

威海市立医院内镜微创诊疗技术达国内先进水平

人们常说的消化道癌症是来源于消化道上皮组织的一类恶性肿瘤,在中国恶性肿瘤发病率排名前六位中,消化道恶性肿瘤占据“半壁江山”,远高于世界平均水平,由此可见,消化道肿瘤的诊疗在肿瘤防治中依旧具有举足轻重的地位。



威海市立医院副院长高孝忠(左)为患者进行内镜诊疗



威海市立医院消化内镜中心检查室,(左一)消化内科主任乔秀丽

发现早期消化道肿瘤最可靠方法是胃肠镜检查

前不久,家住市区的张老先生,因恶心、烧心2个月,于威海市立医院进行胃镜检查。检查结果显示,张老先生胃窦大弯侧有3.0×3.0cm侧向发育型息肉,活检病理显示管状绒毛状腺瘤,伴轻中度不典型增生,幽门螺杆菌阳性。入院后,威海市立医院消化内科专家高孝忠副院长亲自为其在内镜中心行内镜粘膜下层剥离术(ESD),完整切除病灶。术后病理显示管状-绒毛状腺瘤伴高级别上皮内瘤变,局灶

癌变,局限于粘膜层,属于早期胃癌,肿瘤大小约4.6×2.6×0.2cm,切除标本基底及切缘均未见癌细胞侵犯,说明内镜下切除干净彻底,无癌组织残留。术后常规抑酸、支持治疗,术后3天开始进食,患者7天后恢复出院。

高孝忠副院长介绍说,“当前世界医学的发展虽然突飞猛进,但是对于肿瘤的发生发展机制,还是没有研究清楚。因此肿瘤早诊早治是肿瘤诊疗的关键

所在。目前发现消化道早期肿瘤的最有力武器就是各种内镜设备,胃肠镜是消化病医生的常规武器,世界发达国家的肿瘤防治经验提示我们,发现早期消化道肿瘤的最可靠方法还是胃肠镜检查,因此如果患者存在消化道症状,应该尽可能进行消化内镜的检查,早期发现早期治疗,可以显著提高患者的治疗效果和生活质量,明显延长生存期,并可以大大降低患者的治疗费用。”

内镜下微创手术,恢复快,痛苦少

对于消化道早期癌和粘膜下肿瘤,传统的治疗方法是外科手术切除,但创伤大,患者恢复慢,住院时间长,治疗费用高,患者术后生活质量也大为降低。近年来,随着内镜诊疗技术及器械的不断进步,大部分消化道早癌和粘膜下肿瘤都可以实现内镜下切除,达到外科手术的手术疗效。

与传统外科手术相比,内镜粘膜下层剥离术(ESD)和内镜粘膜下挖除术(ESE)等治疗具有微创、不开腹、恢复快、避免外科手术风险等独特优势。既能保证肿瘤被彻底清除,又能最大限度地保留正常消化道,患者生活质量明显提高。由于创伤微小,病人易耐受,住院时间短,所以

患者容易接受。作为治疗消化道早癌和粘膜下肿瘤的标准内镜技术已被全世界内镜医师所认可和推荐,代表着目前内镜下切除技术的最高境界,在国外较早应用于临床,深受广大患者青睐。

威海市立医院消化内科主任乔秀丽介绍,“内镜微创诊疗技术不需要开刀、创伤小、恢复快,住院时间短并且不改变机体解剖结构,不影响后续治疗,对于不存在外科开腹手术条件的病人,尤其老年人更具有优势。”

家住神道口的林老太太,今年80多岁了,因反酸、嗝气半月,于威海市立医院进行胃镜检查后,才知道自己的胃出了问题。胃底粘膜下竟然存在范围大

约4cm大小的异常隆起,经过CT等进一步详细检查,考虑平滑肌瘤可能性大。老人一听说自己胃长了肿瘤,开始害怕动刀,不想住院手术。在乔秀丽主任等人的解释下,老人才知道,原来治疗胃部肿瘤可以不用开刀切肚子。入住消化内科后,经过术前准备后,消化内科的医生在内镜中心为老人行内镜下ESE术完整挖除了肿瘤。2天后林女士便开始进食,7天后便恢复出院。

康复后的林女士逢人就讲:“市立医院消化科的医生可神了,住院才几天,没啥感觉就给我治好了胃病。我现在身体好,吃饭香,还能多过几年好日子呢。”

威海市立医院消化内科简介

威海市立医院消化内科作为威海地区消化病领域唯一的省级重点专科,拥有全省一流的消化内镜室,年内内镜诊疗数超过1万例次,居全省前列,科室内镜专家有着丰富的内镜诊疗经验,多项消化内镜诊疗技术均已成熟开展,填补威海市多项技术空白,部分达国内先进水平,成为威海地区消化内镜领域名副其实的领头羊。科室技术力量雄厚,人才梯队结构科学合理。科室团队始终走在国内消化专业发展的前沿,骨干力量均有国内一流消化科及消化内镜中心研修学习经历。2007年科室被授予“北京消化疾病中心威海基地”,先后获得“山东省医药卫生重点专科”、“山东省医疗质量示范病房”、“山东省护理服务示范病房”、“威海市医疗质量示范病房”、“威海市职工创新示范岗”、“威海市创新团队”、“威海市‘两好一满意’活动质量管理先进集体”等荣誉称号。

作为我省最早开展内镜下粘膜

下层剥离术(ESD)技术的医院之一,经过多年的发展,消化科内镜下粘膜下层剥离术(ESD)、内镜粘膜下挖除术(ESE)、内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)等技术不但在威海地区首屈一指,在山东消化学界也享有盛誉。目前威海市立医院消化内科与肝胆外科密切合作,勇于创新,不断探索双镜联合的最佳治疗方式。过去患者在胆总管ERCP取石后往往要等待10天左右才能行腹腔镜手术。实践证明,这种双镜联合方式不但安全、有效,而且可以最大限度的缩短住院时间,减少医疗费用,为胆结石合并胆总管结石患者带来福音。同时消化内科还与国内多家知名医院建立了常态化会诊联系,加强合作,可以更好地为广大患者服务。



双镜联合微创治疗,强强联合,优势互补

近日,74岁的王女士因腹痛7天,伴发热、恶心、呕吐,入住威海市立医院消化内科。消化内科乔秀丽主任对老人进行详细查体,结合化验结果,准确诊断其为胆囊结石、胆总管结石并感染。立即给予积极抗感染、补液等治疗,腹痛缓解不明显。经肝胆外科、消化科联合会诊,患者诊断明确,如不尽快解除胆道感染有出现化脓性胆管炎、感染性休克危及生命的可能,需尽快手术治疗。考虑患者年龄大,一般状态差,开腹手术创伤大,危险性高,适合行“双镜联合胆道取石,胆囊切除术”(先行十二指肠镜逆行胆道取石,术后立即行腹腔镜胆囊切除术)。这种手术方式患者创伤小、恢复快,如果将来再次患胆管结石不会影响后续治疗,而且可以缩短住院时间,减少治疗费用。经告知家属开腹手术

及“双镜联合”方案后,患者家属表示选择“双镜联合”治疗。2月24日上午9:30,全麻下行ERCP胆总管取石术,手术顺利,取出胆总管0.5×1.0cm结石1枚,留置鼻胆管,手术用时25分钟,随即转入手术室行腹腔镜胆囊切除术,11:50手术顺利结束。术后患者血淀粉酶正常,第二日即开始进食并可下床活动,第四日鼻胆管造影,胆管内无残余结石,拔出鼻胆管,术后第八日患者肝功、血常规恢复正常并出院。

高孝忠副院长介绍,目前威海市立医院消化内科开展的双镜联合胆道取石、胆囊切除术,弥补了ERCP只能治疗胆道、胰管疾病对于胆囊则鞭长莫及等缺点,双镜联合正是强强联合,优势互补。与传统双镜治疗比较:传统方式是先行ERCP取石,术后7-10天再行

腹腔镜胆囊切除,这种方式一方面增加了患者住院等待时间同时增加住院费用,另一方面ERCP术后留置鼻胆管在7-10天正是水肿较重时,可能会增加腹腔镜手术难度。

“双镜”之一 腹腔镜:技术日臻成熟,并且得到广大百姓的认可和接受,目前经腹腔镜胆囊切除术已经成为治疗胆囊结石的标准方法。

“双镜”之二 十二指肠镜:ERCP是应用电子十二指肠镜以及相关器械经口至十二指肠乳头插管胆管,胰管并注入造影剂,从而逆行显示胰胆管的造影技术,是目前公认的诊断胰胆管疾病的金标准。在ERCP的基础上,可以进行十二指肠乳头括约肌切开术,内镜下鼻胆汁引流术,内镜下胆汁内引流术、取石等以治疗胆总管结石、胰头癌梗阻性黄疸等疾病。

专家名片:



高孝忠,威海市立医院副院长,中国人民大学医院管理学硕士学位,主任医师,教授,硕士研究生导师,威海市政协常委,市九三学社副主任委员。中华医学会消化内镜分会食道静脉曲张诊治协作组成员,山东省医师协会消化专业副主任委员,山东省消化专业委员会委员,山东省消化内镜专业委员会委员,山东省肝病专业委员会委员,威海市消化专业委员会主任委员,《医师进修杂志》编委会副主任,《消化内镜学》年度进展报告编委会编委。

从事消化内科专业26年。在国内较早开展了无痛胃镜诊疗,于全省率先开展了十二指肠镜胆胰管疾病诊疗、超声内镜、胶囊内镜、食道胃底静脉曲张内镜下治疗、胃肠道早癌内镜下诊疗等,多项技术填补了威海市空白。主研课题10余项,获市科技进步一等奖1项,达国际先进水平,二等奖4项,三等奖1项,均达国内领先水平。主编论著2部。在国家级消化专业杂志发表论著30余篇,其中SCI3篇,《中华消化杂志》、《中华消化内镜杂志》6篇。近年来先后被评为山东省卫生系统医德标兵、山东省富民兴鲁劳动模范、威海市有突出贡献的中青年专家等荣誉称号。



乔秀丽,威海市立医院消化内科主任,主任医师,滨州医学院教授。威海市肝病专业委员会主任委员,山东医师协会消化分会委员。从事消化专业20余年,擅长内科常见病、多发病的诊断和治疗,对消化内科专业常见病、疑难病的诊断治疗有较深研究,熟练内镜操作,熟练内镜下息肉切除、止血、消化道狭窄扩张、支架置入,内镜下食管胃底静脉曲张硬化套扎治疗,内镜下早癌、粘膜下肿瘤等的超声内镜诊断及镜下切除术。近年来在国家级以上刊物发表专业论文30余篇,其中中华系列8篇,主编、副主编医学论著3部。主研多项课题获市级1-2等奖。目前研究方向:早期消化道肿瘤的诊断和治疗方面、乙型肝炎病毒系统化疗及早期肝癌的诊断和早期治疗等方面。