

消化内科：ESD遇到残胃、大出血！我该怎么办？

2017-09-28 医拓网

日本癌研有明医院的山本赖正教授为我们带来题为《上消化道ESD策略与应对困难病例诀窍》的讲座。这里展示了丰富的实际操作视频，内容包括ESD操作流程及要点、不同部位的切法、黏膜下剥离的技巧、大出血病例的处理、纤维化病灶的剥离等。讲解清楚明了，手法十分细腻。

1. 基本操作

标准的标记位置：
分化型、未分化型各不同。



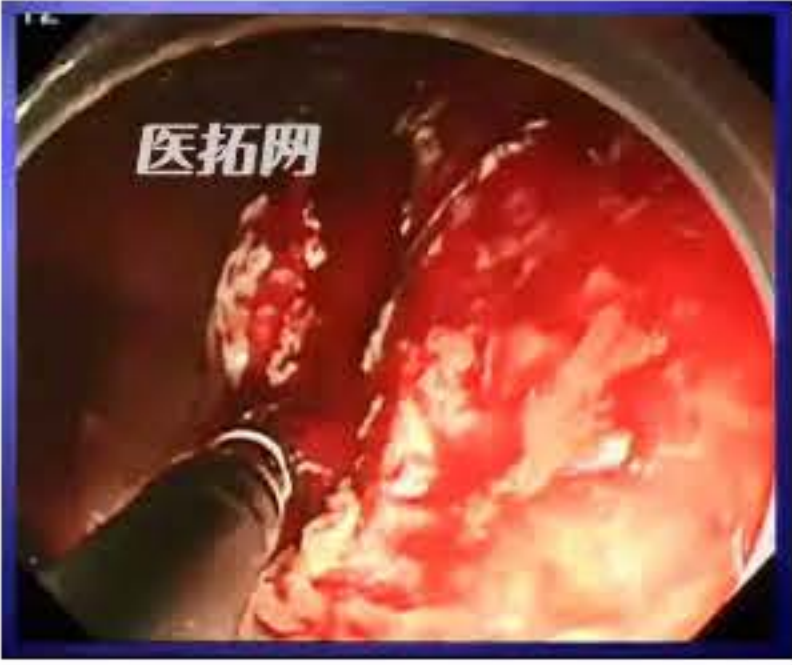
胃体上部后壁病变的大弯侧黏膜切开：

大弯处内镜不一定能操作，且出血较多。首先固定内镜，IT2稍稍伸长，牵拉切开刀同时进行切开。



2. 胃癌ESD的困难病例

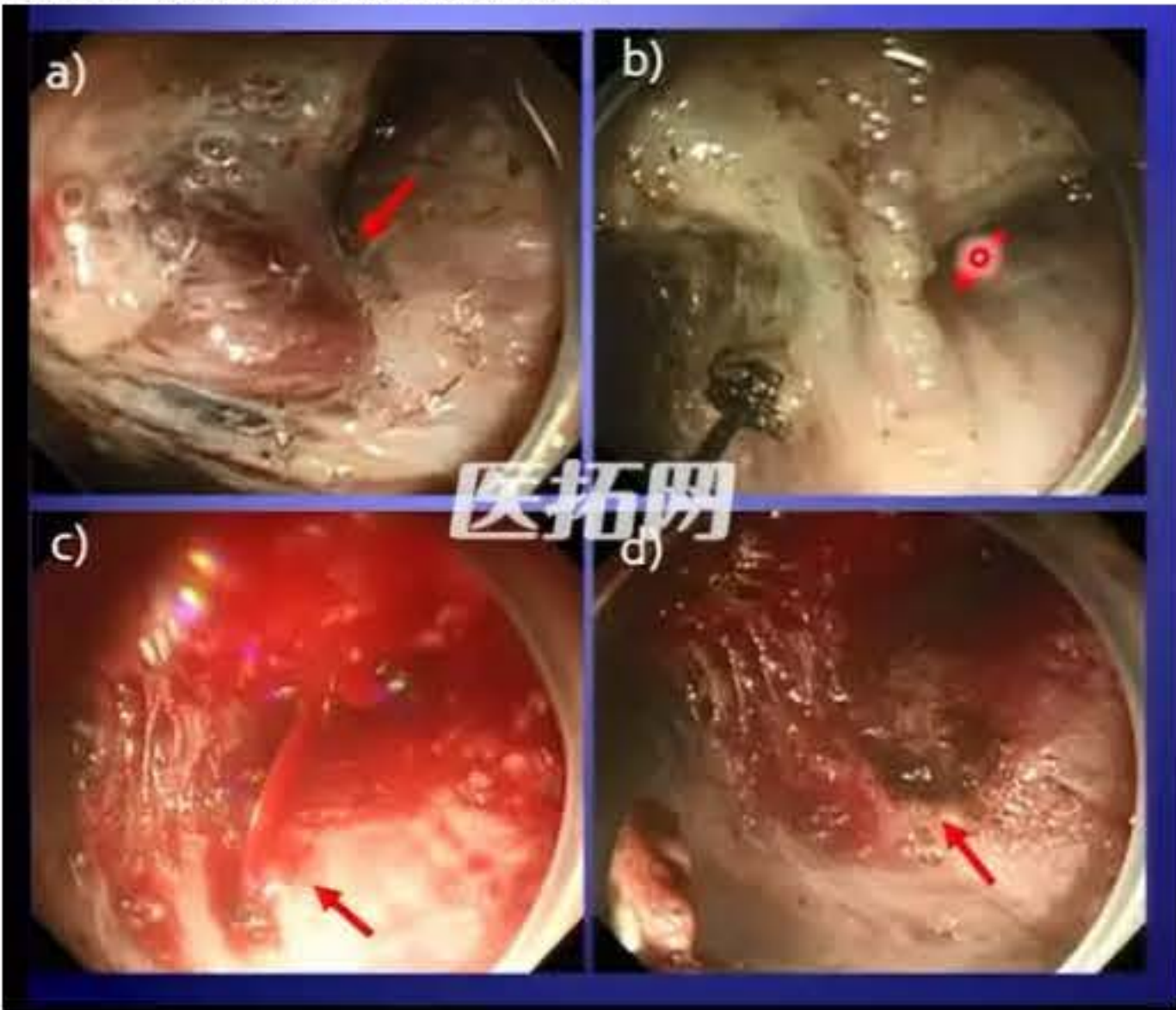
病例止血演示 胃体下部小弯0-II c：



出血处理小窍门：

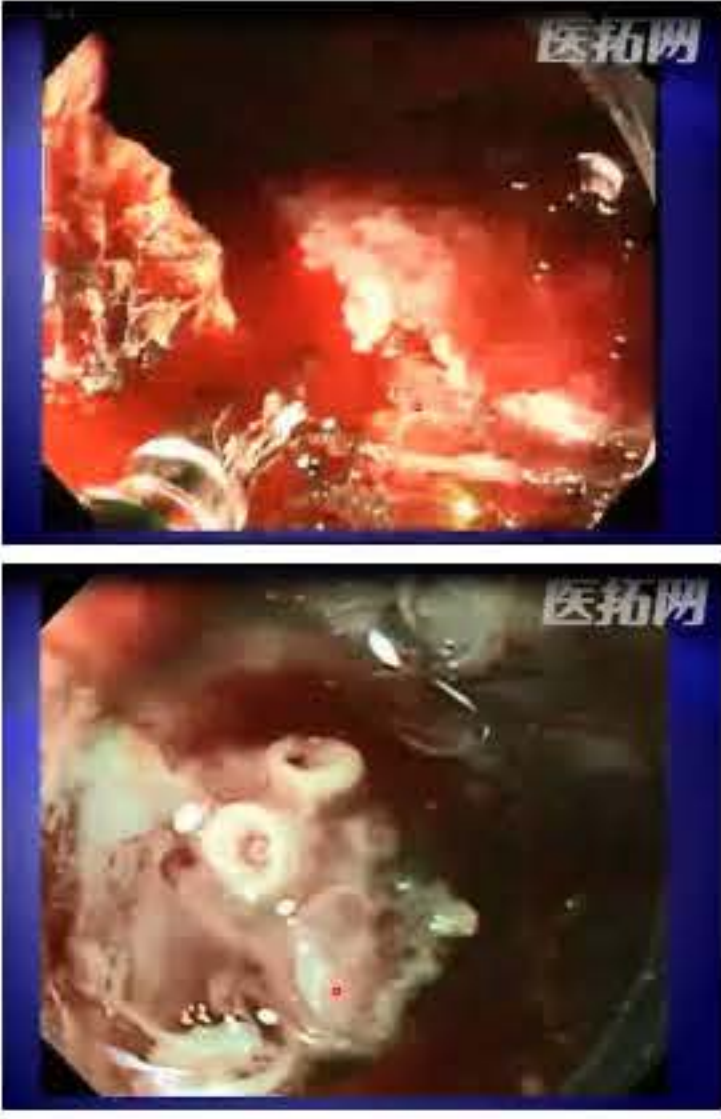
- a. 切开深度不能过深或过浅。
- b. 切开前尽可能凝固。
- c. 出血时，保持容易止血的状态。
- d. 改变镜子位置,确认出血点。

出血时，如何保持容易止血的状态？



残胃的ESD：

残胃的大弯侧经常会有很粗的血管，那么山本教授是怎么处理的呢？



纤维化部分的剥离要点：

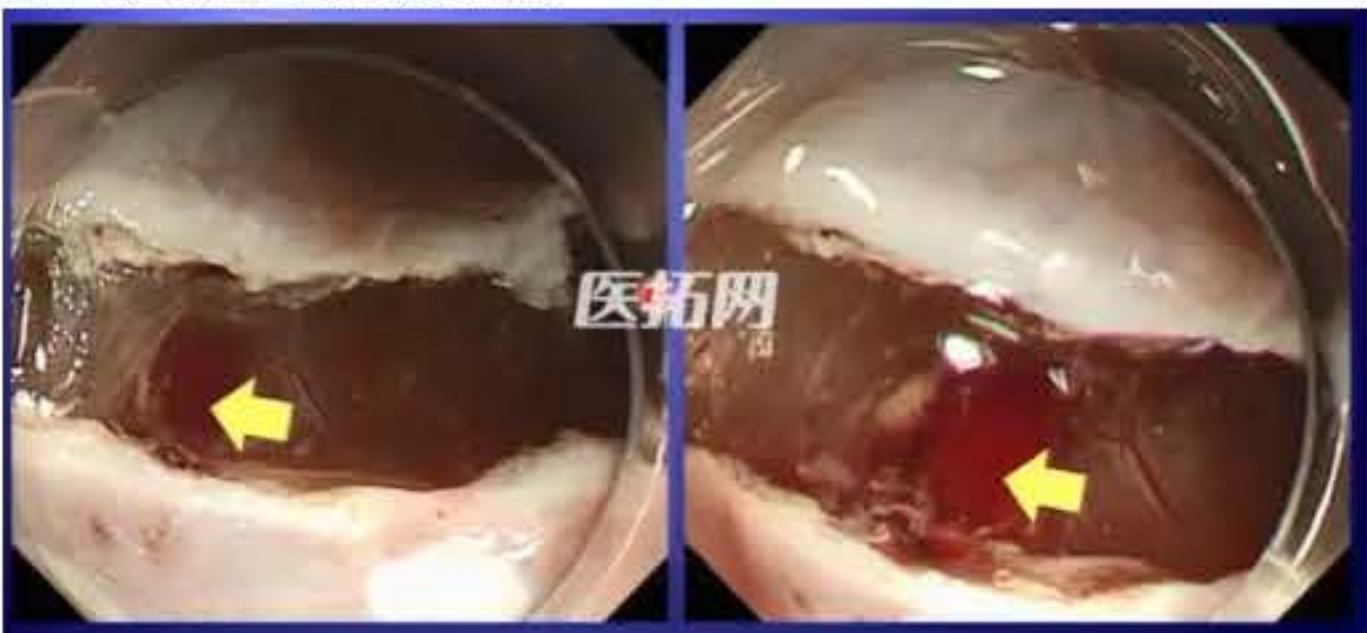
纤维化严重的部分要最后剥离。



3. ITnano在食道、十二指肠癌ESD中的应用

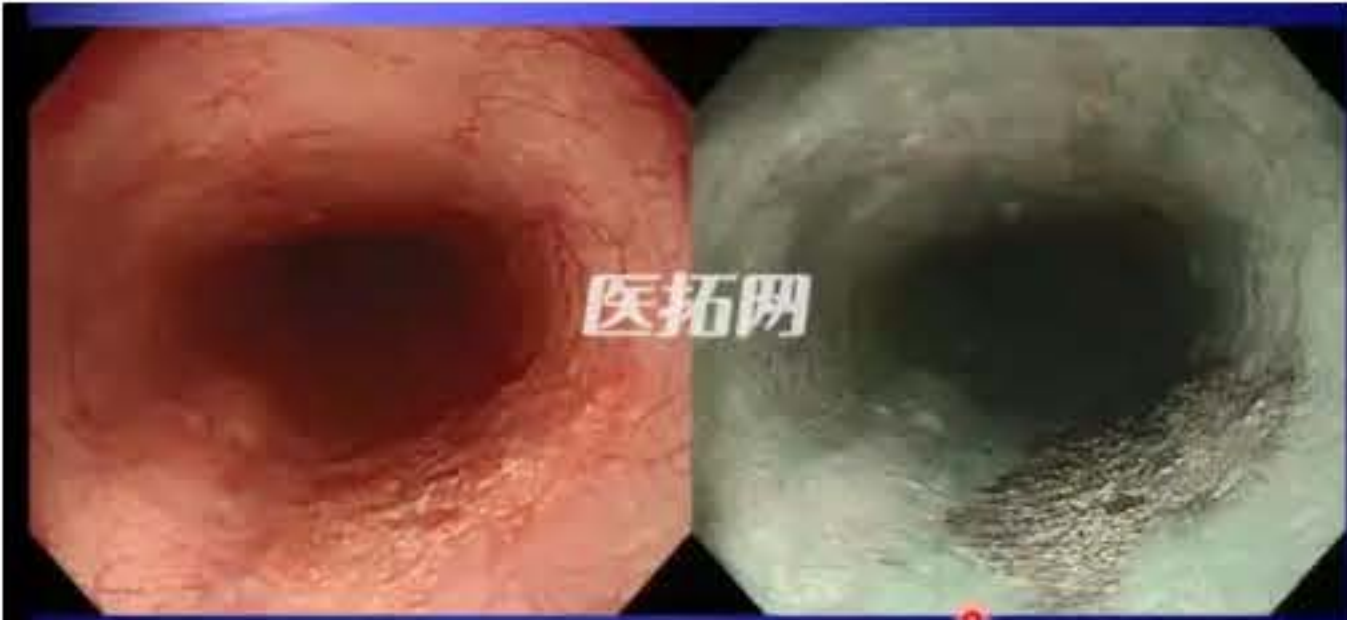
食道癌ESD的操作要点：

切开时，确保只切到黏膜肌层。

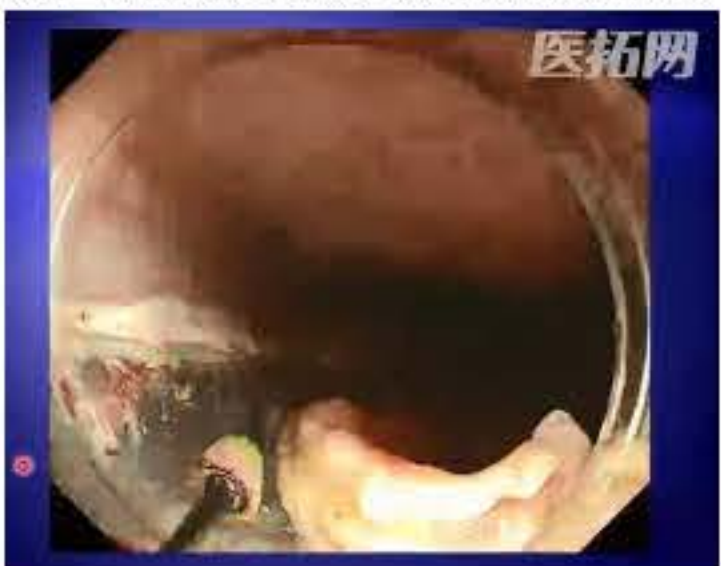


食管病例展示：

45岁男性中部食道 3cm SCC



ITnano先端比较小，狭小的空间也可以伸进去做。虽然有点看不见，但也是安全的。



本讲座的ESD病例涉及了食管、胃、十二指肠。