

· 专家笔谈 ·

胶囊内镜临床应用规范解读

徐肇敏

胶囊内镜能动态的、清楚地显示小肠管腔,可无创且有效的诊断小肠疾病,自 2003 年胶囊内镜在我国应用以来大幅提高了小肠疾病的检出率,目前已被临床医生广泛接受,成为一项常规检查手段。为规范胶囊内镜的临床应用,中华医学会消化内镜学分会从 2007 年就开始着手进规范的制定工作。在总结 6 年来我国应用胶囊内镜经验的基础上参考国外规范,由戈之铮教授执笔,经李兆申教授和小肠学组专家们共同审阅、修改,于 2008 年 6 月南京召开的“全国小肠疾病内镜诊断与治疗学术会议”上讨论通过。中华消化内镜学会胶囊内镜规范是在取得广泛共识的基础上制定的,具有较强的实践价值和指导意义,为我国胶囊内镜的合理、快速发展提供了指引和保障。由于参与了规范制定的整个过程,应《中华消化内镜杂志》邀请,现就规范制定过程中大家关注的几个热点问题进行学习、讨论,供大家参考。

一、胶囊内镜对不明原因消化道出血有重要的诊断价值

2007 年美国胃肠病学会教育学院新制定的消化道出血部位分为上、中、下消化道出血^[1],中消化道范围自十二指肠乳头到小肠末端,这正是胶囊内镜和双气囊内镜能够达到的范围。

大约 90% 以上的消化道出血可以通过胃镜、肠镜检查明确诊断,不足 10% 的消化道出血部位在小肠。过去,由于技术的局限和小肠血管异常病变不易被发现等原因,这些患者反复出血而得不到诊断。国内应用胶囊内镜检查发现不明原因消化道出血的主要的病因是小肠血管异常,其次小肠肿瘤和克罗恩病。如上海仁济医院报道小肠血管异常占不明原因消化道出血的比例为 42%^[2],南京鼓楼医院报道为 40%^[3]。而上、中消化道钡餐对不明原因消化道出血的诊断率为 13.8%、肠系膜动脉造影诊断率 13.4%、核素扫描检出率也仅在 10%~20%,推进式小肠镜的检出率也只是 30%~50%^[3],因此难以通过这些检查方法明确出血部位和疾病诊断,从而命名为不明原因的消化道出血。相信在胶囊内镜和双气囊电子镜较广泛的应用以后,不明原因消化道出血的比例将会大大的减少。

国内医院报道应用胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断率大约为 66%~80%,如上海仁济医院报道胶囊内镜诊断率 67.1%^[2],天津医科大学总医院诊断率 82.5%^[4],南京鼓楼医院为 78.9%^[5],上海瑞金医院为 86.5%^[6]。剖腹探查及术中肠镜虽然可以看到全部小肠,但为创伤性检查,而胶囊内镜的无创性是其最大的优势,因此胶囊内镜是不明

原因消化道出血及小肠疾病首选检查方法。

二、关于胶囊内镜滞留问题

胶囊停留在狭窄近端 2 周以上,定义为胶囊滞留。胶囊滞留可发生于疾病、幼儿、老年长期卧床患者,胶囊可滞留在食管、胃内,而小肠狭窄和小肠梗阻是胶囊滞留的主要原因。目前报道可能病因为小肠肿瘤、克罗恩病、非甾体类抗炎药肠病、放射性肠炎、外科吻合口狭窄等。根据 ICCE2005 年共识^[7]报道不明原因消化道出血的胶囊滞留率为 1.4% (15/1089),可疑克罗恩病 1.4% (1/71),克罗恩病 5% (4/80),可疑小肠梗阻 21% (4/19),正常体检 0 (0/773),由此可见可疑小肠梗阻的滞留率最高。胶囊内镜规范的适应证包括疑似克罗恩病、疑似小肠肿瘤,而禁忌证为怀疑胃肠道梗阻,事实上克罗恩病、小肠肿瘤都可造成小肠狭窄性肠梗阻,因此临床上对可疑小肠梗阻患者是否适合行胶囊内镜检查的判断很困难。

如何预测和避免胶囊滞留发生:Cheon 等^[8]分析了韩国的 1291 例胶囊内镜检查病例,滞留率占 2.5%,回顾分析了诸多因素和狭窄部位的图片,认为狭窄部位的直径 < 2/3 胶囊直径是胶囊滞留的主要因素,是预测胶囊能否自动排出的惟一因素。关于小肠钡餐造影能否判断胶囊滞留问题,在我们临床实践中将此检查作为初步判断方法,但是 ICCE2005 年共识中被否定了,有的学者认为没有预测意义,因为有小肠造影检查正常的 19 例患者中出现了 14 例胶囊滞留。CT 肠造影法能够成功检测狭窄,CT 仿真肠镜判断胶囊滞留缺乏数据。而探路胶囊的作用正在评估中。

Cheifetz 等^[9]认为胶囊内镜对于明确小肠梗阻部位和病因是有价值的,胶囊滞留说明了存在需要外科手术的肠道疾病,当然滞留导致的手术可能包括了一些本可以内科治疗的病例而行了外科手术,增加了手术的风险。因此在做好预案,与有手术条件的患者充分沟通后,胶囊内镜还是可选择的检查手段。

胶囊滞留处理策略:如是永久性的滞留,需要经过药物,如应用泻药、停用非甾体类抗炎药物,克罗恩病患者可给以类固醇激素、Remicade 治疗,等待胶囊的排出;也可应用双气囊内镜取出滞留的胶囊内镜,或者手术干预,切除狭窄肠段或狭窄成形术。有报道 0.75% 的胶囊滞留患者需要手术治疗^[10]。

三、胶囊内镜应用的选择

目前诊断小肠疾病的方法还有双气囊内镜,是小肠疾病诊断的重要手段,由经口、经肛门途径进入肠腔,完成全部小肠的内镜检查,能直接观察到病变的部位、范围、形态、性质,

作者单位:210008 南京大学医学院附属鼓楼医院消化内科

通信作者:徐肇敏,Email: zhangxu39069@126.com

并可取得病变组织行病理学检查,甚至还能行镜下治疗,具有其他检查手段无可比拟的优势。

那么为了诊断小肠疾病,选择哪种内镜检查更好呢?原则上胶囊内镜对小肠疾病有较高的诊断率,是小肠疾病检查的主要方法,但不能活检和镜下治疗。文献报道胶囊内镜在不明原因小肠出血诊断率(59.4%~80%)类似于双气囊内镜(42.9%~60%),但胶囊内镜完成全部小肠检查率更高(90.6%比62.5%)^[11]。对于小肠肿瘤性疾病的诊断胶囊内镜低于双气囊内镜。由于双气囊内镜操作较费时、技术要求高而且有一定的操作风险,还有难以把握是经口还是经肛门进镜途径等因素,双气囊内镜规范草案^[12]认为首先应通过影像学、胶囊内镜等非侵入的方法来诊断小肠疾病,双气囊内镜则是进一步确认检查的手段。

对小肠不全梗阻选择何种内镜检查更好?应该首选双气囊内镜检查而不是胶囊内镜,因为小肠不全梗阻是胶囊内镜的禁忌证,而双气囊内镜是肿瘤性狭窄的首选方法。规范指出,不明原因小肠梗阻是双气囊电子内镜检查的适应证,但完全性小肠梗阻无法完成肠道准备者是双气囊内镜检查的禁忌证,因此只有在完成了相应肠道准备以及在梗阻症状解除后的不完全小肠梗阻患者,才可行双气囊内镜检查。只有少数可能需要外科手术的并且有手术治疗条件的患者,在与患者充分沟通后才可行胶囊内镜检查。

参 考 文 献

- [1] Raju GS, Gerson L, Das A, et al. American Gastroenterology Association Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 2007, 133: 1694-1696.

- [2] 卫炜,戈之铮,高云杰,等. 胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断价值研究. *中华消化内镜杂志*, 2007, 24: 12-16.
- [3] 李运红,徐肇敏,陈降典,等. 胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断价值. *中华消化内镜杂志*, 2004, 21: 100-102.
- [4] 张洁,王邦茂,曹晓论,等. 胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断作用. *中国消化内镜杂志*, 2007, 1: 17-20.
- [5] 叶红芳. 胶囊内镜在不明原因消化道出血患者检查中的应用. *护理研究*, 2006, 20: 438-439.
- [6] 褚晔,吴云林,张曙,等. 消化道出血的胶囊内镜检查. *上海第二医大学报*, 2005, 25: 886-888.
- [7] Cave D, Legnani P, de Franchis R, et al. ICCE consensus for capsule retention. *Endoscopy*, 2005, 37: 1065-1067.
- [8] Cheon JH, Kim YS, Lee IS, et al. Can we predict spontaneous capsule passage after retention? A nationwide study to evaluate the incidence and clinical outcomes of capsule retention. *Endoscopy*, 2007, 39: 1046-1052.
- [9] Cheifetz AS, Lewis BS. Capsule endoscopy retention: is it a complication?. *J Clin Gastroenterol*, 2006, 40: 688-691.
- [10] Barkin J, Friedman S. Wireless capsule endoscopy requiring surgical intervention; the world's experience. *Am J Gastroenterol*, 2002, 97: A907.
- [11] Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, et al. Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut*, 2008, 57: 125-36.
- [12] 中华医学会消化内镜学分会小肠病学组. 双气囊内镜临床应用规范草案. *中华消化内镜杂志*, 2008, 25: 5-7.

(收稿日期: 2008-06-30)

· 消息 ·

第三届上海国际胰腺疾病论坛暨第十二届全国超声内镜学术研讨会会议

由上海市胰腺疾病重点学科、中华医学会消化内镜学分会、第二军医大学胰腺疾病研究所、《中华胰腺病杂志》、亚太消化内镜培训中心主办的第三届上海国际胰腺疾病论坛暨第十二届全国超声内镜学术研讨会将于 2008 年 9 月 25 至 28 日在上海长海医院召开。本次会议包括胰腺疾病大师论坛、专题报告及内镜操作。主要内容: 急慢性胰腺炎、胰腺癌的诊断与治疗进展, 各种胰腺疾病的 ERCP、EUS、胰管镜、IDUS、FNA、EUS 介入治疗等诊断治疗技术及外科手术作操作示范。内容丰富、新颖、实用, 某些技术为国内首次操作演示, 本次研讨会除邀请国内胰腺疾病及内镜专家作专题报告及内镜操作演示外, 并邀请美国、欧洲、印度、日本、韩国及香港等地区的著名专家参加大会。参加本次会议的代表均可获得国家级 I 类继续教育学分。欢迎消化界同仁积极参会, 踊跃投稿。投稿截止日期 2008 年 8 月 28 日。联系方式: 上海市长海医院消化内科(上海市长海路 168 号, 邮编: 200433), 电话: 021-25070647, 13386275711, 传真: 021-55621735, Email: liuqi@medmail.com.cn

2008 全国消化内镜清洗消毒保养暨消化内镜新进展学术会议通知

为了进一步规范消化内镜清洗消毒保养方法, 落实卫生部门内镜清洗消毒技术的规范要求, 严格控制院内感染, 提高医疗质量, 由中华医学会消化内镜学分会内镜清洗消毒保养学组主办、福建省医学会消化内镜学会承办的“2008 全国消化内镜清洗消毒保养暨消化内镜新进展学术会议”拟于 2008 年 10 月 24-26 日在福建武夷山市举办。会议将邀请国内外著名消化内镜和院感专家就消化内镜院感控制、消化内镜诊疗新进展做专题报告, 并将举办消化内镜护理培训班。会议热忱欢迎全国广大消化内镜医师和消化内镜专业护理人员积极投稿、参加会议。通讯地址: 福建省福州市东街 134 号福建省立医院消化内镜中心, 邮政编码: 350001。电子版稿件请发至 fjhxnjzx@yahoo.com.cn。联系电话: 梁玮 0591-83398786 方超英 13860605839