

二、结果

1. 放置减压管时间 16~42 min, 平均(21±5) min, 全部置管成功。

2. 治疗效果: 平均 4 d(2~6 d) 减压管均可进入回肠末端进行全程胃肠减压, 见图 4; 平均治疗时间为 8 d(10~14 d)。本组 8 例毕Ⅱ式术后粘连性小肠梗阻患者, 经减压管保守治疗后梗阻均顺利解除, 无并发症发生, 无一例接受再次手术治疗。所有患者出院后随访 1~8 个月, 未再发生肠梗阻。

讨论 粘连性肠梗阻已逐渐成为肠梗阻的主要类型, 其中约 80% 是腹部手术并发症。较为公认的治疗策略是先行保守治疗, 若无效则须手术。胃肠减压是治疗小肠梗阻的重要措施, 而胃肠减压深度直接影响引流效果和患者腹胀改善程度^[1,2]。使用普通鼻胃管常常只减胃内压, 不能引流小肠内液体^[3]。经鼻肠减压管对梗阻肠段进行全程负压吸引以达到最好的减压效果, 从而尽快缓解肠梗阻^[3]。

毕Ⅱ式术后由于胃肠道改道, 局部解剖结构变得较为复杂, 放置鼻肠减压管有一定难度。单纯 X 线监视下或胃镜下定位均欠准确, 置管操作各有其局限性^[4]。在 X 线监视下靠导丝引导置入时, 由于术后周围粘连等原因导致吻合口位置多变, 大多被吊至胃的前壁或后壁, 不处于胃的最低点, 因此靠导丝引导减压管前端很难进入吻合口。而在胃镜引导下置入时则不易判断输入袢和输出袢, 并且不利于观察输出袢的路径。我们采用胃镜辅助与 X 线监视联合方法, 在 X 线下观察到输出袢的行走路径, 为胃镜进入输出袢指明了方向, 再借助于胃镜将减压管经输出袢带入空肠^[5], 继续在 X 线监视下发挥导丝置管技巧, 将减压管置入空肠预定位置, 持续负压引流使肠腔减压, 肠运动功能改善, 导管前端的充水球囊在肠蠕动的推动下也可直接扩张狭窄肠腔, 同时带动导管不断向小肠远端移行, 约 4 d 达回肠末端, 实现小肠全程减压, 从而快速降低肠管内压力、改善肠管血供, 解除肠梗阻。本组患者平均 8 d 后梗阻均顺利解除, 无并发症发生, 随访 1~8 个月未再发生肠梗阻。

本技术特点: (1) 胃镜辅助与 X 线联合, 置入鼻肠减压管简便快速、安全无创、成功率高。(2) 减压管直接置入空肠, 在肠蠕动带动下不断下移, 实现全小肠减压, 减压范围广, 效果好, 前端气囊下移过程中可以直接扩张狭窄变形的梗阻部位。(3) 到达梗阻部位后经管注入 60% 泛影葡胺即可行小肠造影, 有助于诊断及鉴别诊断。(4) 长时间保留导管有类似于肠腔内置管小肠支撑排列的作用^[6]。

置管要点: (1) 找出输出袢是关键, 经胃镜活检口注入造影剂, 透视造影剂经输出袢流入空肠, 确认输出袢; (2) 透视观察输出袢的走向是确保胃镜进入空肠的前提; (3) 退镜时应轻柔, 边退镜边借助导丝向前推进减压管, 避免退镜时减压管随胃镜带出; (4) 减压管前端应置入输出袢约 25 cm 处, 确保导管前端侧孔进入空肠内抽吸减压, 同时前端球囊位于空肠内, 随肠蠕动前行; (5) 每隔 30 min 手动将减压管经鼻向胃内推助 10 cm, 直至其前端到达预定部位, 使导管盘曲在胃内呈松弛状态, 减少运行阻力。

参 考 文 献

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 479-480.
- [2] Gowen GF. Long tube decompression is successful in 90% of patients with adhesive small bowel obstruction. Am J Surg, 2003, 185: 512-515.
- [3] 姚宏伟, 傅卫, 袁炯, 等. 经鼻肠减压管在治疗急性粘连性小肠梗阻中的作用研究. 中华普通外科杂志, 2006, 21: 754-755.
- [4] 李德春, 李瑞红. 床边 X 线下经胃镜引导鼻肠营养管放置术的临床应用. 中国医师杂志, 2007, 9: 78-79.
- [5] 张克俭, 王远新, 王晓娣, 等. 经胃镜快速放置空肠营养管. 中华消化内镜杂志, 2002, 19: 53.
- [6] 郑其龙, 邹寿椿, 张成武, 等. 小肠内支撑排列术治疗多次术后广泛粘连性肠梗阻. 中华胃肠外科杂志, 2004, 7: 471-473.

(收稿日期: 2008-01-05)

OMOM 胶囊内镜 126 例检查结果分析

郭先科 高春芳 张汝钢 茹军辉 胡文华 武育卫 李智峰 张云峰 彭晓 连伟

OMOM 胶囊内镜是由重庆金山科技集团公司自主研发的国内第一家胶囊内镜, 2004 年 10 月开始应用于临床, 为推广使用并不断提高质量, 2006 年成立了“中华消化内镜学会 OMOM 内镜 863 攻关专家委员会”。我科应用 OMOM 胶囊内镜进行了 126 例的检查, 现报告如下。

一、资料与方法

1. 临床资料: 经上下消化道内镜检查无阳性发现的不明原因消化道出血、腹泻、腹痛、消化不良患者 94 例; 健康体检 32 例。有 2 例因鉴别小肠肿瘤或异物进行了 2 次检查。126 例中男 72 例, 女 54 例, 年龄 15~80 岁, 平均 46.5 岁。

2. 方法: 术前准备和检查方法与以色列 M2A 胶囊内镜基本相同^[1,3]。肠道准备一般使用甘露醇清肠法, 对不明原因消化道大出血的急诊患者视病情可不清肠直接在床旁行

作者单位: 471031 河南省洛阳市, 解放军第一五〇医院消化内科

胶囊内镜实时监控^[4]。

二、结果

126 例共检出 91 例有病变,检出率 72.2%,检出 2 种和 2 以上病变的 87 例,1 种病变的 4 例。其中空肠、回肠病变 62 例次(克罗恩病 2 例,小肠 Dieulafoy 病出血 5 例,多发和单发息肉 17 例,憩室并大出血 5 例,血管瘤、血管发育不良 16 例,腺癌并大出血 1 例,小肠平滑肌肉瘤 1 例,异位胰腺并大出血 1 例,霉菌性、结核性、放射性等所致的糜烂性肠炎并出血 8 例,寄生虫 6 例)。其他还有食管、胃、十二指肠、结肠病变,以息肉和溃疡多见。共检出消化道息肉、胃癌、十二指肠错构瘤、小肠血管瘤、小肠腺癌等肿瘤性病变 31 例,对其中 18 例反复消化道大出血病例行剖腹手术,均证实胶囊内镜诊断。典型病例胶囊内镜图像见图 1~图 6。

因消化道出血接受检查者大多接受过胃镜和结肠镜(或)全消化道钡餐、血管造影检查,胶囊内镜检查 31 例明确了出血部位。1 例出血且多次休克患者胃镜检出胃底大

息肉,未排除其他部位出血前,不能决定手术部位,胶囊内镜在出血时检查明确为胃息肉出血,其余消化道腔内非常清洁,手术的效果非常好。1 例图像中药物硝苯地平控释片与肿瘤无法确认,进行图像反色处理后,药片与肠壁分界明显清晰,明确诊断。

1 例 80 岁高龄的消化道出血患者安置有抗干扰起搏器,起搏器工作及胶囊内镜图像均不受影响,显示安全性及稳定性良好。

讨论 OMOM 胶囊内镜可诊断出许多重要的小肠疾病,本组中检查出空、回肠病变 62 例,其中大多曾进行胃镜、肠镜、全消化道钡餐、血管造影等检查未能明确病因,明显提高了确诊率。

本组受检者吞服 OMOM 胶囊均较顺利,11 例患者在活动性大出血、禁食水情况下,不清肠吞服胶囊内镜并床旁持续动态监视,均获得较满意的内镜图像,而且手术符合率高。

胶囊内镜还能清晰显示小肠腔内异物,特别是鉴别与肿

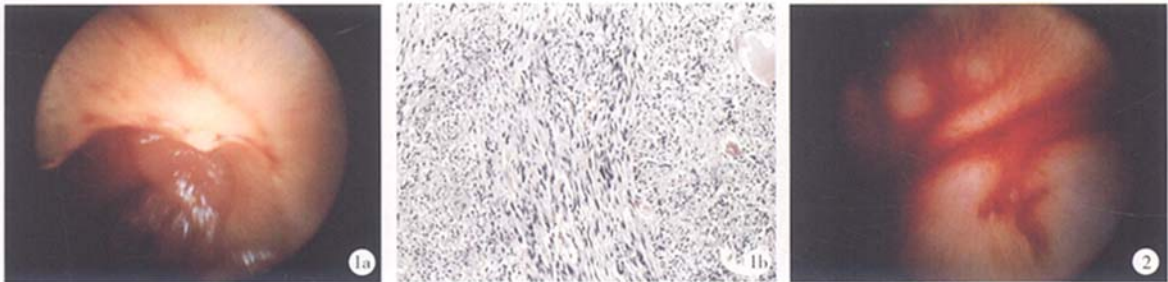


图 1 小肠平滑肌肉瘤 a:胶囊内镜图像;b:病理图(HE, ×100)

图 2 小肠胰腺异位

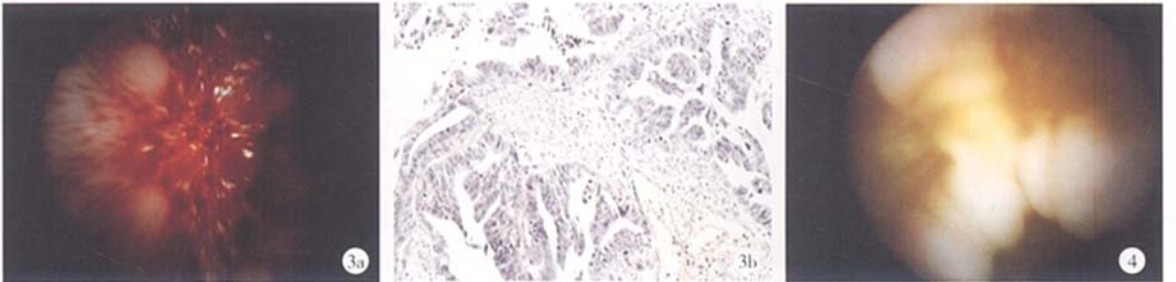


图 3 小肠腺癌 a:胶囊内镜图像;b:病理图(HE, ×100)

图 4 小肠憩室



图 5 小肠内异物 a:胶囊内镜所见;b:反色处理后,见界限清楚,可与肿瘤区别,追问服药史,为硝苯地平控释片 图 6 小肠糜烂出血

瘤酷似的药物硝苯地平控释片,表明亦可观察控释片类药物在消化道内的存留情况;此外也有益于食管、胃、结肠等整个消化道疾病的全面诊断,使患者得到准确、安全、有效的治疗。

参考文献

[1] 吴云林,张曙,褚晔,等. M2A 胶囊内镜在消化病诊断中的运用研究. 中华消化内镜杂志,2003,20:230-233.

[2] 张子其,陈孝,张建平,等. 胶囊内镜对小肠疾病的诊断价值分析. 中华消化内镜杂志,2003,20:227-229.
[3] 重庆金山科技(集团)有限公司. OMOM 胶囊内镜使用说明书. 2005.
[4] 郭先科,高春芳,胡文华,等. 一种动态不清肠法胶囊内镜诊断不明原因消化道出血的方法. 中国消化病基础与临床,2006,7:45-47.

(收稿日期:2007-09-26)

消化内镜防交叉感染护套的应用及观察

夏长虹 盛剑秋 余东亮 赵晓军 晨智敏 李爱琴 王海红 李世荣

随着消化内镜检查的不断普及,内镜检查的安全日益得到重视,其中,最受关注的是内镜本身的消毒,如何保证内镜消毒的安全性,成为政府、医方、患方共同关心的课题。我们采用胃肠镜带护套技术,犹如为内镜穿一件一次性的外衣,可能在防止内镜交叉感染、节省内镜消毒时间方面有重要意义。本研究通过内镜检查前后内镜及外护套乙型肝炎病毒(HBV)-DNA 和肠道致病菌检测,评价带护套内镜使用的安全性,同时对新型胃肠镜护套技术的性能进行评估。

一、资料与方法

1. 材料与方法:采用沈阳沈大内窥镜有限公司研制的内镜护套[QGIF-V70 型和 QCF-1T140L 型,注册号:辽食药监械(准)字 2007 第 2660052 号],护套分为内、外两个套身,为乳胶材质,套帽端即和镜头紧密结合部位是完全透明的塑料材质,均为一次性消毒材料包装。其中 QGIF-V70 型护套专用于胃镜(镜身直径 9.8 mm,镜头部直径 9.2 mm,活检孔道 2.8 mm),护套内活检孔道内径 2.2 mm,外护套厚度 0.3~0.4 mm,护套前端镜头部厚度 0.7~0.8 mm。QCF-1T140L 型护套专用于肠镜(镜身直径 13.8 mm,镜头部直径 13.4 mm,活检孔道 4.2 mm),护套内活检孔道内径 3.3 mm,外护套厚度 0.3~0.4 mm,护套前端镜头部厚度 0.7~0.8 mm。见图 1。内镜穿护套时先将护套的套囊退出,将前部的一次性钳道管套在引导钳的外面,顺着镜体钳道管套进,套囊的锁紧环接近镜体前端时,提拉锁紧环,套囊也随着套在镜体外面,如此,内外两个护套对内镜实行覆盖保护。见图 2~4。脱内镜护套时,则逆上述顺序逐步剥离。

2. 病例选择:2006 年 4 月至 2006 年 8 月接受胃肠镜检查的 120 例患者分为两组,实验组 80 例(胃镜 50 例,肠镜 30 例)采用穿护套内镜检查,计算内镜穿脱护套时间,该组患者均进行了告知并签署知情同意书。对照组 40 例(胃镜各 20 例),采用常规戊二醛五步消毒法,记录消毒时间。

作者单位:100700 北京军区总医院消化内科

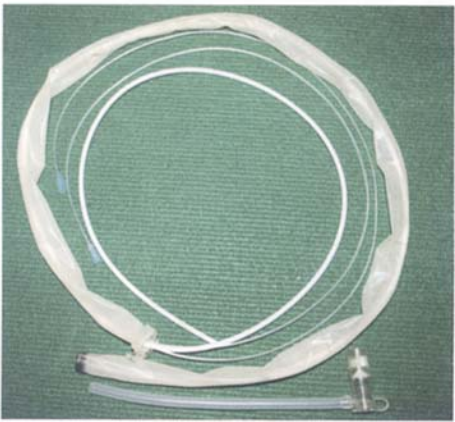
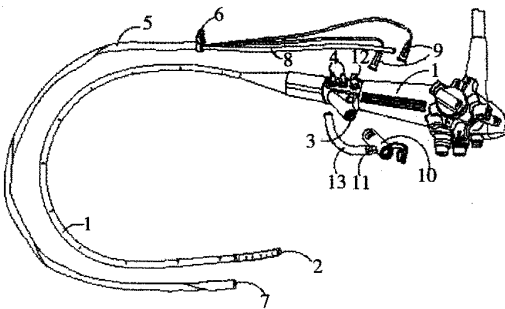


图 1 内镜防护套



1-内镜镜体; 2-镜体前端; 3-镜体后端操作孔道; 4-水气管接口; 5-一次性护套; 6-锁紧环; 7-护套套囊帽端; 8-一次性钳道管; 9-水气管接头; 10-三通密封帽; 11-吸引接头; 12-吸引管接口; 13-吸引管

图 2 使用内镜一次性护套示意图

实验组中 15 例血清学 HBsAg 阳性且 HBV-DNA 阳性患者,胃镜检查 10 例,肠镜检查 5 例。检查前、后分别以拭子法对镜身、活检孔道及外护套表面取样,做细菌培养和 HBV-