

市第一医院日均检出2例胃肠癌患者,医生建议市民—— 每三至五年应做一次胃肠镜

民以食为天,而吃喝下去的食物最终需要通过消化系统来分解,因此,消化系统与我们的健康和我们的生活质量紧密相连。但统计表明,在快节奏的现代生活状态下,胃肠癌呈高发态势,仅市第一医院平均每天就会检出2例胃肠癌患者。

如何更好地让人体消化系统的健康运行呢?市第一医院消化内科主任丁小云建议:除了注意日常的饮食外,市民每三至五年应做一次胃肠镜的检查。据了解,医院的消化内科和胃肠外科分工协作,前者负责消化道疾病的日常诊断和治疗,一旦查出大病,则交给后者处理。

鲍云洁 赵冠菁 俞水白

消化内科>>>



人物名片

丁小云 医学博士,主任医师,市第一医院消化科主任,宁波大学医学院硕士生导师,浙江大学医学院兼职硕士生导师,现任宁波医学会消化分会主任委员,宁波市重点学科胃肠病学学科带头人。专长消化系统疑难病诊治和危重疾病抢救以及消化病的各种内镜下诊治技术。

胃肠外科>>>



人物名片

邱江锋 医学博士,主任医师,硕士生导师,市第一医院胃肠外科主任。曾在上海仁济医院从事临床,教学和科研工作。2010年在日本进修学习腹腔镜胃肠肿瘤手术。

一院平均每天发现2例胃肠癌患者

市第一医院消化科是我市最早开展内镜下诊治技术的医院,这些年各种先进的消化道检查手段也在不断涌现。消化科主任丁小云说,在这些先进的诊治技术辅助下,从前一些只能凭经验判断的疾病都露出原形。

其实,内镜检查更重要的作用是发现

消化道癌症。“近年来,我们消化科门诊每年接诊的患者近10万人次,其中三分之一的患者会接受胃肠镜检查。”丁小云说,“检出的胃癌患者超过300例,大肠癌患者近300例,也就是说,我们平均每天就会检出2例胃肠癌患者。”

像创作核雕一样做肠胃手术

在宁波市第一医院胃肠外科,你会看到这样一个“奇特”的现象:刚做了全胃切除手术的胃癌患者,第二天便可以行走自如,两三天即可正常进食,这就是先进的腹腔镜技术带给患者的福音。

“从前患者把做手术叫‘开大刀’,可

想而知其中的痛苦,而腹腔镜技术则将以前的粗放式手术精细化,用个形象的比喻——就如同创作核雕一样做肠胃手术,对医生的操作精准度要求大大提高,也显著减少了患者的痛苦。”市第一医院胃肠外科主任邱江锋说。

胃肠镜在欧美已成常规体检项目

目前,我国早期胃癌的检出率仍很低,一般只占发病总数的10%~15%。而在一些先进国家,这一数字则达到50%~70%。

针对这一现状,一院消化科内镜中心把消化道癌早期诊断作为学科的一个主攻研究方向,通过开展高清胃肠镜检查以及联合应用放大染色内镜、内镜窄带成像技术和超声内镜等先进的技术来发现和诊断早期消化道肿瘤。近年来,我市早期消化道的发现率不断提高,一院早期胃癌手

术率从10年前的8%左右,增加到近几年的20%~25%。

“我认为,要想进一步提高早期胃癌的检出率,关键还在于市民的定期体检意识,在欧美国家胃肠镜已经成为常规的体检项目。”丁小云说,“而在我国,很多人依然认为,只要没有不舒服就不用做胃肠镜。我的建议是,即使没有症状,市民也应每3~5年做一次胃肠镜。现在有些单位将幽门螺杆菌列为员工体检项目,我倒觉得没有太大的必要。”

全胃切除患者第二天就能下地行走

腹腔镜技术是一院在2008年开始使用的微创手术方法,在病人腹部打几个很小的孔,各插入一个管道状工作通道,再用一双如同机械手般的加长手术器械伸进管道,在电视监视下完成与开放手术同样的步骤,达到同样的手术效果。

60多岁的郑阿婆就是一名刚刚动过腹腔镜手术的中晚期胃癌患者,术后8天,身体恢复良好。“郑阿婆的年龄和身体条件应付这样的手术绰绰有余,迄今为止,在我们科室动手术的年龄最大的胃癌患者是92岁,肠癌患者是90岁,下周还有一名91岁的肠

癌病人即将动手术。”邱江锋说。

2008年以前,消化道肿瘤、尤其是需要全胃切除的老年患者,除了要忍受开放手术大切口的疼痛和插管四五天的难受,还要面对术后并发症的风险,因为胃管很容易让痰倒流,增大患肺炎的风险。

而腹腔镜手术因为是单刀直入的进入,对周围组织的损伤降至最低,术后发生粘连的机会变小,小切口也让患者术后的疼痛明显减轻,住院天数也减少了,有的只要两三天即可出院,7天后即可完全恢复健康并投入工作。

内镜技术让消化道“盲区”变“通途”

“胃病就是治不好的,只能靠保养。”这是不少人对消化道疾病的看法。丁小云则表示,确实有少数消化道疾病,例如食管反流病,但绝大多数胃肠道疾病是可以治愈的。

“人们觉得消化道疾病难治,其实是因为消化道疾病治疗周期长,而患者又不能很好的遵照医嘱,按时吃药和定期复诊;还有一些患者害怕做内镜,导致病因无法明确诊断。”丁小云说,“所以,我想提醒大家,不要害怕内镜诊断,因为消化道疾病种类繁多,单凭临床症状和医生的经验很难给出明

确的诊断,而且现在先进的检查技术很多,如果怕痛可以做无痛内镜,就是预约的时间稍增长一点。”

起于口腔、终于肛门的消化道蜿蜒曲折,涉及多个人体器官,随着内镜技术的不断发展,从前无法检查的消化道“盲区”也变成了“通途”,例如迂回重叠的小肠,从前一直是消化道检查的“黑暗地带”,一院消化科率先在我市开展了多种小肠探查技术,使得5~7米长的小肠一览无余,大大提高了小肠疾病的诊治能力。

早癌内镜手术提高患者生存质量

消化内镜技术更神奇的作用是早期胃癌的手术治疗,目前,国际上此项内镜治疗技术已成为早期胃癌一种标准治疗方案。7年前,一院消化科率先在市内开展了此项技术治疗早期胃癌。近年来,该科室每年为200多例胃癌前病变和早期胃癌患者实行内镜黏膜下剥离术治疗,取得了良好临床效果。

丁小云曾接诊过一名40多岁的患者,患有贲门癌,传统手术方式因为创口大,只

能把贲门拿掉,但贲门是胃和食管相连的地方,拿掉以后胃里的食物会经常反流进食管,病人会非常痛苦。丁小云利用内镜手术创口小的特点,成功地在切除肿瘤的同时保住了贲门。

研究表明,早期胃癌内镜治疗5年生存率与外科根治手术相当,但患者手术创伤明显减小,生活质量显著提高,医疗费用也大为降低。在日本、韩国,约50%的早期胃癌患者接受的都内镜黏膜下剥离术治疗。

腹腔镜手术对医生要求更高

“外科医生一双手灵不灵活,向来关系到患者的生命,曾经在上海仁济医院从事临床、教学和科研工作的邱江锋是一院的引进人才。

腹腔镜手术用“机械手”代替医生的手,会不会导致病灶清理不干净、缝合不够精细等问题?

邱江锋说,在开展腹腔镜技术前,就连他本人也有过这样的担忧,“但我在观看过被誉为‘腹腔镜胃肠外科黄埔军校’的广州南方医院李国新主任实施的腹腔镜

手术后,才发现一台成功的微创手术远比开放式手术精彩。开放手术是四五双手一起在病灶处动作,出点血是正常的;而腹腔镜手术是所有医生看着电视屏幕动作,稍微一点出血就会看不清病灶,因此,对医生的精准度要求非常高。”

邱江锋曾到日本等进修学习腹腔镜胃肠肿瘤手术,后将该技术引入宁波。如今,腹腔镜胃癌手术的适应症也由早期胃癌逐渐扩大到进展期胃癌,腹腔镜辅助的手术方式也逐渐向高难度的全腹腔镜手术迈进。

一院胃肠外科不断挑战高难度手术

早在前几年,因宁波地区医疗水平受限,病情复杂的病人往往需远赴上海、杭州就医,不免舟车劳顿,且上海、杭州地区医院床位紧张,就医难,治疗费用高。近两年,一院胃肠外科快速发展,成为宁波市医学临床重点专科,腹腔镜胃肠肿瘤手术技术已经达到国内先进水平。

今年,一院胃肠外科再次成功挑战2例

高难度手术:腹腔镜下胰十二指肠切除术及高龄胰头癌扩大根治术(胰十二指肠切除+门静脉部分切除重建),均获成功。据介绍,自腹腔镜胰腺手术开创以来,历经近20年,仍只有少数中心开展此项手术,全球仅完成300余例,一院胃肠外科成功挑战该手术,是我市胃肠外科在腹腔镜胃肠肿瘤手术领域中的又一突破。