

河南省消化内镜学学科的发展研究

□刘冰熔 李纳纳

发展趋势

近年来,消化内镜学学科发展迅速,逐渐向超级微创化,以及精准化、舒适化、多样化和智能化迈进。随着共聚焦内镜、细胞内镜、人工智能内镜等前沿内镜设备的广泛应用,消化内镜学学科未来将实现从宏观到微观、从主观到客观、从间接到直接、从结构到功能的突破,进入内镜精准诊疗的新时代。

消化内镜手术从微创向超级微创发展

与外科传统开腹、开胸手术相比,微创手术是指应用腹腔镜和胸腔镜等内镜设备切除病变组织,但是其切除范围和创伤仍较大。随着消化内镜学学科的发展,微创诊疗技术可

在保留组织解剖结构的完整性和器官功能的基础上,最大限度地切除病变组织,从而达到治愈疾病的目的。这是手术的最佳模式,即超级微创手术。超级微创理念和技术不仅是未来消化内镜学学科的发展方向,更是未来医学的发展方向。

基于人工智能辅助的消化内镜诊疗体系的构建

随着医疗技术的发展,消化内镜学学科逐渐步入人工智能时代。人工智能虽然无法完全取代医生,但是它可作为医生的得力助手。一方面,人工智能可以辅助医生在内镜下发现病灶,降低病灶的漏检率,从而提高消化道早癌的发现率;另一方面,人工智能

辅助胶囊内镜诊断,可以大幅提高内镜医生的工作效率和诊断准确率,具有广阔的发展前景。

此外,内镜下人工智能识别不仅能够提高内镜医生的诊断水平,而且可以将内镜医生从繁重的在屏幕上阅片工作中“解救”出来。

胆胰疾病的诊断更加可视化、微创化

近年来,胆道镜的出现和在临床上的应用已成为胆胰疾病诊疗的亮点。

利用胆道镜,医生可在直视下进行胆胰疾病的观察,精准活检,甚至完成碎石等治疗,完全走出以往内镜治疗的盲区。遵循内镜下手术更加

微创化的理念,在 ERCP(经内镜逆行胰胆管造影)的治疗过程中更加注重对十二指肠乳头的保护,尽量保证 Oddi 括约肌(这是一组环形平滑肌,在人体的消化过程中起着重要作用)的完整性。

现在,胆道镜引导下新型 Oddi 括约肌支撑器直视下的胆管内手术,真正实现了十二指肠乳头插管的超级微创,大大降低了 ERCP 术后并发症的发生率。

机器人技术在消化内镜诊疗中的应用

我们将机器人操控系统与消化内镜有机结合起来,打造了国际上首个全新的消化内镜系统——机器人内镜,并

生产了第一代样机和第二代样机。

电子内镜的应用,会大大改变内镜的作用和功能,不仅可以保证有关人员同时看到图像,更使内镜教学、内镜诊疗、临床会诊和网络交流成为可能。电子内镜具有更安全、更精准等优势,会在未来的医疗智能化发展中发挥重要作用。

此外,香港中文大学研制的一种软体微型机器人及基于内镜导航和磁导航的双投递系统的科技机器人,可实时高精度输送至人体内的微小区域,大大推动了机器人技术在消化内镜诊疗中的应用。

目标规划

回顾近年来河南省消化内镜学学科的发展,一是为了总结成绩与发展经验,二是为了更清晰地认识到自己的短板、确定新的发展目标。与国内部分先进省份相比,河南省的消化内镜质量控制水平仍需提高,且人才培训力度需要加大。

河南省医学会消化内镜学分会将充分发挥自己的优势、作用,积极创造条件,建立学术交流平台,组织全省消化科医生学习新知识、新技术,推动消化道疾病诊疗的规范化发展。加强对外联系,进一步活跃学术氛围。

组织名医名家,深入基层,开展适宜技术推广活动,不断提高基层医疗服务能力,促进基层诊疗技术规范化。在确保专家做好临床诊疗工作的同时,引导专家开展科学研究,提高河南省在全国消化道疾病诊疗方面的话语权。转变基层医务人员重治疗轻预防的观念,增强其预防意识。加强科普宣传,提高群众的健康素养,降低结直肠癌的发病率和死亡率。

加强消化道疾病高危人群普查,有效降低消化道肿瘤的发病率与死亡率。由于河南省人口基数大,建议针对高

危人群和高发地区人群实施疾病筛查,同时加强健康宣教。组织消化内镜专家定期到基层开展内镜诊疗技术讲座,讲座后进行培训,“手把手”教基层医务人员进行内镜操作,提高基层医务人员的消化内镜诊疗能力。组织并鼓励广大青年医师定期到基层医院开展技术帮扶工作,希望以此逐步提高基层医务人员的业务素质和技术水平,从而促进当地整体医疗水平的提高。此外,积极开展一年一度的专业学术会议,同时免费邀请医疗技术不发达地区的医师参会学习,从而不断提升基

层的内镜技术水平。

展望未来,河南省医学会消化内镜学会将充分发挥专家资源优势和引领作用,加强内镜医疗资源合理配置,推动基层医院逐步加强内镜培

训基地建设,制订规范化的培训方案和流程,动态开展全省消化内镜医师普查,健全消化内镜相关行业标准,加强消化内镜质量控制,推动消化内镜学学科高质量发展。



河南医学学科发展

HENAN YIXUEXUEKE FAZHAN

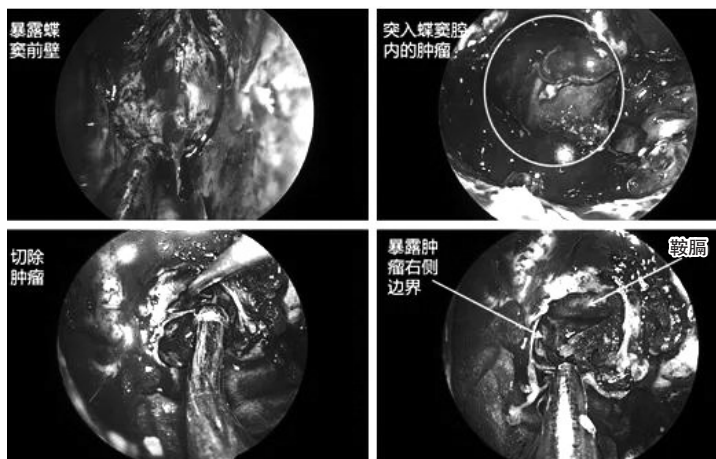
临床技术

内镜下经鼻蝶入路切除颅底部鞍区肿瘤

□李明贺 文/图



建立鼻导管软通道,保护鼻黏膜



术中影像图

黄女士今年51岁。几天前,正在准备晚餐的她突然感到头部似被重锤击打,伴有剧烈恶心症状,遂到当地医院就诊。增强MRI(磁共振)检查结果显示:颅底部鞍区1.5厘米×2.0

厘米占位,向下侵及蝶窦,向上推压鞍膈,靠近视神经,侧面毗邻颈内动脉。如果肿瘤继续生长,会引发视力障碍或内分泌危象。这让黄女士恐惧不已。听说郑州大学第五附属医

院神经外科在脑部肿瘤的介入治疗方面颇有经验,黄女士就来到该院就诊。神经外科副主任医师马建接诊了黄女士。马建看了黄女士的MRI片后,发现肿瘤像一颗嵌在脑组织里的核桃,与视交叉神经及颈内动脉之间有空隙。这让马建有信心全部切除肿瘤。

在对黄女士的病情进行认真分析后,马建与神经外科主治医师周少龙决定在内镜下经鼻蝶入路,在黄女士的鼻腔内建立一个直径不到1.5厘米的微创通道,然后切除肿瘤。内镜下,马建用磨钻小心地磨除蝶窦前壁并扩大。当蝶窦前壁被磨除后,灰红色的肿瘤露出来了。然后,马建清理蝶窦黏膜及突入蝶窦腔内的肿瘤。

肿瘤邻近颈内动脉及海绵窦,挤压垂体柄,与鞍膈紧密粘连。马建动作轻柔地剥离肿瘤。

马建和周少龙配合默契,他们紧盯屏幕,交替使用刮匙、吸引器与剥离子等医疗器械。随着肿瘤逐渐减容,隐藏在深处的假包膜边界及鞍膈逐渐显露出来,这是确保肿瘤全部切除的关键。最终,肿瘤被全部切除,正常的垂体组织、垂体柄被完整保留下来。

术中,有少量脑脊液流出。为防止发生术后脑脊液漏,马建等人采用了“三明治”修补法:先在鞍底铺设可吸收生物膜,再从患者的鼻腔自体取材制作带蒂的黏膜瓣,这样就像给颅底穿上了双层防护服。这种复合修补技术可以使

脑脊液漏的发生率降至1%以下。

术后第3天,黄女士的头痛症状完全消失。黄女士对着镜

子轻触鼻翼,完全看不出手术痕迹。

(作者供职于郑州大学第五附属医院)



术后影像图

相关链接

肿瘤减容是指通过外科手术或介入治疗手段,减少肿瘤体积,以缓解症状、改善生活质量或为后续治疗创造条件的医疗操作。

可通过以下方式进行肿瘤减容:1.开放手术,适用于体积较大或位置表浅的肿瘤。2.微创手术,即在腔镜、内镜下进行手术,具有创伤小、恢复快的优势,但对术者的技术要求较高。3.其他减容手段,如采取射频消融、冷冻治疗等介入方法破坏肿瘤细胞。

临床笔记

这是一个男性患者,今年19岁。患者来就诊时,坐在我的面前,低着头,说话吞吞吐吐的。在我的鼓励下,他才低声说一年来阴囊部经常出现乳白色的液体,总是断断续续的,让他难以启齿。他在网上搜索相关资料,看到有人说这是淋病,就很害怕。他在网上查专家资料后,来到河南省人民医院血管外科,找我看病。

根据这个患者的表述,我认为淋病。为了证实自己的判断,我安排患者做了经腹股沟淋巴结穿刺造影。造影中发现淋巴管全程发育异常,胸导管未发育,碘油在颈部、胸部、盆腔及阴囊处异常沉积。

淋巴漏是淋巴系统因损伤或功能障碍导致淋巴液异常外漏的疾病。这种疾病有以下局部表现:1.乳白色液体渗出。引流管或伤口处持续流出乳糜样液体,此为淋巴液外漏的直接证据。2.伤口愈合延迟。漏出液积聚,会导致局部感染风险增加,形成脓肿或窦道。这种疾病对人体系统有以下影响:1.呼吸窘迫。胸腔内淋巴液积聚(乳糜胸),可压迫心肺,引起呼吸困难、平卧困难。2.腹胀与乳糜尿。腹腔淋巴液积聚(乳糜腹),会导致腹部膨隆,严重时淋巴液会逆流进入泌尿系统,导致尿液浑浊如牛奶。

在明确诊断后,我将碘油和胶水混合后,对这个患者进行介入治疗,成功地栓塞其阴囊处的淋巴漏。

(作者供职于河南省人民医院)

我治好了患者的淋巴漏

□崔明哲 文/图



影像图1



影像图2