进修医师单人操作结肠镜方法培训体会

Experience of one man coloscopic technique training in refresher doctors

赵晶京,彭贵勇,杨仕明,王振华,李向红 (第三军医大学西南医院消化内科,重庆 400038)

[关键词] 结肠镜;单人操作法;培训
[中图分类号] R574.6;G642.44 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0233-02

在结肠镜检查中掌握一种对患者和操作者负担都比较小的结肠镜检查法,是使大肠疾病的诊疗及研究工作能取得更大的发展的前提。在结肠镜的插入方法上分为双人操作法和单人操作法。单人操作法目前在国际上已成为结肠镜插入法的主流趋势[1]。我院是国内较早开展单人操作结肠镜的医院之一,并在西南地区乃至全国进行该技术的推广。本文就我科对进修医师单人操作结肠镜方法培训的体会报告如下。

1 熟悉大肠的解剖结构特点

大肠是指从肛门到盲肠之间的肠管,分为肛管、直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠和盲肠,伸展开约1.5~1.8 m长,收缩状态下大约长70~80 cm。大肠的这种细长的、自由移动的管腔脏器的特殊性,要求操作者在结肠镜检查之前熟悉其立体走行情况是必要的前提。对大肠解剖结构特点的认知培训是通过阅读相关专业书籍结合见习带教老师操作并讲解实现的[2]。从肛门到直肠、乙状结肠交界之间有3个称为Houston瓣的皱褶。通常第2个Houston瓣位于腹膜折返部。乙状结肠在腹腔内不固定,具有可动性,多呈大的弯曲状。在乙状结肠口侧是乙状结肠—降结肠曲,对初学者来说,这里是结肠镜插入中最困难的部位之一。降结肠固定在后腹膜,近乎垂直线状态。从脾下方的脾曲处向前弯曲就到了横结肠。横结肠是由松弛的横结肠系膜所固定,在腹腔内移动性较大。肝脏下方的肝曲口侧是升结肠,而后再次转入后腹膜腔。

2 实施图像识别训练

在结肠镜检查中,能够发现的病变大多限于检查者认识的病变形态。病变的发现受个人的知识积累和经验丰富程度所左右。因此,在进修医生进入实际操作之前必须见习带教老师的操作,进行正常图像识别训练,是后期进行内镜下大肠疾病诊疗的基础。

单人操作法,原则上不使用X线透视。为了弄清内镜插入到什么部位,基本上以内镜的插入长度、肠腔的特征进行综合判断。一般来说,在轴保持短缩的状态下,各个部分的插入长度分别为:直、乙交界15 cm,降、乙交界30 cm,脾曲40 cm,肝曲60 cm,盲肠70~80 cm。但是这只是在肠管短缩的状态下的插入长度。必须注意的是,当内镜打弯时,无法估计其插入长度。事先对各个部位的内腔特征有一全面的了解也是非常重要的。直肠两端较窄,中间膨大,有三条半月形皱襞。直、乙交界呈明显向右弯曲走向。乙状结肠肠腔形态常不规则。降—乙交界部对于乙状结肠走行简单的病例来说,能常看清降、乙交界弯曲部便进入降结肠,但是肠管过长而松弛的患者,往往肠管呈急弯,难以见到其内腔。另外接近移行部常可见降结肠中的潴留液的流入。降结肠肠腔呈短直隧道样,形态呈圆筒形,多有清洗液潴留。脾曲呈向左的急行弯曲,有时可见蓝斑。横结肠内腔呈倒三角形,皱褶呈轮状。肝曲常见蓝斑,向右边弯曲。升结肠内腔呈正三角形,皱褶很深。盲肠有"V"或"Y"形皱襞,阑尾的开口部和回盲瓣可以确认。值得一提的是蓝斑只是个标志,既使不是脾曲、肝曲处,若肠管因伸展及弯曲而与脾、肝相接触,那么透过肠壁也可以看到蓝色。

3 单人操作结肠镜技巧训练

单人操作法检查者是一个人,用其左手控制角度、送气、吸引,同时用右手插入及旋转内镜。与双人操作法的原则是一致的,必须寻腔进镜。单人操作法的优点是操作者可以随时感知插镜中的阻力,及时发现肠襻的形成并及时解襻。在操作过程中,有一些操作技巧,如果能够熟练掌握,可以流畅地完成全结肠镜的检查。在培训过程中通过见习讲解以及手把手教学法实现。

3.1 轴保持短缩法

遵照不使肠管过度伸展的原则,尽可能保持肠镜纵轴呈一条直线,通常是一边进行肠管的短缩化"钩住皱褶"一边插入。这种方法是目前使用的各种插入法的基本技术。大肠共有五处固定点,分别是直肠、降、乙交界、脾曲、肝曲和盲肠,连接它们之间的直线就是直肠到盲肠的最短距离,被看作是肠镜的纵轴。短缩法是指短缩乙状结肠及横结肠的游离肠管,使内镜的轴呈直线状态,以最短距离插入的方法。短缩法采用钩住皱褶,通过吸引和退镜的操作使肠管短缩套叠,边短缩肠管边推进内镜,内镜轴呈直线状态,就能够将手部动作准确地传递到内镜的前端。是否保持了内镜轴直线与肠轴一致,可以通过内镜的自由感得到不断确认。内镜的自由感是指当右手的动作准确地传递到内镜前端时的一种内镜操作的感觉。

3.2 空气注入量的控制

当插入内镜时,不仅仅是推进内镜使前端前进,而通过吸引来减少肠腔的空气量,常使肠管向肛侧收缩,形成相对地插

[收稿日期] 2010-01-18 [修回日期] 2010-02-22

入也是重要的操作之一。如果为了辨认内腔而注入过量的空气,结肠镜的插入将越来越困难。注入过量的空气,会导致弯曲部变为急峻,使之难以直线化,伸长了肠管,使之短缩困难。其结果是插入困难,延长了插入所需的时间,增加了患者的痛苦。轴保持短缩法基本操作的要点在于适量地、灵活地调节肠腔内的空气量,不能多送气使肠管过度伸展,而应该是稍微减少空气量,使肠管变为柔软、短缩,肠管弯曲的角度变缓,再采用回转穿行技术便可几乎呈直线地插入了。

3.3 注重双手协调操作

单人操作法是通过角度操作与内镜旋转相配合,用左手调角度钮使内镜前端向上或向下,用右手旋转镜身使内镜前端向左右转动,使内镜的插入得以顺利地进行。通常在检查中要求术者右手不离开内镜。既使遇到急峻的弯曲,也尽量避免用右手操作角度钮[3-4]。

另外握持镜身的位置应距肛门不宜过近,以保持距肛门30 cm左右的地方为宜,这样容易保持镜轴呈直线状态。还可以肛门为支点,利用杠杆原理,这样就毫不费力的使内镜前端自由而容易地活动。如果握持内镜的位置距离肛门过近,旋转内镜将变得困难。

结肠镜单人检查操作的培训是消化科进修医师的必修课,也是诊治结肠疾病的有效手段之一。只要带教者认真带,受训者认真学,才能在今后工作中减少医疗纠纷的发生和患者的痛苦。

[参考文献]

[1] 王巧民,郑邦海,贾 勇,等.结肠镜单人操作技术临床应用与评价[J].中华消化内镜杂志,2003,20(6):405-406.
[2] 赵振富,钟震亚,王守安,等.乙状结肠直肠动脉直肠部的形态观测[J].局解手术学杂志,2003,12(4):249-252.
[3] 徐美章,施 红.结肠镜单人操作法的特殊手法运用[J].中华消化内镜杂志,2004,21(3):204.
[4] 吴克俭,张永文,费素娟,等.结肠镜单人操作法1 475例临床分析和操作技巧评价[J].徐州医学院学报,2007,27(2):104-105.

(编辑:郭光金)

·个案与短篇·

重症急性胰腺炎合并多器官功能障碍综合征抢救的护理体会

廖 容,罗宏利,余 正,唐万珍,曾钦文 (重庆医科大学附属永川医院,重庆 永川 402160)

[关键词] 重症急性胰腺炎;多器官功能障碍综合征;护理
[中图分类号] R657.51 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0234-01

多脏器功能障碍综合征(multiple organ dysfunction syndrome,MODS)是重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis,SAP)常见的严重并发症,也是主要死亡原因[1],在其抢救过程中,护理工作对疾病的转归起着重要的作用。现将我院2004年1月至2009年12月期间收治85例SAP并发MODS患者的护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共85例患者,男性49例,女性36例。年龄22~94岁,平均年龄53岁。平均住院21 d。呼吸衰竭的46例次;循环衰竭26例次;肾功能衰竭16例次;肝功能损害14例次;消化道出血5例次;弥漫性血管内凝血(DIC)3例次。合并2个器官功能不全者9例、合并3个器官功能不全者5例;合并4个器官功能不全者3例。

1.2 护理方法

1.2.1 休克的监护 应设专人监护,密切观察生命体征及CVP的变化。血容量不足和休克时,立即给予深静脉置管术,积极抗休克治疗。根据医嘱及时准确使用血管活性药物以调节心率、保护心肌、纠正低血压。准确及时体液复苏,维持机体水电解质的平衡可减少SAP早期并发休克的发生;SAP后期患者给予营养支持、抗感染以预防后期并发休克[2]。

1.2.2 急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的监护 ARDS是SAP最常见、最严重的并发症之一[3]。因此,必须严密观察呼吸频率、节律、深浅度、面唇色泽及周围血氧饱和度;监测呼吸功能,根据血气分析判断动脉血氧饱合度和酸碱平衡指标。当呼吸频率大于30次/min或小于8次/min,表示病情危重,此时须高度重视早期肺损害;若病人出现进行性呼吸困难、发绀、氧分压小于8 kPa,吸氧后无改善,则提示已出现ARDS。

合并ARDS的患者应管理好呼吸,纠正其低氧血症,早期行无创呼吸机进行机械通气,通气模式采用PSV,呼吸频率12~16次/min,FiO_2 <0.6,PEEP控制在5~15 cmH_2O。患者首次使用应指导其行深而慢有节律的呼吸,以触发呼吸机送气,改善缺氧状态。在使用呼吸机最初24 h内,注意患者与呼吸机配合是否协调,有无人机对抗。并根据情况随时调整呼吸机模

(下转第236页)

[收稿日期] 2010-03-21 [修回日期] 2010-04-02