

技术·思维

专家谈早期胃癌内镜下治疗

早期胃癌:病变仅侵及黏膜层及黏膜下层,不论大小,有无淋巴结转移  
进展期胃癌:病变深度超过黏膜下层

- I: 隆起型(息肉型)
- II型: 平坦型
  - IIa: 表面隆起型
  - IIb: 表面平坦型
  - IIc: 浅凹陷型
- III型: 深凹陷型
- 混合型

**判断肿瘤浸润深度**

组织学基础:  
第一层高回声带,为黏膜界面;  
第二层低回声带,相当于黏膜(m);  
第三层高回声带,相当于固有肌层(Sm);  
第四层低回声带,相当于固有肌层(Pm);  
第五层强回声带,相当于浆膜下层及浆膜(Ss-s)或外膜层(A)及界面波。



经口内镜下肌切开术治疗贲门失弛缓症

□ 华胸怀

近日,河南省肿瘤医院胸外科内镜医疗组成功地为一名贲门失弛缓症患者实施了经口内镜下肌切开术(POEM)。

食管贲门失弛缓症是因食管神经肌肉运动功能障碍,下段食管括约肌呈失弛缓状态,使食物无法顺利通过并滞留于食管,逐渐导致食管张力减退、蠕动消失及食管扩张的一种疾病。

54岁的患者李女士来自福建,一年前,她不明原因出现间断性吞咽困难,体重减少了五六公斤,来到河南省肿瘤医院胸外科就诊。患者完善相关检查后,被确诊为典型的贲门失弛缓症II型。胸外科医生许金良及内镜医疗组成员进行会诊,决定为该患者实施食管插管全麻内镜下微创肌切开术。

医生通过内镜先在患者食管黏膜下“开窗”,再沿食管黏膜下层开通一条黏膜下“隧道”,并在内镜直视下切开食管的部分环形肌,从而解除痉挛的环形肌,最后用金属钛夹夹住封闭开口,从而达到根治贲门失弛缓症的目的。目前,患者已康复出院。

“近年来,经口内镜下肌切开术是一种治疗贲门失弛缓症的微创、安全、有效手段。它是经人体自然腔道的一种微创外科手术,保留了体表的完整性,并且最大程度地避免了对身体功能的损伤。”河南省肿瘤医院胸外科内镜医疗组医生张玮说。

传统治疗贲门失弛缓症的手段包括药物、注射肉毒杆菌毒素、球囊扩张及外科开放或腹腔镜手术。随着内镜医师的经验积累和内镜设备的发展,贲门失弛缓症的治疗迈进了内镜微创时代。在一定程度上,经口内镜下肌切开术使相当一部分患者不用依赖口服药物,又可使部分患者避免开放外科手术所带来的身心伤害,具有体表无切口、创伤小、恢复快、住院时间短、费用低等优点。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

我国胃癌早诊断、早治疗水平低于发达国家,主要原因有两个方面:一是宏观层面上,胃癌的普检和筛查没有得到大力推行,人群认知度和接受度低;二是专业层面上,缺少有效的筛查手段及内镜检查不够。

与普通的筛查相比,胃镜检查的重点在于“精”。但胃镜检查如何做到精细,精细到什么程度,和内窥镜医师的水平有关。

年轻人,看你相貌俊秀、骨骼清奇,必能成为内科中的外科高手。这里,我们送你一本“葵花宝典”,一问一答间,助你练成“一眼识癌”和“内镜手术”之功夫。

问题一:什么是早期胃癌?胃癌仅侵犯黏膜和黏膜下层,而未侵犯固有肌层,不论有无淋巴结转移,均为早期胃癌。

问题二:内镜下胃癌有何特征?

发红、苍白、糜烂、出血、颗粒、有结节,血管走行紊乱、消失,异常肿瘤血管形成,腺管开口紊乱。凡具有以上特征之一,必须进行活检以明确诊断。

现在,日本消化内镜学会将胃癌分为隆起型、平坦型、凹陷型3个类型以及6个亚型。

问题三:我们能应用的内镜新技术有哪些?

答:超声内镜(EUS)、色素内镜、放大及超倍放大内镜(ME/EHME)、智能电子分光技术及智能/激光电子染色内镜(FICE/I-Scan,BLI)、共聚焦内镜,共五大内镜新技术。这些新技术各有长处,能够针对不同病变进行施治。

补充一句,应用普通白光内镜不易发现早期胃癌,必须结合

染色或放大技术,这也说明了内镜精查的必要性。

问题四:早期胃癌内镜下治疗有哪些术式?

答:内镜下黏膜切除术(EMR);内镜下黏膜剥离术(ESD)。

1984年,日本学者多田正弘首次将“黏膜下注射生理盐水后切除结肠无蒂息肉”技术应用于治疗胃癌,并命名为剥脱活术。这就是EMR的前世今生。

EMR是息肉切除术在活检应用中的延伸,切除深度为黏膜全层,故目前EMR主要应用于已明确诊断或早期胃癌的治疗(常用双通道或透明帽法等)。

ESD是用特殊的器械将病灶至黏膜下层完整切除。相比EMR,其可应用范围更加广泛(也就是可用于更大的病变)。

问题五:EMR与ESD有哪些优点?

答:一位意大利胃肠病科教授认为,EMR是一种行之有效的去除浅表肿瘤或者癌前病变的技术,其治疗效果可与外科手术相媲美,并且其复发率和死亡率较低。和烧灼性治疗不一样,EMR能为医生进行组织学评估提供病理组织标本。

ESD则是在EMR的基础上发展而来的。

问题六:如何精确应用EMR与ESD?

答:这要根据癌细胞浸润深度分级来确定。

癌细胞位于上皮层内为M1,位于固有层内为M2,位于黏膜肌层为M3,位于黏膜下层1/3为SM1,位于黏膜下层的2/3为SM2,位于黏膜下层全层为SM3。

EMR适用于病变深度为M1/M2,20毫米≤通常直径≤30毫米。

ESD适用于病变深度为M3/SM1,通常直径≥30毫米。

注意:EMR/ESD治疗的前提是无淋巴结转移;EMR切除后复发率高;EMR/ESD并发症主要是出血和/或穿孔。

问题七:追加手术是否考虑?

答:当癌变过于严重时,通常情况下,肿瘤浸润深度至黏膜下层≥200微米(食管)、≥500微米(胃)、≥1000微米(结肠)为追加手术治疗的指征。

总而言之,切除边缘残留、血管淋巴管受侵犯以及分化程度差者均需要追加手术治疗。

(注:此文为本报记者文晓欢根据河南省人民医院消化内科主任医师杨玉秀的课件整理,图片来自课件)

全身麻醉 VS 局部麻醉

全身麻醉过程分为麻醉诱导、麻醉维持和麻醉苏醒

局部麻醉应遵守操作流程,选择合适的麻醉部位

- 吸入麻醉药(氧化亚氮)
- 静脉麻醉药(硫喷妥钠)
- 肌松药(琥珀胆碱)
- 麻醉性镇痛药(吗啡)

需要人为建立和维持完整而通畅的气道

患者若无呼吸困难,无须特殊气道管理

患者意识消失

停止追加全身麻醉药

全身无意识、无痛觉

局部有意识、无痛觉

- 反流性误吸
- 呼吸道梗阻
- 通气量不足
- 低氧血症
- 高热、抽搐和惊厥

- 酯类局麻药(普鲁卡因)
- 酰胺类局麻药(利多卡因)
- 血压下降
- 呼吸抑制
- 全脊髓麻醉
- 局麻药毒性反应
- 恶心呕吐

术中并发症

王军战/制图

脑卒中论坛 (投稿邮箱:879967567@qq.com)

肥胖是缺血性卒中的重要危险因素

□ 高远 刘新静

肥胖是公认的心脑血管病危险因素,已成为全球越来越严峻的问题,影响着越来越多的老年人,甚至中老年人的健康。因此,有必要进一步明确肥胖与特定疾病之间的联系,为控制肥胖以及制定公共卫生政策提供更好的依据。

卒中目前居于成年人致残性疾病的首位,也是全球范围内主要的死亡原因。卒中与体重指数(BMI)的关系已经被证实。然而,BMI似乎主要与缺血性卒中相关。来自亚洲的证据认为BMI仅影响特殊亚型的卒中。亚洲的卒中发生率比西方高,并且病因也有所差异。

英国女性前瞻性研究是一项全国范围内的前瞻性登记性研究,旨在通过大样本前瞻性数据,探索肥胖与卒中的关系。这项研究从1996年至2001年,纳入了130万名既往无卒中的英国女性(平均年龄57岁,标准误5岁)。为了发现BMI与缺血性卒中及出血性卒中的关系,笔者回顾了全球的文献报道。

笔者采用Cox回顾性分析预测模型(比例风险回归模型)在缺血性卒中及出血性卒中(包括脑出血及蛛网膜下腔出血)中BMI及相关危险因素预测模型,对已发表的前瞻性研究进行了分析。

本前瞻性研究发现,在西方国家,通过平均11.7年随访,共计发生了20549例卒中,其中9993例为缺血性卒中,5852例为出血性卒中。研究发现,BMI增加,则缺血性卒中风险增加,即BMI每增加5千克/身高(以米为单位)的平方,则相关风险率为1.21,95%安全区间(CI)为1.18~1.23。另一方面,BMI增加与出血性卒中风险降低相关,即BMI每增加5千克/身高(以米为单位)的平方,则相关风险率为0.89,95%安全区间为0.86~0.92。

BMI对于缺血性卒中及出血性卒中的影响显然是不同的,但在脑出血患者及蛛网膜下腔出血患者之间并未得出显著性差异。目前,有些发表文献也认为BMI增加与缺血性卒中风险相关性更大,但文献大多来自亚洲人群。

综上所述,本研究首次报道了西方人群中BMI与卒中的关系,并且对缺血性卒中及出血性卒中的危险因素进一步分析后发现,BMI较高的患者缺血性卒中风险增加,但出血性卒中风险降低。这与既往的研究结果相似。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

失眠治疗仪

河南阿拉丁医疗器械有限公司 诚招各省市代理商 400-650-7100

男性为何会发生继发性不育

□ 张羽



资料图片

男性生殖道感染已经成为男性不育,特别是继发性不育的最重要的原因。防治生殖道感染已经成为防治男性不育的重要措施。

引起男性生殖道感染的常见微生物有细菌、支原体、衣原体、滴虫等。男性生殖道感染主要会影响性腺的正常分泌及生精功能,造成精子形态的改变、活力低下及存活期缩短,影响生育能力;导致输精管狭窄甚至梗阻,使精子不能顺利通过;可引起免疫功能异常降低(血睾屏障被破坏),发生免疫反应,产生抗精子抗体,使精子失活,导致少精和无精,从而引起不孕不育症。

沙眼衣原体 沙眼衣原体是一种严格寄生于真核细胞内的原核微生物,

可通过性接触传播,是性活跃的男女人群中最普遍的性传播疾病之一,可引起非淋菌性尿道炎、特发性睾丸炎、无菌性前列腺炎。

解脲支原体 解脲支原体会直接黏附在精子的头部和尾部,产生精子凝集素,还会引起精浆中微量元素的变化(锌和硒的含量明显降低),从而影响精子的运动能力、活力和数量。

大肠杆菌 大肠杆菌会引起精子凝集、抑制精子运动和杀死精子,从而影响生育。

淋球菌 淋球菌是人体寄生菌,人类是其唯一的自然宿主。淋球菌对柱状上皮细胞和移行上皮细胞构成的黏膜有特殊的亲和力,易侵犯男性的前后尿道、前列腺、精囊、附睾。淋球菌可侵犯睾丸和附睾,能使精子形态异常,破坏精子膜和顶体,从而影响男性生育。

阴道嗜血杆菌 阴道嗜血杆菌是从阴道炎患者病灶部分离到的棒状杆菌。阴道嗜血杆菌感染可累及睾丸、附睾及其他附属性腺,因而精子在其发育和成熟的不同阶段都可能受到感染的影响。

现在,越来越多的男性认识到男性生殖道感染与不育有着密切的关系。男性生殖道感染主要通过引起局部炎症,破坏生殖系统,阻塞生殖道,同时产生炎症介质,从而导致精子质量下降。男性生殖道感染还可以传染给性伴侣,造成女方不孕。

优生优育 呵护健康

围手术期过敏如何紧急应对

□ 魏兵华

在围手术期,任何经静脉注入机体的麻醉药、非麻醉药和各种溶剂,或植入机体、与机体皮肤黏膜接触的物质,均有可能引起过敏反应。比如,血液制品等本身含有抗原和抗体物质,能与循环中的抗体结合,激活补体,诱发超敏反应;有些药物、胶体液等被输入体内后,也会以抗原或半抗原形式与循环中的抗体相互作用,激活补体,继而诱发肥大细胞或嗜碱性粒细胞释放组胺而导致过敏反应;也有的药物输入体内后能直接刺激肥大细胞和嗜碱性粒细胞释放组胺,发生过敏反应。类过敏反应的机制虽然为非免疫性,但是临床表现与过敏反应类似。

围手术期过敏主要涉及四大系统:皮肤黏膜、胃肠道、呼吸和心血管系统,可以单一或多个系统同时受累。80%的过敏反应局限于皮肤黏膜,20%的过敏反应较严重,甚至危及生命,需要用肾上腺素治疗。我们必须通过密切观察,及时全面了解患者的临床症状和体征,尽早诊断,对症处理。确定患者发生过敏反应后,必须立即停用致敏药物,并静脉给予激素类药物,加快输液速度,密切注意血流动力学变化,及早准备好肾上腺素。对于清醒患者,必须给予面罩吸纯氧,保持呼吸道通畅,避免发生恶心、呕吐;对全身麻醉患者还必须随时观察呼吸肌气道压力。

有的患者静脉给药几分钟后,即在输液手臂上出现明显的潮红、荨麻疹,甚至风团。如全身麻醉诱导后,有些患者前胸、颈部出现明显潮红,主要原因可能是肌松药引发的组胺释放所致。此类过敏多半不太严重,仅涉及单一系统,给予激素类药物对症治疗,半小时后会逐渐消失。有的患者则过敏反应较

重。比如,笔者不久前曾遇到一名泌尿外科患者,全身麻醉后,呼吸机气道压逐渐升高,听诊可闻及双肺啰音,给予气管内吸痰,痰少,气道压持续在35毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。我们排除其他原因后,考虑为过敏引起的支气管痉挛,立刻给予抗过敏对症处理,气道压才慢慢降至20毫米汞柱。

对于清醒状态的患者,一旦发生过敏反应,医生必须及时询问患者的不适症状,如有无皮肤瘙痒、呼吸困难、恶心呕吐、胸闷等;全身麻醉的患者,我们可以根据临床表现进行对症处理。对于围手术期过敏,最棘手莫过于过敏性休克。这类患者起病急,发展迅速,必须立刻处理,及早扭转休克状态。尤其是顽固性低血压(血压常低于60/40毫米汞柱),极易导致心跳骤停,必须高度重视。发生顽固性低血压的可能原因有:血管渗出增多尚未纠正,循环血量极度不足,以及酸中毒、低钙血症、低钠血症等,此时血管往往对儿茶酚胺等血管活性药呈现无反应性。我们曾遇到一名过敏性休克患者,经快速大量补液补血、抗过敏、补充钙剂,应用儿茶酚胺等处理后,仍不见血压回升迹象,于是给予静脉快速滴注碳酸氢钠150毫升,结果血压迅速上升。

对于过敏性休克患者的抢救,要注意水电解质和酸碱的平衡,以及晶体液和胶体液的量,适当给予高渗氯化钠,必要时可进行血气分析。当儿茶酚胺类药物对血管疗效不明显时,还可以考虑使用非儿茶酚胺类药物,如血管加压素或垂体后叶素、纳洛酮等,有时能增强儿茶酚胺的效应,达到意想不到的效果。