



超细胃镜透明帽在结肠支架治疗癌性肠梗阻中的应用

周剑金 苏军凯 杨伟超 林贵华 林秀贞 万淑琴 杨天赐 林晴媛 (漳州正兴医院消化内镜中心 福建漳州 363000)

摘要:目的 目前,金属支架广泛用于结直肠癌性肠梗阻。使用支架对梗阻性结直肠癌患者进行术前处理,随后二期手术。与急诊手术相比,金属支架置入术显著降低患者术后住院天数、死亡率和造口率。支架置入术,也是解决部分晚期结直肠癌造成的梗阻的有效手段,为失去外科手术机会的晚期肿瘤患者及放弃手术治疗的患者提供了姑息性解除结肠梗阻的治疗机会,对于改善患者生活质量和生存率具有积极意义。但是,不管是单纯肠镜直视,或X线辅助肠镜,还是有些困难病例无法完成支架置入。其中,最关键的步骤是内镜无法将导丝通过梗阻狭窄段。为此,我们尝试将超细胃镜配戴透明帽应用于结肠支架治疗癌性肠梗阻中取得较好的效果。

方法 普通肠镜和超细胃镜无法完成的导丝通过结肠癌性梗阻3例,其中1例为直肠癌造瘘术后结肠癌复发,另外两例为乙状结肠癌。这3例均无X线辅助。普通肠镜和超细胃镜无法置入导丝的定义为内镜定位梗阻部位后尝试置入导丝的操作时间超过15分钟仍不成功。自制超细胃镜透明帽为塑料套管原材料为一次性吸氧管,简单改造,制作方法简单,材料容易取得。超出胃镜前端约5mm。透明帽前端外径7mm,内径5mm。插入配戴透明帽的超细胃镜至梗阻病灶部位。**结果** 3例超细胃镜置入导丝的操作时间分别为5分钟、17分钟和8分钟。患者均成功置入结肠自膨式金属支架,顺利解除患者腹胀腹痛等肠梗阻症状。**结论** 透明帽为超细胃镜提供了较好的视野,操作者较容易判断癌性肠梗阻狭窄肠腔的走向。在一些普通胃镜或肠镜无法完成结肠支架治疗癌性肠梗阻的病例,应用超细胃镜透明帽可取得较好的效果。

关键词: 结肠癌 梗阻 支架 超细胃镜 透明帽

中图分类号: R735.35 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)01-257-02

目前,金属支架广泛用于结直肠癌性肠梗阻。使用支架对梗阻性结直肠癌患者进行术前处理,随后二期手术。与急诊手术相比,金属支架置入术显著降低患者术后住院天数、死亡率和造口率。支架置入术,也是解决部分晚期结直肠癌造成的梗阻的有效手段,为失去外科手术机会的晚期肿瘤患者及放弃手术治疗的患者提供了姑息性解除结肠梗阻的治疗机会,对于改善患者生活质量和生存率具有积极意义^[1-2]。但是,不管是单纯肠镜直视,或X线辅助肠镜,还是有些困难病例无法完成支架置入。其中,最关键的步骤是内镜无法将导丝通过梗阻狭窄段。为此,我们尝试将超细胃镜配戴透明帽应用于结肠支架治疗癌性肠梗阻中取得较好的效果。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 临床资料

2016年7月—2017年12月我院收治的结肠恶性梗阻,普通肠镜无法完成将导丝通过结肠癌性梗阻3例,其中1例为直肠癌造瘘术后结肠癌复发,另外两例为乙状结肠癌。这3例均无X线辅助,其中男2例,女1例,年龄为64-81岁,平均71岁。纳入标准为:①急症CT增强示急性结肠及小肠不全性或完全性梗阻;②单一肿瘤导致梗阻。③普通肠镜无法将导丝置入结肠恶性梗阻的口侧端,即无透视辅助,肠镜直视定位梗阻部位后尝试置入导丝的操作时间超过15分钟。排除标准为:①生命体征不平稳;②炎症性肠病;③消化道穿孔、出血;④严重的出凝血功能障碍或出血倾向。

1.1.2 超细胃镜透明帽

超细胃镜透明帽为自制,为一长约20mm的塑料套管,原材料从一次性吸氧管接头,剪取适当长度。超出胃镜为奥林巴斯XP290,前端约5mm。透明帽前端外径7mm,内径5mm。

1.2 方法

结肠癌性梗阻患者,普通肠镜到达病灶后,在内镜直视下插入导丝,无X线透视辅助,尝试将导丝通过结肠狭窄段。无法置入导丝的定义为肠镜定位梗阻部位后尝试置入导丝的操作时间超过15分钟。退出普通肠镜,插入配戴透明帽的超细胃镜。

配戴透明帽的超细胃镜通过大小旋钮调整镜头的角度,循肠腔方向不断插进肠腔狭窄段。如肠腔狭窄明显,超细胃镜无法通过狭窄段,则从活检孔中插入超长黄斑导丝(0.035英寸×300cm),通过结肠狭窄段至近段肠腔内。保留导丝,退出超细

胃镜,沿导丝插入普通肠镜。选择适宜尺寸的支架,沿导丝经肠镜活检钳道引入装有支架的输送器。内镜直视下,支架近肛侧端距狭窄段约20mm左右时开始释放,并逐步调整使支架处于适当位置时缓慢释放支架,然后退出导丝和输送器。

2 结果

3例超细胃镜置入导丝的操作时间分别为5分钟、17分钟和8分钟。患者均成功置入结肠自膨式金属支架,顺利解除患者腹胀腹痛等肠梗阻症状。

这3例超细胃镜透明帽法置入结肠支架的技术成功率为100%,支架置入6h后患者腹部梗阻症状明显改善,3d内复查腹部CT示支架在位、梗阻段通畅、近段肠管梗阻症状消失。临床梗阻均获缓解。支架置入2周内无肠道穿孔、出血、支架移位、支架再梗阻和感染等并发症,术后患者病情稳定、临床症状明显缓解,食欲恢复正常。

3 讨论

目前自膨式金属支架置入作为手术过渡或者姑息性治疗方案已被广泛接受并应用于结直肠癌性梗阻的治疗。支架置入能避免因急诊手术导致的死亡和并发症,并且可以根据患者恢复情况及病情选择后续治疗方案^[3]。经大口径($\geq 3.7\text{mm}$)内镜钳道置入自膨式金属支架已广泛应用于消化道恶性梗阻的治疗,取得良好临床疗效的同时也部分取代了急诊手术。结肠支架通常为钛镍记忆合金自膨式,支架两端采用蘑菇头防移位设计,长度常为60mm或80mm。支架输送器的直径为10F,不仅可以通过结肠镜的内镜钳道,且提高了输送器的灵活性和可操作性;支架两端及中间的3个不透X线标记提高了术中定位的准确性,因此,不少学者采用肠镜直视和透视辅助下放置结肠支架,提高了结肠支架置入术的成功率和安全性。

超细胃镜镜身纤细,CCD镜头与镜身外周距离较近,易被肠黏膜覆盖和遮挡视野。另外,肠梗阻的患者肠道准备通常较差。因此,超细胃镜在狭窄肠腔内难以获得较清晰的视野。我们在临床实验中,普通肠镜下就能成功完成90%以上的患者肠梗阻支架。个别困难病例,即使更换为超细胃镜也不成功。我们通过自制的超细胃镜透明帽,保证超细胃镜前端有一定的空间视野。通过超细胃镜大小旋钮的转动,透明帽撑开狭窄肠腔,较易找到肠腔的方向,导丝较容易通过肠腔狭窄段。

超细胃镜应用于结肠支架置入术,最大的缺点是镜身太软,

(下转第259页)



统包括死因监测、慢性病及危险因素监测、肿瘤登记、心血管事件(冠心病、脑卒中、急性心肌梗塞等)等。

3 讨论

3.1 疾控机构体系建设面临的形式与问题

疾控工作任务扩展,工作要求不断提高。近年来,由于社会发展、交通发达、人口流动、人口老龄化、生活节奏加快、生态环境改变等多方面因素,为传染病流行提供了便利条件。新发传染病不断发生、发现,传染病疫情具有更有利传播和扩散条件。慢性非传染性疾病已成为损害人民健康的第一因素,防控慢性非传染病将是疾病控制长远、艰巨的课题^[1]。我市个别县市区免疫规划等基础性工作未完全落实,人民群众的健康需求和卫生应急、疾病控制任务繁重之间的矛盾日益突出。

公共卫生经费保障机制同与承担的职能不匹配。一是卫生事业经费总体投入不足,人头经费、绩效工资没有保障,工作经费缺如。要花大量精力去创收或向政府争取来弥补经费缺口,以致不能够把整个精力安心投入到疾控事业上。二是国家专项经费减少。2017年省财政疾病控制经费采取因素法分配,大部分县市区疾控中心分配到的专项经费巨幅下降,严重影响各项监测工作进度和质量。三是疾控服务性收费全面取消。2017年3月15日财政部、国家发改委下发财税[2017]20号文件,取消了所有疾控服务收费项目,但政府又没有相应的补偿措施,以致真正具有社会公益性的事情往往难以实现。

基层疾病预防控制能力堪忧。一是基本能力建设不达标。我市大部分县级疾控机构检验设备和检测能力离标准要求仍有较大差距。尤其是三个区疾控中心实验室能力建设比较滞后,仪器配置达标率低,严重影响疾控能力的提升。二是人才队伍得不到稳定和加强。由于投入不足,薪酬较低,一方面人力配置中低学历、非预防医学专业人员所占比例过高;另一面人才外流、转岗现象严重,部分单位几年都没有招聘到专业人员。三是疾控工作协调机制不健全。公共卫生“防、管、治”三位一体的服务模式没有形成,疾控机构、基层公共服务卫生机构和医疗机构之间工作协调机制不健全,以致需要多方协调的疾控工作不能落到实处。

疾病预防控制信息化建设相对滞后。疾控机构各部门监测数据相对独立,普遍存在信息应用面窄、信息闲置、信息上报重复、信息利用率低等现象。公共卫生与卫生监督、教育、食品药品监督等各部门,配合协调不够,联防联控机制尚未建立。

3.2 政策建议

充分认识疾病预防控制体系建设的重要性。疾病预防控制体系建设是一项关系全民的系统工程,必须坚持政府主导、部门配合、社会各界共同参与的原则,制定切实可行的长期宣传机制,明确任务、落实责任,将建设公共卫生体系纳入到领导干部任期目标和政绩考核的指标当中,切实推进公共卫生体系建设。

落实公共卫生工作经费保障,建立长效投入机制。政府应将各级疾控经费在财政预算中单列,确保各级疾控机构工作业务开展支出需要,特别是传染病监测,应予以重点保障。对人员经费、公用经费等经常性维持经费有所倾斜,改变以依赖“专项资金”应急和预防服务收入维持生机的投入机制,逐步规范、剥离有偿服务,彻底扭转“投入不足导致职能偏废”的困境^[2]。

加大疾控机构实验室设备投入及人员培训,提高公共卫生服务能力和水平。增加疾控人员收入,制定灵活的聘用、培养、引进人才的激励政策。针对各县市区级疾控普遍面临仪器设备落后、公共卫生人才队伍紧缺、学历结构不平衡的现象,一是加大仪器设备投入,购置新设备。二是对现有专技人员加强在职教育,引进高学历专技人才,鼓励军转人员继续专业学习,提高学历层次,充实疾控队伍;经常性开展省、市、县三级培训工作,采取逐级培训的方式,提高公卫人员专业技术水平和实际操作技能;通过各种进修、培训、以老带新等形式,加强对年轻疾控专业人员的培养,不断优化疾控队伍结构。三是以高层次人才队伍建设为重点,加强对业务和实验室的人才培养和引进,培养学科带头人,提升疾病预防控制工作引领能力。

不断提高公共卫生应急处置能力,切实做好疾病预防控制工作。进一步加强对公共卫生事件监测、预防和控制,加强应急人员、经费、物资储备保证,保障应急体系有效运行。强化公共卫生监测网络,不断拓宽网络直报范围,加快向村卫生室、社区卫生服务站网络直报覆盖,进一步提高传染病网络直报灵敏度^[3]。继续把艾滋病、肺结核、霍乱、人禽流感等传染病作为重点传染病管理,确保不暴发流行,其他传染病疫情保持历年持平水平。认真组织实施国家免疫规划项目,接种率保持在95%以上。继续巩固碘缺乏病、地方病、麻风病防治成果。逐步推进慢性病防治工作,要建立以高血压、糖尿病、肿瘤、心血管病为防治要点,个体化服务为特点的综合防治策略。应以规范化的治疗服务为保障,以社区卫生服务为基础,全面覆盖建立居民健康电子档案,提供连续性、系统性、全过程的健康管理服务为举措的综合防治治理方略。

建设联防联控机制。疾控机构在卫生系统内需要与卫生监督、爱国卫生、妇幼保健等部门配合,在卫生系统外涉及与食品药监、教育、质监等多个部门的协调。需要建设一个职责明确、任务清晰的多部门协调运行机制,共同落实“预防为主、防治结合”的方针,为群众提供安全、有效、方便、价廉、均衡的疾控服务。

参考文献

- [1] 姜峰波,林新铎,贾佳,等.中国死亡谱变化趋势及原因分析[J].中国社会医学杂志,2018,35(05):477-480.
- [2] 王继明,童华兵,邓小林.巴中市疾病预防控制体系建设的问题与对策[J].预防医学情报杂志,2008(01):57-58.
- [3] 周玉平,殷芳,朱忠良.加强疾病预防控制的信息化建设[J].中华医学科研管理杂志,2005(01):47-48.

(上接第257页)

在肠腔内易成攀,难以到达右半结肠。右半结肠(盲肠、升结肠、肝曲、横结肠)恶性梗阻患者急诊手术较择期手术有较高的并发症和围手术期病死,透视和(或)内镜下自膨式金属支架治疗成为治疗的首选方法。右半结肠由于距离长及肠管弯曲度大,导丝到达和支架置入非常困难。目前报道支架治疗右半结肠恶性梗阻的文献不多。右半结肠恶性梗阻支架置入治疗报道较少。右半结肠的病例,技术比较难以到达病灶部位,特别是一些弯曲的结肠和很差的肠道准备。并且,在右半结肠,超细胃镜特别软、容易成攀,要从肛侧往口侧通过狭窄部位是很困难的。有学者用双气囊小肠镜的外套管提供的较好的视野和支撑力。一些研究表明,支架对于近端狭窄和远端狭窄的疗效是一样的。应用双气囊小肠镜外套管,气囊充好后,外套管充当稳定的外鞘,超细胃镜经外套管较轻易地通过狭窄段进入口侧肠腔^[6]。

本组研究表明,在普通肠镜和超细胃镜无法将导丝通过结肠狭窄段时导致支架失败的3例患者,用超细胃镜透明帽后,内镜支架置入全部成功,无出血、穿孔等并发症。透明帽为超细胃镜提供了较好的视野,操作者较容易判断癌性肠梗阻狭窄肠腔的走向。在一些普通胃镜或肠镜无法完成结肠支架治疗癌性肠梗阻的病例,应用超细胃镜透明帽可取得较好的效果。

参考文献

- [1] 楼征,闫飞虎,张卫.结肠支架在高龄梗阻性结肠癌患者处置中的作用和挑战[J].中华结直肠电子杂志,2015,4(3):327-329.
- [2] 黄东,张鸣青,苏军凯.超细胃镜直视下扩张与支架置入治疗儿童食管腐蚀伤后狭窄2例[J].福建医药杂志,2010,32(05):29-31.
- [3] 沈毅慧,张立献,石磊,等.超细内镜在左半结肠直肠癌性肠梗阻治疗中的应用研究[J].中国医师进修杂志,2013,36(10):31-34.