

中国小肠镜水平精进之路

▲《医师报》融媒体记者 王丽娜 宋晶 特约通讯员 艾素 白雪

小肠，“九曲十八弯”、4~7 m长，小肠疾病的诊断和治疗一直是国内外的临床难题，传统的胃镜及结肠镜只能对患者上、下消化道疾病进行诊治，但对深部小肠一直束手无策，更遑论治疗。因此，一直以来，临床上许多小肠疾病被延误诊断，使患者得不到及时治疗而造成无法挽回的后果，很多小肠疾病甚至直到最后尸检才能确诊。2003年，空军军医大学特色医学中心消化内科和国际同行同步开展了双气囊小肠镜技术，经过十余年的实践和摸索，开展了很多国内首创、甚至国际领先的小肠镜诊断治疗技术，彻底打通了消化道的最后一个盲区。为了推广小肠镜治疗新技术、提升国内小肠镜治疗技术整体水平，让更多小肠疾病“病者有其医”，在消化内科主任宁守斌教授的倡议下，4月21~25日，在消化内科举办“首届小肠镜治疗技术精英培训班”。9名来自北京市、上海市、安徽省、吉林省、陕西省等7个省市9所著名医院的青年技术骨干参加了培训。

搬着石头过河
用小肠镜解决世界性治疗难题

2003年，双气囊小肠镜（DBE）在国际的问世之初，空军特色医学中心就引进了这项设备。2004年就逐步在国内率先开展了小肠镜下多种治疗新技术。这些新技术也是与国外同行同步开展的，并率先开展小肠内U形反折分块切除法切除小肠巨大息肉、小肠黏膜剥离技术（ESD）治疗小肠良性肿瘤、小肠黏膜纵行切开技术治疗小肠狭窄、硬化剂注射治疗小肠血管瘤及脉管瘤等领先世界的创新技术，从而使空军特色医学中心小肠镜诊疗技术处于世界

先进水平。

相比于传统的开腹外科手术，小肠镜微创治疗存在毋庸置疑的明显优势，也是临床急需的检查技术，但小肠冗长弯曲，进行一次小肠镜检查耗时费力，一台检查往往需要几个小时。国内很多医院在气囊辅助小肠镜（BAE）刚刚起步的时候兴趣很高，曾一拥而上。但由于这项技术难度高，且费时费力，多年后，很多医院基本放弃了这项技术，而宁守斌教授团队坚持了下来。

医者情怀 军人担当

“当我决定把积累了16年的经验毫无保留地传授给同行中的青年精英时，心里只有一个想法，就是想让同行们尽可能少走弯路，快速实现我国小肠镜治疗技术质的飞跃，让全国各地的小肠疾病患者能找到能够给他治病的医院和医生。”宁守斌感慨道。

“穷则独善其身，达则兼济天下。”在中国的专业技术领域，历来有“教会徒弟饿死师傅”的不良风气，部分专业人员一旦自己掌握了高难度的技术

后就搞技术垄断，秘不宣人。军人出身的宁守斌对这样的方式很不屑，“医生这个职业具有公益性，医生的一切行为准则都是为了治病救人，如果只有我们自己科室掌握了这项技术，再先进也无法提高国家小肠疾病整体的诊治水平，还是会有众多患者医治无门。只有将中国大多数医院小肠镜诊治技术提升上来，国内的小肠疾病患者才能真正得到及时。”

这就是一个军医的情怀和担当！

小肠镜诊治开展的难点在哪？

- ◆冗长的小肠导致小肠镜不易到达病灶处
 - ◆迂曲的角度给内镜下治疗带来困难
 - ◆狭小的空间给治疗操作带来困难
 - ◆丰富的血供容易并发术中及术后出血
 - ◆肠壁菲薄容易导致术中及术后穿孔
 - ◆缺乏配件
 - ◆缺乏技术规范及相关培训
 - ◆病例相对较少（无法提供较多操作机会）
 - ◆收费不合理（最低300元）
- 技术难度高
手术风险高
开展难度大

难点一

小肠镜如何诊治黑斑息肉病？

针对黑斑息肉病（PJS）诊治现状，宁守斌团队摸索出了小肠巨大息肉分块切除法、小肠内U形反折法切除小肠息肉等原创性技术，攻克了小肠巨大息肉内镜治疗

的技术难关，运用“充分暴露、充分注射、分次圈套”等技巧将小肠内巨大息肉安全切除。

宁守斌介绍，“该疾病一般是儿童时期起病，7~18岁是进展

最快的时间，只要孩子出现肚子痛和（或）胀痛，就表明小肠已经出现肠套叠或被息肉堵塞。对于这类儿童，我们应该提前预防，在未发生肠梗阻、肠套叠时将息肉切除。

难点二

小肠梗阻患者可以开展哪种治疗？

可通过单气囊小肠镜联合结肠镜放置小肠金属支架治疗。放置最深部位达到了空肠距屈氏韧带约

50~70 cm处，并在国内外首次成功放置了回肠末端金属支架。截至目前，已为100余例小肠恶性梗阻者

放置了金属支架，成功率>94%，有效率>88%。这项新技术为小肠恶性梗阻患者治疗提供了新方法。

难点三

遭遇小肠出血该怎么办？

对于非搏动性小肠出血，可采用非接触性烧灼法，如氩离子束凝固术（APC）治疗，并在黏膜下注射生理盐水预防穿孔；对于搏动性

小肠出血，采用物理方法止血。凡有特殊皮肤表现如蓝色斑及消化道出血者均应想到蓝色橡皮疱痣综合征。此类患者的小肠血管瘤反复，进行气囊辅助小肠镜（BAE）下聚桂醇硬化注射治疗后大部分

可彻底消失，对于较小的血管瘤或硬化剂注射后残留的较小血管瘤，可直接行APC凝固治疗。BAE下治疗小肠血管瘤治疗效果较好，但效果不能持续，新生长的血管瘤会再次引起出血，所以需要反复治疗。

我叫“小肠镜”

我叫“小肠镜”，我有三个兄弟姐妹：双气囊电子小肠镜（DBE）、单气囊电子小肠镜（SBE）、螺旋管小肠镜。医生把我经患者的口、肛或口和肛对接的方式放入消化道，然后我就可以大展拳脚啦，我号称小肠内的“千里眼”和“神枪手”。别看我全长只有2 m，要检查4~7 m的小肠也毫不费劲，因为我有外套管及气囊，通过气囊交替充气、放气，内镜反复钩拉等操作，使可自由移动的小肠类似于“搪袖套”一样套叠于我的身上，从而到达小肠深部，直观清晰地识别小肠病变。诊断的同时，医生还可以通过操纵我的旋钮，再配合不同的附件，让我在患者肠道内完成一系列的操作：如取活检、切除息肉、注射硬化剂、非接触性烧灼等，迅速确诊并消灭病灶，从诊断治疗两方面消除了小肠这个消化道疾病最后的“盲区”。

< 培训心得

“在短短几天的培训时间里，宁教授传授技术要领，规范了学员不成熟的技术操作。”

浙江大学医学院附属第一医院章宏教授

“宁主任团队把以前内镜的禁忌证变成内镜适应症，让儿童患者也能从这项技术中获益。”

西安市儿童医院方莹教授

“这次培训课程，空军总医院消化内镜团队毫无保留的传授技术，实实在在的实战操作，让我们在小肠镜千回百转中，感受到发现病变的成就感。”

北京友谊医院宗晔教授

“小肠镜诊治难度大、费时费力，愿意从事小肠镜的医生都具有奉献精神，我们会极尽所能地支持有志于小肠镜诊疗的同行。本次培训将我们科室16年来总结的小肠镜诊治技术毫无保留地传授给医生同行，再高级的手术技术也只是一层窗户纸，这次做的就是捅破这层窗户纸，实现学科受益、医生受益，最终患者受益。”

宁守斌教授



宁守斌教授传授小肠镜操作经验



全体参加培训活动的青年技术骨干和宁守斌教授合影

摄影：徐立凯

