

100%^[1],还可明确瘤体的位置、大小及瘤蒂部位。

心脏黏液瘤一经诊断,必须积极对待,应尽早安排手术,避免动脉栓塞及猝死,左心功能不全,黏液瘤活动度大可能出现瘤体堵塞房室瓣口的患者应急诊手术,脑栓塞不是手术禁忌证,对于没有昏迷的患者,应积极手术摘除肿瘤,防止再次栓塞,有慢性心力衰竭表现、身体虚弱、夜间不能平卧、端坐呼吸、肝大、腹水、下肢浮肿的患者,应积极控制心衰,待病情平稳后再手术治疗。脑栓塞不是手术禁忌证,对于没有昏迷的患者应积极尽快手术摘除肿瘤,防止再次栓塞,对于发热患者要在抗感染的同时积极准备手术。黏液瘤也可引起发热,本组 3 例术前发热的患者术后未再发热,大于 50 岁的患者应常规冠状动脉造影检查后再手术,如需冠状动脉旁路移植术应同期手术。合并瓣膜问题要同时处理。左房粘液瘤常应用经右房前壁-房间隔切口,右房黏液瘤使用右房前壁切口,对于切除心内黏液瘤最为有利,原因:①便于摘除右房瘤;②便于连同部分房间隔带蒂摘除左房瘤;③还可检查左右心室;④右室瘤也可通过三尖瓣口切除;⑤须更换左右房室瓣时也甚方便,肿瘤过大时可扩大切口至左房。

麻醉诱导时必须注意漂动的肿瘤阻塞瓣口可引起排血障碍,出现心跳停止。由于黏液瘤质脆,术中

容易发生瘤体碎片脱落,产生身体各部的栓塞,黏液瘤碎片有远距离种植和转移能力。因此,阻断循环前,不要搬动、摸捏心脏或作心内手指探查,插管要小心,右房瘤宜尽量靠近腔静脉入口或在腔静脉内插管较为安全。肿瘤的切除应避免直接钳夹瘤体,特别是葡萄状以免碰碎脱落,引起栓塞,肿瘤切除后要检查是否切除彻底,充分吸尽心腔内、肺静脉内残存瘤组织,对瘤蒂附着周围的房间隔及心房壁组织应予以适当扩大范围切除。

黏液瘤是源于心内膜下,具有多向分化潜能的间叶细胞,极少发生浸润。心脏黏液瘤的复发率为 1.0%~4.7%^[2],复发的原因为肿瘤种植、肿瘤切除不全或肿瘤再生,本组患者术后随访未发现复发或远处种植转移者。

【参考文献】

- [1] 侯传举,邓东安,韩凤娇,等.原发心脏肿瘤超声心动图诊断(附 100 例手术对照分析)分析[J].中国医学影像学杂志,2000,8(1):14-16
- [2] 来永强,周其文,陈宝田,等.右心黏液瘤的诊治[J].中华胸心血管外科杂志,2000,16(4):218-219.

【收稿日期】2007-12-30

【作者简介】郝亚杰(1971-),男,内蒙古赤峰市人。本科学历,主治医师。

胶囊内镜临床应用注意事项初探

郭广英¹,张 晔¹,倪文智²,卢 干¹

(1.包头市肿瘤医院消化科,内蒙古包头 014030;

2.内蒙古包头市石拐区医院外二科,内蒙古包头 014070)

【摘要】目的:探讨胶囊内镜检查过程中的注意事项。方法:通过本院所引进重庆金山科技公司研发的国产胶囊内镜 OMOM 图像诊断系统,对 35 例受检者检查过程中注意事项进行分析。结果:35 例均检查成功,未发生胶囊滞留,6 例因胃肠动力障碍未过回盲部;仅 1 例糖尿病患者胶囊于 78 h 排除体外,3 例发生中途信号中断近 10~40 分;结论:胶囊内镜主要适用于小肠疾病的检查,同时对途经的食管、胃、部分结肠也有一定的诊断价值,探讨胶囊内镜检查过程中的注意事项对胶囊内镜的诊断十分重要的。

【关键词】胶囊内镜;注意事项

【中图分类号】R443.8 【文献标识码】B 【论文编号】1004-0951(2008)03-0361-02

胶囊内镜因无创伤、操作简单、安全性好、检查范围广等优点,成为小肠疾病首选的检查方法,同时对食管、胃及大肠也具有一定的诊断价值。我院于 2005 年 7 月引进重庆金山科技公司研发的国产胶囊内镜 OMOM 图像诊断系统,截止 2006 年 12 月,对 35 例患者进行了成功的检查,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例资料

2005 年 7 月~2006 年 12 月间,本院相继对 35

例受检者进行了胶囊内镜检查。其中健康体检者 7 例,有腹痛、腹胀、腹泻、便秘、便血等消化道症状者 28 例。男性 29 例,女性 6 例;年龄 29~69 岁,平均年龄 42 岁。

1.2 仪器设备

OMOM 胶囊内镜系统由智能摄像胶囊、图像记录仪和影像工作站组成,具有图像实时监控、曝光量和拍摄速度体外调节等功能。胶囊电池寿命约为 6~8 h。胶囊为一次性,可回收,但不能重复使用。

1.3 检查前准备

肠道准备采用检查前 2 d 进少渣饮食,检查前晚 8 h 服 20% 甘露醇 250 ml,检查前 6 h 再服恒康正清散 2 盒。

1.4 方法

将 USB 电缆两端分别连接到 OMOM 智能胶囊图像记录仪背心和影像工作站,吞服胶囊后,适时进行监控,1 h 未过幽门者服用吗叮啉片 20 mg 或莫沙必利片 10 mg。检查结束后将记录仪中数据输入影像工作站处理,视频图像由两名消化科医师进行回顾分析。智能胶囊排出体外后,受检者记录排除时间,将其洗净交还给医生。

2 结果

2.1 检查结果

胶囊内镜检出小肠病变有 10 例,其中空肠间质瘤伴出血 1 例,小肠血管畸形 1 例,小肠多发性溃疡 2 例,回肠末端炎 2 例,回肠淋巴滤泡增生 2 例,回肠息肉 2 例。同时检出了食管炎 4 例,胃溃疡 2 例,慢性浅表性胃炎 16 例,糜烂性胃炎 10 例,胆汁反流性胃炎 4 例,十二指肠炎症 5 例,及十二指肠球部溃疡 2 例,结肠炎 4 例,结肠多发性息肉 1 例。

2.2 检查过程中存在问题

全部病例未发生胶囊滞留,仅 1 例糖尿病患者胶囊于 78 h 排出体外,有效工作时间内 29 例顺利通过回盲瓣,通过率为 82.75%,6 例未通过回盲瓣,3 例发生中途信号中断近 10~40 min,2 例十二指肠正常的受检者分别在十二指肠球部及降部滞留约 2 h,1 例胰腺癌患者(后发现)在空肠滞留 1 h。

3 讨论

总之,胶囊内镜实现了对胃肠道的全程观察,目前临床应用经验有限,又因为检查费用昂贵,所以在胶囊内镜检查特别要注意避免某些影响检查诊断质量的因素,胶囊内镜的常见设备故障包括信息接受故障、电池故障、胶囊体内工作故障、计算机故障、信号干扰,我们使用过程中固定两位医生操作,并采用书面文字的形式发放给受检者详细注明饮食准备、肠道准备的方法及服用胶囊后的注意事项,两个受检者同天同地点检查时错开时间,避免信号的干扰,除 3 例发生中途信号中断近 10~40 min 外,未发生其他设备故障,也未发生水电解质平衡紊乱,心脑血管卒中,胶囊嵌顿及滞留。

胶囊内镜为侵入性检查,并发症的发生主要与胶囊内镜在小肠内能否顺利移行有关。而能对胶囊内镜在消化道内的移行产生影响的主要有两方面的因素:①功能性和生理性因素。6 例未通过回盲瓣者其中 4 例胃内滞留时间超过 3 h,考虑最初经验差,没有改变体位及口服动力药有关,3 例胶囊在十二指肠滞留 30 min 以上;表明消化道的生理弯曲及动力异常均会影响胶囊内镜在消化道内的正常移

行;要注意评估胃动力状况,对已知消化道(尤其是胃动力)较弱的受检者或老年人可进行必要处理,包括吞服胶囊前 20 min,加用胃动力药,吗叮啉或肌注胃复安。②病理性因素。消化道疾患导致消化道的解剖结构异常会对消化道的通过产生影响,小肠的解剖结构异常,尤其是小肠通畅度异常是胶囊内镜检查并发症(排出障碍及排出延迟)的重要诱因^[1]。在获得知情同意的基础上,医患双方签订《知情同意书》,以降低胶囊内镜检查的风险性。

肠道的清洁程度直接影响胶囊内镜的检查结果,检查前 2 d 进少渣半流食,禁食蔬菜、水果,海带等不容易消化的食物,我们有一受检者前 1 d 进食蔬菜面,胶囊内镜图片可见空肠黏膜上附着的番茄皮,不了解病史的医生误以为血管瘤。我们体会早晚服用泻剂清肠较单次使用泻剂清洁度好,50% 硫酸镁 + 20% 的甘露醇 + 去泡剂可作为比较理想的胶囊内镜检查前肠道准备。

受检者服胶囊后,进行实时监视出血受检者可做全程动态实时监控,注意体位变化在胶囊内镜检查中的应用,部分受检者需要注意食道和胃。如需要看食道,改为平卧位服用胶囊,希望胶囊在胃内达到较长时间停留者,嘱患者吞服胶囊后左侧卧位,对胶囊胃内滞留者,右侧卧位加用力憋气有助于胶囊内镜进入十二指肠。

我们通常监护至胶囊通过幽门进入十二指肠后,受检者可以离开医院,向受检者交待注意事项:检查期间避免设备受到挤压、碰撞,不可随意开关图像记录仪,胶囊排出体外前应远离核磁共振。③告知患者在吞服胶囊后尽可能推迟饮水时间,4 h 后指导患者进食少量简餐,如面包、面条等,应定时检查图像记录仪的电源电量及工作状态(每 15 min 检查一次),要及时充电。如工作指示灯 6 h 前停止闪烁,及时记录时间通知医生,可能受检者体位变化导致背心没有贴近身体,尤其瘦人容易出现,需重新穿背心,调整天线位置。我们发生 3 例中途信号中断近 10~40 min。1 例体检者自行发现工作指示灯停止工作,重新调整背心后继续工作,读片时发现近 40 min 图像缺失。另 2 例在读片时发现图像时间缺失 10~30 min,考虑中途仪器信号中断。

随着电子技术发展,胶囊内镜的功能将更加完善,随着胶囊内镜应用中经验的积累,必将获得更清晰的图像,进一步提高小肠病变的检出率。

[参考文献]

- [1] 陈孝,张子其,张建萍,等.胶囊内镜检查存在的问题及副作用的初步分析[J].世界华人消化杂志,2004,12:2233-2235.

[收稿日期] 2007-12-15

[作者简介] 郭广英(1969-),女,山东省梁山县人。医学学士,主治医师。