

## · 标准与规范 ·

## 中华消化内镜学会胶囊内镜临床应用规范

中华医学会消化内镜学分会小肠镜和胶囊镜学组

胶囊内镜检查已成为小肠疾病的重要诊断方法,经过近几年的临床实践,我国在胶囊内镜检查领域已积累了一定经验,经过专家广泛讨论及多次修改,现制订我国胶囊内镜临床应用规范如下。

### 一、检查前准备及胶囊内镜检查

1. 检查前准备:鉴于胶囊内镜检查可能发生胶囊滞留及诊断的不确定性,检查前应对患者予以告知并签署知情同意书。

胶囊内镜检查前禁食 10 ~ 12 h;但为提高图像的清晰度,可在检查前夜行肠道清洁准备,常用的肠道清洁药为口服聚乙二醇电解质溶液或磷酸钠溶液;为减少消化道泡沫,术前半小时可服用适量祛泡剂;术前口服胃肠促动力药是否能达到缩短消化道转运时间以提高全小肠检查完成率尚存争议。

2. 胶囊内镜检查:检查时将数据记录仪通过导线与粘贴于患者腹部体表的阵列传感器电极相连或者穿戴记录仪背心。患者吞服胶囊后,按时记录相关症状及监视数据记录仪上闪烁的指示灯,以确定检查设备的正常运行,避免剧烈运动及进入强磁场区域,以防图像信号受到干扰。在服用胶囊 2 h 后可饮清水,4 h 后可以进少许清淡食物。在胶囊电池耗尽时或胶囊自肛门排出后将数据记录仪从患者身上取下,并连接到可进行数据处理的工作站。数据记录仪中的图像资料最终下载至工作站中,并由相关软件进行处理,其中典型图片和视频可被单独注释及保存;工作站具有显示胶囊走向轨迹的模拟定位功能,对帮助小肠内病灶的定位有一定参考意义。

### 二、胶囊内镜检查适应证及禁忌证

#### (一) 小肠胶囊内镜检查主要适应证

1. 不明原因的消化道出血及缺铁性贫血;
2. 疑似克罗恩病;
3. 疑似小肠肿瘤;
4. 监控小肠息肉病综合征的发展;
5. 疑似或难以控制的吸收不良综合征(如乳糜泻等);
6. 检测非甾体类抗炎药相关性小肠黏膜损害;
7. 临床上需要排除小肠疾病者。

#### (二) 胶囊内镜检查禁忌证

1. 绝对禁忌证:无手术条件或拒绝接受任何腹部手术者(一旦胶囊滞留将无法通过手术取出);

2. 相对禁忌证:(1)已知或怀疑胃肠道梗阻、狭窄及瘘管;(2)心脏起搏器或其它电子仪器植入者;(3)吞咽障碍者;(4)孕妇。

### 三、胶囊内镜对疾病的诊断

#### 1. 不明原因消化道出血

胶囊内镜对不明原因消化道出血的总体诊断率在 50% ~ 81% 之间,出血检出率的高低与出血状况密切相关,活动性显性出血和隐性出血的检出率分别达到 92% 和 44%。但对以往有出血史患者的检出率仅为 13%,因此胶囊内镜的最佳检查时机为出血刚停止数天至 2 周内。与术中小肠镜的比较结果显示胶囊内镜对不明原因消化道出血诊断的敏感性、特异性、阳性预测值和阴性预测值分别为 95%、75%、95% 和 86%,表明胶囊内镜是不明原因消化道出血的一线诊断手段。

最常见的出血病因为血管病变,其次为克罗恩病、间质瘤、小肠恶性肿瘤。小肠血管病变包括小肠动静脉畸形、毛细血管扩张征、静脉扩张征等。主要表现为血管成丛簇样,黏膜表面见局灶红斑,血管分布错乱,血管扩张明显高出黏膜面等。

#### 2. 克罗恩病

胶囊内镜可用于小肠克罗恩病的初次诊断,监控疾病的复发、明确病变的范围和严重程度、评估对治疗的反应。胶囊内镜对克罗恩病的诊断率在 43% ~ 77% 之间;诊断敏感性和特异性可分别达 89.6% 和 100%。

克罗恩病的胶囊内镜下表现主要为小肠绒毛的缺失、黏膜充血水肿、黏膜糜烂、口疮样溃疡、纵行溃疡、卵石征、肉芽肿样改变、肠管狭窄、瘘管、多发性假性息肉等,病变多呈跳跃式分布。但作为一种影像学检查,对克罗恩病的诊断应是综合性的,必须结合病史及其它检查,部分病例可行双气囊电子内镜、活检病理及小肠造影等检查予以佐证。

#### 3. 小肠肿瘤

在胶囊内镜问世之前,人们普遍认为小肠肿瘤发病率极低,放射影像学资料显示发现率仅占所检患者的 1%。而胶囊内镜临床应用后,发现率占所检患者的 6% ~ 9%,明显提高了小肠肿瘤的诊断率。最常见的临床表现为不明原因消化道出血或贫血(占 80%)。小肠肿瘤中恶性肿瘤约占 60%,包括腺癌、类癌、黑色素瘤、淋巴瘤和肉瘤等;良性肿瘤约占 40%,包括间质瘤、血管瘤、错构瘤和腺瘤等。

(1) 小肠腺癌:小肠腺癌位于十二指肠降段及曲氏韧带附近居多,空、回肠相对较少。腺癌病灶常呈隆起增殖性,多

通信作者:戈之铮,Email:zhizhengge@yahoo.com.cn

