

DEST JOURNAL WATCH



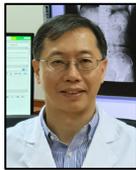
Essay of Expert Insights into the Latest Researches

台灣消化系內視鏡醫學會 論文分享導讀

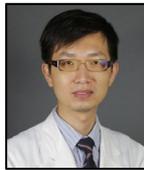


Sharing from Expert Insights for the Week of 20241225

Journal Watch Editorial Board



朱允義 醫師
新北市立土城
醫院



李癸淵 醫師
臺北榮民總醫
院



張立群 醫師
台大醫院



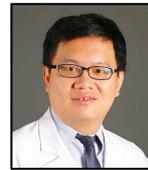
黃文信 醫師
中國醫藥大學
附設醫院



張經緯 醫師
台北馬偕紀念
醫院



施翔耀 醫師
高雄醫學大學
附設醫院



王彥博 醫師
臺北榮民總醫
院

General Endoscopy

Topic: Topical hemostatic preventative and therapeutic agents: clinical impact and utility

施翔耀醫師評論 *Tau JA. Gastrointest Endosc 2025;101:36-44.1*

摘要:

這是美國消化道內視鏡醫學會 (ASGE) 針對目前可使用的局部用止血劑做的整理。目前市面上有的局部用止血劑 (topical hemostatic agent) 有 Hemospray、EndoClot PHS、Nexpowder 和 PuraStat 這四種，其中最常被使用且有較多實證的是 Hemospray。局部用止血劑的適應症除了最一開始的非靜脈瘤上消化道出血 (Non Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding (NVUGIB)) 外，美國 FDA 將適應症延伸至下消化道出血、腫瘤出血以及內視鏡切除術後傷口出血。

針對消化性潰瘍出血，止血成功率可到 88%，30 天內再出血率為 17%；針對腫瘤出血，止血成功率可到 94%，整體再出血率為 24%；針對下消化道出血，最常見的適應症是息肉切除後傷口出血 (postpolypectomy bleeding)，止血成功率可到 98%。雖然局部用止血劑使用上屬於容易，但有塞住 (clogging)、壓力性損傷 (barotrauma)、導管彎折 (catheter kinking) 和影響內視鏡可見度 (visibility) 的可能性。

評論:

臨床上針對非靜脈瘤上消化道出血 (Non Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding (NVUGIB)) 的內視鏡治療主要分為機械性方法 (注射治療、止血夾

治療) 以及熱相關方法 (熱探頭、氬氣電漿 (Argon plasma)), 但有時會遇到以上方法均不適合或無法用以上方法止血成功的情形, 因此有局部用止血劑 (topical hemostatic agent) 的開發, 進而達到止血成功的目的。局部用止血劑針對臨床上 5 種傳統止血方法較容易失敗的情況有其角色 (5 can'ts) 1. 無法有效止血 (Can't stop) 2. 出血點位於不易止血位置 (Can't reach) 3. 出血點是容易止血後穿孔或胰臟炎位置 (Can't touch) 4. 出血範圍較廣泛或較嚴重 (Can't finish) 5. 腫瘤出血 (Can't cer)。目前國際治療指引, 包含 ESGE 和 AGA, 建議局部用止血劑 (topical hemostatic agent) 做為傳統止血方法失敗時的救援治療 (rescue therapy), 我們可以將局部用止血劑作為傳統內視鏡止血術失敗的後援。

TABLE 1. Comparisons of specifications and indications

| | Hemospray | EndoClot PHS | Nexpowder | PuraStat |
|--|---|--|--|---|
| |  |  |  |  |
| U.S. Food and Drug Administration indication | Nonvariceal upper and lower GI bleeding | Nonvariceal upper GI bleeding, excluding Forrest 1a classification (arterial/spurting) | Nonvariceal upper GI bleeding | 1. Mild-moderate oozing type bleeding 2. Prevention of delayed bleeding from colonic resection |
| Prophylaxis indication | No | No | No | Yes |
| Powder material | Granular mineral-based | Absorbable starch-based modified polysaccharide | Biocompatible natural polymer: succinic anhydride and oxidized dextran | Synthetic self-assembling peptide agent |
| Powder color | White | White translucent | Blue translucent | Colorless transparent |
| Volume of powder or gel | 20 g | 3 or 5 g | 3 g | 3 mL |
| Type of propellant | CO ₂ | Room air | Room air | Air flush |
| Catheter diameter, F | 7 and 10 | 7 | 7.5 | 5.4 |
| Minimum accessory channel, mm | 2.8 and 3.7 | 2.8 | 2.8 and 3.7 | 2.8 |
| Catheter length, cm | 220 | 230 | 220 | 220 |
| Cost, U.S.\$ | 1500-2500 | 1200 and 1500 | 750 | 650-750 |
| Adherent gel formation | No | Semiadherent | Yes | Yes |
| Requires active GI bleeding to act | Yes | No | No | No |
| Adjustable rate of delivery | No | Yes | Yes | Yes |
| Deployment technique | Indirect | Indirect | Indirect | Direct |
| All-in-one packaging | Yes | No (air compressor) | Yes | No (gel in refrigerator) |

說明

TABLE 2. Comparison of risks and deployment features

| | Hemospray | EndoClot PHS | Nexpowder | PuraStat |
|-----------------------|-----------|--------------|-----------|----------|
| Ease of use | ++ | + | ++ | +++ |
| Clogging risk | +++ | + | + | + |
| Barotrauma risk | ++ | +++ | +++ | + |
| Catheter kinking risk | ++ (7F) | + | + | + |
| Visibility | + | ++ | ++ | +++ |

說明

文章連結

Topic: Sphincterotomy for biliary sphincter of Oddi disorder and idiopathic acute recurrent pancreatitis: the RESPOND longitudinal cohort

施翔耀醫師評論 Cote GA, Elmunzer BJ, Nitchie H, et al. Gut 2024;74:58-66.

摘要：

這是一篇美國 14 家醫學中心追蹤了 12 個月的研究，針對懷疑 sphincter of Oddi 疾患（Sphincter of Oddi disorder SOD）進而造成腹痛及/或原發性急性胰臟炎（idiopathic acute pancreatitis iAP）的病人，執行內視鏡逆行性膽胰管造影術（ERCP）內視鏡括約肌切開術（endoscopic sphincterotomy EST），看是否對於病人的症狀以及急性胰臟炎的發作有改善的效果？總共 213 位病患進入研究，其中 190 位有膽管擴張或膽胰生化學檢驗異常或原發性急性胰臟炎或合併以上幾項，經 EST 治療過後，平均 57.4% 的病人症狀有改善。膽管大小以及異常的膽胰生化數值與治療反應無關；有 17.4% 的病人平均在接受 EST 後六個月發作急性胰臟炎，尤其是之前就有急性胰臟炎過的病人。他們的結論是懷疑 sphincter of Oddi 疾患（Sphincter of Oddi disorder SOD）的病患如果接受內視鏡括約肌切開術（endoscopic sphincterotomy EST）有接近 60% 症狀會改善；急性胰臟炎的復發是常見的，EST 似乎沒有特別的幫助。

評論：

在臨床上會有一些腹痛病患不太容易找出確切原因，經臨床評估會懷疑是 sphincter of Oddi 疾患（Sphincter of Oddi disorder SOD），這樣的病患通常嘗試用藥物治療效果有限，因為有些 SOD 是因為 papillary stenosis 造成，所以會考慮用 EST 治療。由此篇研究，藉由 EST 治療應該對病患的臨床症狀改善有幫助（將近 6 成有效果），但對於減少急性胰臟炎的發作效果有限。

文章連結

評論醫師：



施翔耀 醫師

高雄醫學大學附設醫院

email : vulgaristw@gmail.com

SPONSOR :



OLYMPUS EVIS X1

Topic: Adverse events associated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography: systematic review and meta-analysis

黃文信醫師評論. Bishay K, et al. Gastroenterology. 2024 Nov 7:S0016-5085(24)05657-9. doi: 10.1053/j.gastro.2024.10.033. Online ahead of print.

摘要：

這篇系統性文獻回顧與統合分析研究，從 2000 年至 2024 年，總共收集內視鏡逆行性膽胰管攝影術（ERCP）相關的不良事件（adverse events）研究報告 380 篇。主要不良事件包括胰臟炎、出血、膽管炎、膽囊炎、穿孔和死亡。這篇研究採用 DerSimonian 和 Laird 隨機效應統合分析法計算不良事件的發生率，並進行了次群組分析和配對統合分析。此外，也對中位招募年份進行了統合回歸分析，以評估胰臟炎發生率的時間趨勢。結果顯示，ERCP 引起死亡的發生率為 0.2%（95%信賴區間[CI]：0.1%-0.3%； $I^2 = 44%$ ； $n = 47,258$ ）。所有患者中，胰臟炎的整體發生率為 4.6%（95% CI：4.0%-5.1%； $I^2 = 96%$ ； $n = 293,378$ ）。首次接受 ERCP 的患者，胰臟炎發生率為 6.5%（95% CI：5.9%-7.1%； $I^2 = 89%$ ； $n = 88,809$ ）。胰臟炎的發生率在 2000 年至 2023 年間保持穩定的比率（年均變化率 0.06，95% CI：-0.27 至 0.39）。所有患者中，其他不良事件的整體發生率分別為：出血（1.5%；95% CI：1.2%-1.7%； $I^2 = 93%$ ； $n = 229,655$ ），膽管炎（2.5%；95% CI：1.9%-3.3%； $I^2 = 96%$ ； $n = 121,619$ ），膽囊炎（0.8%；95% CI：0.5%-1.2%； $I^2 = 39%$ ； $n = 7,799$ ），穿孔（0.5%；95% CI：0.4%-0.6%； $I^2 = 90%$ ； $n = 306,378$ ）。

評論：

ERCP 相關的不良事件與併發症發病率、死亡率及醫療支出有密切的相關。這篇系統性文獻回顧與統合分析研究顯示 ERCP 相關的不良事件仍然常見。儘管內視鏡技術、預防措施和鑑別診斷能力都有所改善，但 ERCP 術後胰臟炎的發生率仍未降低，持續保持穩定的趨勢。這篇文章的研究結果雖然簡單，看似了無新意。但對於廣大接受 ERCP 治療的患者、執行 ERCP 的內視鏡醫師以及政策制定者具有特別意義。不僅提供最新確鑿的證據幫助告知患者知情同意，也為推動及執行有效的風險減緩策略提供極為重要的參考。

文章連結

Topic: Intraductal radiofrequency ablation plus biliary stent versus stent alone for malignant biliary obstruction: a systematic review and meta-analysis

黃文信醫師評論 de Oliveira Veras M, et al. *Endosc Int Open*. 2024 Jan 5;12(1):E23-E33. doi: 10.1055/a-2204-8316. eCollection 2024 Jan.

摘要：

這篇系統性文獻回顧與統合分析研究，對電子資料庫進行了全面檢索，尋找比較 RFA 加膽道支架（RFA+ S）與單純膽道支架（S-alone）的隨機對照試驗（RCTs）。評估的結果，包括整體存活率、支架暢通性和不良事件（adverse events），及兩者的平均差異（mean difference）。並對肝門狹窄和膽管癌進行了次群組分析。這篇研究收集了六篇 RCT 文章，總共包括 481 名患者。研究結果顯示，接受 RFA+ S 的患者整體存活率較長（MD 85.70 天，95% 置信區間[CI] 34.29–137.10；I² = 98%；P = 0.001）。膽道支架暢通性的合併平均差異為 22.25 天（95% CI -17.38–61.87；I² = 97%；P = 0.27）。RFA+ S 與 S-alone 兩組發生的不良事件無顯著差異（P > 0.05）。在次群組分析中，對於膽管癌患者，RFA+ S 和有較長的支架暢通性（MD 79.25 天；95% CI 50.77–107.73；I² = 59%；P < 0.00001）及有較佳的整體存活率（MD 83.14 天，95% CI 29.52–136.77；I² = 97%；P < 0.01）相關。對於肝門狹窄患者，接受 RFA+ S 的患者有較佳的支架暢通性（MD 83.71 天，95% CI 24.85–142.56；I² = 84%；P < 0.01）。

評論：

反覆的膽道支架阻塞及腫瘤復發生長，是惡性膽道阻塞患者置放膽道支架後面臨的主要問題，對患者的發病率和存活率有顯著的影響。專家們希望能找到延長支架通暢性及減少反覆的膽道支架阻塞的治療方法。這篇研究收集了六篇 RCT 的文章，評估 RFA 對無法手術的惡性膽道阻塞患者的支架暢通性和整體存活率的影響。結果顯示，與只單純置放膽道支架相比，RFA 加膽道支架能有效改善惡性膽道阻塞患者的整體存活率。此外，膽道支架加上 RFA 的治療，也能延長惡性肝門狹窄和膽管癌患者的支架暢通性。而且，兩組的不良事件發生率相似。這篇研究凸顯了 Intraductal RFA 對惡性膽道阻塞患者置放膽道支架，特別是膽管癌患者的成效。雖然目前對於惡性肝門狹窄的支架治療指引仍有一些爭議（Uncovered SEMS vs Plastic stent），導管內射頻消融無疑提供惡性膽道阻塞患者一種有前景希望的治療方式。

[文章連結](#)

評論醫師：



黃文信 醫師

中國醫藥大學附設醫院

email : u97766.huang@msa.hinet.net

Copyright © The Digestive Endoscopy Society of Taiwan (DEST)

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 21 樓之 18

Tel: 886-2-23710790 or 886-2-2371-0730



邱正堂 理事長