

“甬上医学之星”  
系列报道·消化内科篇

# 从内镜技术到早癌管理 他们各有所长

消化系统是人体八大系统之一，包括消化道内的口腔、咽、食管、胃、小肠、大肠、直肠、肛门，以及消化道外胰腺、肝脏、胆囊。消化系统复杂的组成，决定了消化内科繁杂的病种，最常见的有消化道肿瘤、消化道出血、炎症性肠病、胆道胰腺疾病、功能性胃肠病和肝病等。

宁波市消化内科起步较早，2010年之后随着内镜技术的发展，迎来了学科的高速发展期。今天我们要介绍的这3位医生，都是宁波消化内科医生中的佼佼者，从内镜技术到早癌管理，各有所长。

记者 徐露清  
通讯员 陈静娜 庞赞

蒋海忠

46岁 副主任医师  
宁波市第一医院

## 消化内科的“3E”全能医生



“说到消化内科，大家笼统想到的往往就是胃肠镜，但其实消化内科医生需要掌握的内镜技术种类很多，针对不同的病情要用不同的内镜技术。”宁波市第一医院消化内科蒋海忠副主任医师说，在成为一名消化内科医生之初，自己也曾因为技术掌握不全面，会遇到处理不了、需要求助同事的情况，那时他便暗暗定下了一个要成为“3E”全能医生的目标。

“3E”是目前消化内科中最主要的三种内镜技术，被称为消化内镜的“铁人三项”，除了用于治疗胆胰结石和肿瘤等疾病的ERCP（经内镜逆行性胰胆管造影术），还有用于评估病变性质及深浅甚至取活检组织的EUS（超声内镜），以及用于切除早期消化道肿瘤的ESD（内镜黏膜下剥离术）。如今，很多原先要靠外科手术治疗的疾病，都可以通过相对微创的ESD和ERCP达到治疗甚至治愈的效果，而针对患者是否适合内镜治疗的评估，也会涉及内镜技术，比如早期胃癌是否适合内镜切除，需要EUS的评估；胆道梗阻原因是结石还是肿瘤，EUS的评估价值也高于CT和磁共振。

如今，蒋海忠已是能熟练运用“3E”的“全能选手”。回望2010年前，他还是建德一家卫生院里的一名全科医生，因为想要成为女儿的榜样，他努力考上了宁波市第一医院消化内科主任丁小云博士的硕士研究生。

2015年，已经成为一名消化内科医生的蒋海忠又前往上海中山医院，开始了为期一年ESD和EUS的进修：“我天天跟着教授，教授做什么我就学什么，就住在医院里，还和其他医生说好，有急诊记得叫我。上海病人量大，只要想学想练，学习和实践的机会都很多！”

去年，已经成为浙江大学在读博士的他又见缝插针，利用双休日空余时间到杭州市第一人民医院进修了ERCP，这是“3E”中操作难度最大、风险最高的一项。至此，宁波市消化内科队伍中又多了一位“3E”全能医生。

蒋海忠说，技多不压身，他希望自己始终保持学习的热情和心态，让患者得到更好的服务。

缪敏

49岁 主任医师  
宁波大学医学院附属医院

## 让CT和磁共振发现不了的病灶无处遁形



线阵式超声内镜，是消化内科超声内镜(EUS)中最难掌握又独具作用的一种。它相当于“胃镜+B超”，可以隔着胃，查看外面的胆胰疾病。和体外B超相比，这种方法避免了肠道气体的干扰，且距离更近，加上实时多角度扫查的功能，充分避免了盲端。但也正因如此，线阵式超声内镜的图像角度多变，让不少专业消化内科医生都望而却步，看不懂图，更谈不上诊断。

而宁波大学医学院附属医院消化内科副主任缪敏主任医师，从2013年开始开展线阵式超声内镜检查，每年累计检查量和超声引导下的穿刺量位居宁波前列，穿刺阳性率达到90%以上，位居全国前列。

早前，52岁的刘女士在体检腹部B超中被发现胰管轻度扩张，但复查CT和磁共振都难以明确病因。后来，她经人介绍，找到缪敏接受线阵式超声内镜检查，果然在胰体发现了一处直径小于1厘米的恶性病灶，手术切除后证实为小胰癌。

缪敏介绍，小胰癌是胰腺癌的早期状态，虽然胰腺癌被称为“癌王”，5年生存率仅5%左右，但小胰癌的5年生存率却超过50%。胰腺癌的线阵式超声内镜诊断阳性率约为93%，远远大于CT和磁共振的诊断阳性率68%。通过线阵式超声内镜扫查加穿刺，可以有效明确胰腺癌，也可以发现早期的小胰癌，这对帮助患者尽早接受治疗、提高生存率具有重要意义。

开展线阵式超声内镜检查，不仅要求医生有丰富的消化内镜操作经验，还要精通超声影像和外科解剖知识。为此，缪敏经常利用周末休息时间，到医院B超室钻研腹部超声，并在2014年和2016年先后到上海长海医院和复旦大学附属肿瘤医院进修，多次参加超声内镜高训班，观摩学习超声内镜和超声内镜引导下的介入治疗术。

如今，已经工作26年的他，每周有4天在内镜室工作，常常忙到下午1点才能吃上午饭。目前，他正牵头新成立宁波市医学会消化内镜学会超声学组，并将担任组长，带领宁波市超声内镜技术走得更远、更深。

丁勇

50岁 主任医师  
宁波大学医学院附属医院

## 提高早期胃癌检出率 成效显著



在我国发病率最高的五大恶性肿瘤——肺癌、胃癌、肝癌、食管癌、结直肠癌中，4个和消化系统有关。以胃癌为例，包括宁波在内的我国沿海地区是胃癌的高发地，早期胃癌可以通过内镜粘膜下剥离术(ESD)切除，效果可媲美外科手术。但由于早期胃癌常常无症状、胃肠镜鲜少被纳入体检、发现异常常被忽视以及漏诊等原因，我国早期胃癌检出率仅约20%-30%，远低于韩国的60%和日本的70%-80%。

“漏诊比不诊更可怕。”宁波大学医学院附属医院消化内镜中心副主任丁勇说，2017年，他专门前往日本东京国立癌研究中心研修“消化道早癌诊治技术”，回国后，他在科室里建起了一个“早癌学习群”，每周一次，利用业余时间，带领大家通过线上或线下交流讨论典型和疑难病例。

3年多时间里，除了过年和武汉疫情时，“早癌学习群”的固定讨论从未中断过。今年6月，这个群终于完成了使命，正式解散，因为随着去年宁波消化内镜质控中心在宁大附院挂牌，一个更专业的“早癌管理小组”成立了，丁勇任组长。

就在早癌管理小组成立当月，50多岁的李先生(化名)因为其他疾病在宁大附院外科就诊，顺带做了胃肠镜，不料报告提示高度怀疑早期胃癌。病理结果要等一周，李先生便先出院回家了。之后，病理结果显示为低级别上皮内瘤变。丁勇带领的早癌管理小组结合内镜读片后，考虑为早期胃癌，第一时间电话通知李先生，告知他尽快来院接受ESD诊治。

然而整整一周过去，又到了早癌管理小组周五读片会的时间，丁勇回顾病例时，发现李先生竟迟迟未来自消化内科。他赶紧又拨通了李先生的电话，再次细细解释病情，说明利害……终于，在早癌管理小组的“逮人”攻势下，李先生抓住了早期胃癌的根治时机，成功接受了ESD。

目前，宁大附院消化内科的早期胃癌检出率达到56%-60%，已在全省领先，居全国第一梯队。但丁勇并未就此满足，“什么时候我们国家也有日本那样高的早期胃癌检出率就好了”——这将是他一直努力的方向。