



保「胃」更精准、更微创、更安全 双「镜」合璧+荧光导航

文/钱小蕾 孙卉 姚奕涵 杨冷
本版图片由江苏大学附属医院提供

日前,江苏大学附属医院胃外科团队为一名早期胃癌患者成功实施“双镜联合+荧光导航”手术。消化内镜+腹腔镜,双“镜”合璧、里应外合,再添荧光导航加持,让这台手术更加精准、微创和安全。

58岁女性罹患胃癌 专家团队精准施策

吴女士(化名)今年58岁,3个月前,由于无明显诱因下出现腹部不适伴反酸,在当地医院做了胃镜检查,病理报告提示“胃体前壁中度慢性非萎缩性胃炎,黏膜固有层内少见印戒样细胞”。为求进一步治疗,吴女士来到江大附院胃外科就诊,门诊拟“胃恶性肿瘤”将其收入院。

结合吴女士的病史及相关检查资料,胃外科团队评估认为其属于早期胃癌。

对于早期胃癌,胃切除术是最有效的治疗手段。但手术该如何做?切除肿瘤的同时能否最大限度地保留胃组织?

术后能否快速恢复……这一大堆问题让吴女士十分焦虑。

看出了吴女士及其家人的担忧,大外科主任兼胃外科主任范昕来到病床边耐心解释说,针对吴女士的病情,可采用一种全新的个性化治疗方案——“双镜联合+荧光导航”手术来精准切瘤。该手术利用“双镜联合”与“荧光导航”两项新技术,既能有效治疗胃癌,又能最大限度地保留胃的功能。

随着手术技术的发展,微创和保功能手术成为患者和医生的共同追求。近年来,“双镜联合手术”(LECS)因其在微创和保功能方面的优势,越来越受重视。近日,《中国胃肠道肿瘤双镜联合手术临床实践指南》发布,为LECS的应用和推广提供了全面的指导建议。

听了专家的分析 and 解释,吴女士及其家人打消了顾虑,更加积极地配合治疗。

双“镜”合璧切除肿瘤 荧光导航精准清扫

经过胃外科、消化内科、麻醉科和病理科等多学科讨论和充分的术前准备,手术按既定计划实施。消化内科主任医师何亚龙操作消化内镜协助,胃外科主

任医师范昕、副主任医师殷凯用腹腔镜与其“里应外合”,为吴女士实施了“双镜联合下胃病损切除及胃病灶周围 ICG(吲哚菁绿)黏膜下注射”。

在病理科快速冰冻病理切片确认切缘阴性后,根据 ICG 荧光导航清晰显示的病灶周围淋巴结,手术团队沿淋巴管依次清扫了淋巴结。由于该手术是微创手术且保留了整个胃组织,术中出血极少,吴女士术后恢复顺利,一周后出院。

范昕介绍,LECS是指应用腹腔镜及消化内镜在手术中进行协同操作,从而达到既提高手术的精准性又保功能的效果。该术式通过结合两者的优势,既解决了单纯腹腔镜手术定位不准确和切除范围不足或过多的问题,也能为减少内镜手术可能出现的出血或穿孔等术中并发症提供保障。LECS 不仅具有现代外科手术精准、微创的特征,也符合加速康复外科的理念,是目前胃肠道肿瘤外科治疗的热点。而 ICG 荧光显像及淋巴结示踪技术,可直接观测到荧光标记的胃癌病灶及周围的淋巴组织的位置、大小、边界等。“双镜联合”与“荧光导航”两项新技术的结合,能够大大减少患者的手术创伤,缩短手术时间,减少患者术后并发症的发生概率,同时也实现了精准切除肿瘤和淋巴结清扫,避免了肿瘤残留,

大大提高了患者术后生存质量。

这些防癌建议 助力科学远离胃癌

胃癌是我国发病率和死亡率均居前位的恶性肿瘤。胃癌治疗效果取决于是否能早期诊断。早期胃癌的手术治疗效果较好。

胃癌高风险人群:长期居住于胃癌高发区;幽门螺杆菌感染;既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、肥厚性胃炎、恶性贫血等胃癌前疾病;一级亲属有胃癌病史;存在胃癌其他高危因素。

胃癌防治建议:建议40岁以上普通大众,按胃癌风险自评、生物标志物初步筛查、内镜下精查的次序,逐级进行胃癌风险评估及筛查。建议45岁以上的胃癌高风险人群定期进行胃镜检查。

幽门螺杆菌感染是胃癌发生的明确诱因。建议幽门螺杆菌感染阳性患者接受根除幽门螺杆菌治疗,以降低胃癌发病及相关死亡风险。

合理膳食、适量运动、控制体重、戒烟限酒、保持良好的心理状态和健康的生活习惯,对减少胃癌的发生具有重要意义。