临床实践中快速积累经验,按照指南进行操作。最后,在手术结束退镜前一定要想到给后续处理铺好路,比如保障鼻胆管通畅等。

术后管理方面,有研究显示,90%以上并发症发生在ERCP术后6h内,而且这些并发症往往还是致死性的。常见的并发症包括消化道穿孔、消化道出血、术后重症胰腺炎、严重胆道感染、胆/胰瘘、血管内气栓、严重心肺脑并发症等。突发、少见的有凝血障碍等情况。

术后胰腺炎是最常见的并发症,诊断标准是术后出现胰腺炎临床症状,术后24h血淀粉酶升高至正常上限3倍以上,需要住院治疗1d以上等。预防措施包括预防性胰管支架、吗啡美辛栓纳肛、乳酸林格氏液水化。

此外技术操作对术后胰腺炎的发生也有影响,研究显示,选择性插管时间>5min就属于困难插管。西京医院的研究提示,插管时间控制在10min内是可接受的术后胰腺炎风险范围。对于术后出血并发症,尤其要警惕迟发性出血的情况。止血方法中,止血夹对于迟发再出血率最低。术后胆管炎和胆囊炎主要注意引流和抗菌药物的使用。

郭教授强调,ERCP不仅仅是项技术,更要做好围术期的全程管理。“个人体会是,ERCP操作技术是‘核心’,术前准备是‘灵魂’,只有充分的术前准备,才能使患者在ERCP微创治疗中最大程度获益。”

指南解读

功能性消化不良以症状为确诊依据

功能性消化不良(FD)是一种以慢性消化不良为表现的疾病,临床非常常见且严重影响患者生活质量。近日,2021年版日本胃肠病学会(JSGE)功能性消化不良(FD)实践指南英文版发布。该指南为2013年版FD指南的修订版,在诊疗实践以及安慰剂效应方面做了更新。(J Gastroenterol.1月21日在线版)

指南显示,FD是指具有慢性的以上腹部为中心的的症状,但其临床表现不能用器质性、系统性或代谢性疾病等来解释。FD通过症状确诊,慢性胃炎通过组织学炎症确诊,因此两者有所不同。然而,许多FD患者一直被视为患有慢性胃炎。基因多态性、儿童期虐待史、感染后胃炎、女性和低龄与FD

有关,但尚未达成共识。

指南指出,胃肠功能检查在临床实践中的有用性尚不明确。这类检测并不广泛可用,其结果不一定与功能性胃肠病的发病机制一致或提高治疗可预测性。但对于将FD分类为有临床意义的亚型可能有诊断价值。

治疗方面,指南提示,有效缓解症状是治疗FD的重要目标。安慰剂

可能对FD症状产生深远影响。建立良好的医患关系对FD的治疗是有用的。一线治疗强烈推荐生活方式和饮食调整对FD有效;质子泵抑制剂(PPI)和H₂受体拮抗剂(H₂RA)对FD有效;乙酰胆碱酯酶(AChE)抑制剂阿考替胺是有用的。值得注意的是,虽然推荐强度不高,指南建议实施身心内科治疗,可能有效治疗FD。

消化专栏编委会

栏目总编辑: 张澍田

执行主编:

李兆申 陈旻湖
 侯晓华 唐承薇
 姒健敏 杨云生
 袁耀宗 贾继东
 李 鹏

主编助理: 李 鹏

OLYMPUS

前沿动态

根除幽门螺杆菌感染可改善功能性消化不良

幽门螺杆菌(HP)感染在FD致病因素中的地位尚不清楚。此前研究表明,HP根除治疗对FD有益,在此基础上,近日一项Meta分析提供了高质量证据,证明HP根除治疗是HP阳性FD患者的有效治疗手段,应作为此类患者的一线治疗方法。(Gut.1月12日在线版)

研究纳入29项评估HP根除治疗在HP阳性成

人FD患者中疗效的随机对照试验,共6781例HP阳性FD患者。

结果显示,共有18项RCT评估了FD症状治愈情况,包括4564例HP阳性FD患者,其中2432例接受HP根除治疗。与对照组相比,接受HP根除治疗的FD患者症状未治愈的RR为0.91。有22项研究评估了FD症状改善情况,对5193例HP阳性FD

患者进行随机分组,其中2824例接受HP根除治疗。与对照组相比,HP根除治疗后FD症状未改善的RR为0.84。由此说明HP根除治疗在FD症状改善和治愈方面均有显著获益。

此外,HP根除率与FD症状改善率或治愈率无显著相关性,但HP根除成功与不成功的FD患者,症状未治愈或未改善的RR为0.65。

消化道早癌诊疗精准和规范并进

医师报讯(融媒体记者 裘佳)“随着内镜黏膜下剥离术(ESD)的不断发展,近10年来,消化道早癌的诊疗已成为我们消化内镜医生最关注的问题。”上海交



李晓波 教授

通大学医学院附属仁济医院消化内科李晓波教授表示,尽管已经有很大的提高,但还是可以看到整个医疗行业内还是有很多差异,一方面设施的差异依然存在,另一方面如何规范内镜操作、内镜诊疗报告、标本病理检测等仍有待不断完善和改进。此外,如何多领域协作共同推动技术创新发展,也成为重要方向。

李教授介绍,仁济医院是最早接受日本消化内镜TTT(Training The Trainer)活动的医院之一,当时有5位医生参加培训,之后经过3年的努力,开始开展自己的培训活动。“由于消化内镜技术并非一蹴而就,长期培训搬上日程,我们开始策划每个省培训多名省级青年导师,由他们推动培养当地各市的青年导师,再由他们培养下面区县的医院,形成很大的推动效应。”李教授表示,除了技术的推进,让每位消化内镜医生掌握基本的内镜操作、筛查技术外,还要做好亚专科的推动,如ESD、EUS、ERCP、小肠镜技术等,往某个特长方面去引导。

“我们与奥林巴斯公司合作在上海建立了实训中心,建立起系列培训的方法,如有医生想学ESD,我们有相应的操作模型,由易到难,由静态到动态,达到一定要求后,到离体动物模型上操作,达到一定标准后再到人体操作。可以说从早期癌的发现、诊断、治疗,到患者的长期随访总结,病理知识的积累,病理标本的处理,跟病理室和其他科室的MDT讨论等,形成一

条诊疗治疗链的完整的培训。”

李教授告诉记者,除了培训,内镜质控也是我们关注的重要方面。规范流程、内镜洗消达标、内镜操作者能力、安全性、诊疗报告的规范等,需要建立行业内的标准,同时可以利用人工智能、大数据等作为评价手段,推动消化内镜的规范化发展。

“学科发展离不开医疗技术、医疗设备的进步。”李教授介绍,如奥林巴斯公司的新产品——细胞内镜,可以将视野放大到520倍,而原来的放大内镜是100倍左右,这种放大效应可以看到原来在表面看不到的一些微观结构,帮助诊断。现在早癌的诊断离不开内镜窄带显像技术(NBI),该技术在日本获得内阁总理奖,是现在做早期消化道癌诊断最有用的利器之一。一些ESD的手术刀、辅助工具具有了越来越多的复合功能,如止血功能、牵引技术、缝合技术等,使操作更简便安全。未来再结合一些人工智能、机器人辅助技术等加强对病灶的识别,消化道早癌的检出、诊断、治疗正朝精准、完整、便捷、安全的方向快速发展。