

临床技术操作规范

消化内镜学分册

中华医学会 编著



人民军医出版社

临床技术操作规范

消化内镜学分册

中华医学会 编 著



人民军医出版社

北 京

《临床技术操作规范》由中华人民共和国卫生部
卫办医发[2002]73号文件授权人民军医出版社独家出版

图书在版编目(CIP)数据

临床技术操作规范. 消化内镜学分册/中华医学会编著. 北京:人民军医出版社,2004. 10
ISBN 7-80194-169-1

I. 临… II. 中… III. ①临床医学—技术操作规程 ②消化系统疾病—内镜检—技术
操作规程 IV. R4-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 033216 号

策划编辑: 齐学进 陈琪福 加工编辑: 余满松 责任审读: 李 晨
姚 磊 王 敏
版式设计: 赫英华 封面设计: 吴朝洪 责任监印: 陈琪福
出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店
通信地址: 北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编: 100842
电话: (010)66882586(发行部)、51927290(总编室)
传真: (010)68222916(发行部)、66882583(办公室)
网址: [www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷: 三河市印务有限公司 装订: 春园装订厂
开本: 787mm×1092mm 1/16
印张: 7.125 字数: 119 千字
版次: 2004 年 10 月第 1 版 印次: 2004 年 10 月第 1 次印刷
印数: 00001~12000
定价: 25.00 元

无人民军医出版社图书环衬防伪水印和封底纹理防伪标识不得销售。版权所有,侵权必究。举报电话:51927290
(凡属质量问题请与本社联系,电话:(010)66882585、51927252)

内 容 提 要

本书系国家卫生部委托中华医学会消化内镜学分会组织全国著名专家集体编写的权威性技术操作规范。设 3 章, 分别对消化内镜的设备、消毒、麻醉、诊断、治疗等进行了系统的规范。每项操作均就适应证、禁忌证、术前准备、操作方法、注意事项和并发症等做了明确规定。内容全面, 科学实用, 简明扼要, 条理清晰, 对于规范消化内镜操作, 保障医疗安全, 提高诊断治疗水平有重要指导作用。适于消化内镜专业人员和医疗行政管理人员使用。

序

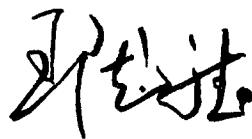
在卫生部的领导和财政部的支持下,由中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会组织 50 多个专科分会的数千名医学专家编写的《临床技术操作规范》问世了。作为一名卫生管理工作者和医务工作者,我感到由衷的高兴,并热烈祝贺我国《临床技术操作规范》的出版。

随着医学科学技术的飞速发展和人民群众对医疗卫生工作要求的不断提高,无论是卫生管理部门还是广大临床医务人员,都希望能有一部全国权威性的学术著作,指导和规范临床医务工作者的诊断、治疗、护理行为,使各级医疗机构的医务人员在日常医疗、护理工作中有章可循。《临床技术操作规范》第一版的出版,是我国临床医学发展史上的重要里程碑。

中华医学会人才荟萃,汇集了我国卫生界的医学专家和学术权威。多年来,中华医学会在开展学术交流、引导和推动学术发展、培养医学人才方面发挥了积极而重要的作用。由中华医学会牵头组织的数千名来自全国各地的专家中有老一辈的医学专家,有担当医疗、教学、科研重任的医学骨干,也有近年来崭露头角的后起之秀。他们集中了我国医学界老、中、青医务人员的智慧,汇集了广大临床医务工作者的宝贵经验。专家们的广泛参与和认真讨论,保证了《临床技术操作规范》的代表性和可操作性。《临床技术操作规范》的编写,可谓是一项浩大的工程。借此机会,我代表卫生部对中华医学会、中华口腔医学会、中华护理学会以及各位专家为编写《临床技术操作规范》付出的心血和努力表示衷心的感谢!

《临床技术操作规范》的出版必将极大地推进我国医疗工作科学化、规范化、法制化的进程。卫生部要求我国广大医务工作者在临床实践中认真贯彻执行该《规范》,为人民群众提供更高质量的临床医疗服务。

《临床技术操作规范》作为洋洋数百万字的医学巨著,第一版的问世难免存在不足之处。希望广大医务人员和医疗卫生管理工作者在《临床技术操作规范》的实践过程中,及时向中华医学会、中华口腔医学会和中华护理学会反映发现的问题。随着医学科学技术的发展,我们将对《规范》不断修订再版,使其日臻完善。



2003 年 9 月

序

由国家卫生部委托中华医学会组织编写的第一版《临床技术操作规范》面世了。这是我国医疗管理战线的一件大事,也是新形势下军地医疗界成功合作的重大成果。我谨向为本书出版工作付出大量心血与劳动的中华医学会和人民军医出版社,表示崇高的敬意和诚挚的谢意!

当前,医学科学技术迅猛发展,新理论、新技术、新方法不断在临床实践中得到广泛推广与应用。医学模式的转变,人口的老龄化和疾病谱的变化,带动了临床诊疗方式和医务人员执业行为的重大变革;《医疗事故处理条例》的颁布实施,对进一步规范临床技术操作提出了新的更高的要求。系统总结近年来医学科学发展的最新成果,科学规范医务人员的临床技术操作,是推动医疗卫生技术建设的前提,是新形势下提高医疗质量、确保医疗安全、防范医疗风险的重要举措,也是我军 50 多年医疗管理实践的成功总结。军队自 1962 年起,即开始正式组织出版《医疗护理技术操作常规》,到 1998 年,前后共修订推出四版。此举对于规范军队临床医护操作技术,提高医疗技术水平,减少与防范医疗事故与差错,都起到了极为重要的作用。

国家卫生部在总结借鉴军队成功做法的基础上,决定由中华医学会组织军地医学专家,共同编写统一的《临床技术操作规范》。这部新的《临床技术操作规范》,广泛吸收了军地医学科学发展的最新成果和成熟技术,系统总结了全国军地医学界医疗技术管理的成功经验,较好地兼顾了高新技术、成熟技术与实用技术的结合,充分体现了科学性、权威性、实用性的要求,能够适应军地各级各类医疗机构的需要。它既是一部指导临床操作的技术辞典,又是一部规范临床操作的标准用书。

我相信,随着该书的出版发行,对于规范军地广大医务人员的临床技术操作,提高医疗服务质量和医院管理水平,确保《医疗事故处理条例》的顺利实施,都将起到有力的推动作用。希望军队各级卫生管理部门和医疗机构以及全体卫生技术人员,要像过去 40 多年中贯彻执行军队《医疗护理技术操作常规》一样,下大力抓好《临床技术操作规范》的学习和贯彻落实,进一步促进医疗质量,提高服务水平,改进医疗作风,确保医疗安全,为广大伤病员提供更优质的服务,为军地卫生事业的繁荣发展做出新的更大的贡献。

总后卫生部部长

白书忠

2003 年 9 月

前 言

《临床技术操作规范》(以下简称《规范》)是建国以来我国第一部指导和规范全国临床医务人员诊断治疗行为的学术巨著。

当前,医学科学技术飞速发展,广大群众对医疗卫生服务的需求不断提高,给医疗卫生管理工作和临床医务工作提出了更高的要求。因此,提高卫生技术队伍整体素质,规范各级医疗机构和医务人员的执业行为已经成为一件刻不容缓的事情,势在必行;而《医疗事故处理条例》的实施又为《规范》赋予了新的内容。

《规范》的编写和出版旨在对临床医务人员的医疗、护理技术操作行为提出具体要求,使临床诊断、治疗、护理做到科学化、规范化、标准化;使医务人员的临床医疗工作有章可循、有据可依。此举,将有利于提高广大医务人员的综合素质;有利于提高医疗质量;有利于加强对医疗卫生工作的管理;有利于加速我国卫生事业的现代化进程;有利于广大人民群众的健康。

《规范》内容丰富,涵盖了临床各个学科,以科学性、权威性、指导性、可操作性为主旨,供全国各级医疗机构的医务人员在医疗实践中遵循。

在卫生部的领导下,从2001年开始,中华医学会牵头组织了中华口腔医学会、中华护理学会和中华医学会的56个与临床专业密切相关的专科分会的数千名专家,着手编写《临床技术操作规范》。为了高质量地完成卫生部委托的《规范》编写任务,各学会和专科分会都组织了本学科最强的专家阵容,其中有老一辈医学专家,有两院院士,有学科带头人,还有近年来崭露头角的中青年业务骨干。专家们认真贯彻“双百方针”,力求使《规范》既能反映我国医疗技术发展的水平,又结合全国各级医疗机构具体情况;既具有学术权威性,又具有可操作性。经过反复论证、反复征求意见、反复修改,完成了《规范》的编写和出版。

中华医学会组织这样大规模的《规范》编写工作,问题和不足在所难免,希望各级卫生管理部门和广大临床医务人员对《规范》在实施中发现的问题,及时反馈给我们,以便再版时修正,让《规范》能够更好地指导临床工作,促进我国医疗卫生事业的发展。

《规范》按学科以分册的形式陆续出版。

中华医学会
2003年9月

临床技术操作规范

领导小组名单

组 长	王陇德					
副组长	朱庆生	余 靖	黄洁夫	马晓伟	白书忠	傅 征
	宗淑杰					
成 员	杨 镜	曹泽毅	刘海林	肖梓仁	胡亚美	郭应禄
	王忠诚	王澍寰	汤钊猷	巴德年	吴孟超	吴咸中
	陈可冀	陆道培	史轶蘩	朱晓东	顾玉东	韩济生
	陈洪铎	高润霖	王正国	庄 辉	张震康	吴明江
	王海燕	李超林	钟南山	刘彤华	王春生	赵书贵

领导小组办公室

主 任	王 羽	赵书贵
副主任	张宗久	佟维训 赵明钢

临床技术操作规范

编辑委员会名单

名誉主任委员	吴阶平	韩启德				
主任委员	王陇德					
常务副主任委员	宗淑杰					
副主任委员	杨 镜	曹泽毅	刘海林	肖梓仁	胡亚美	郭应禄
	王忠诚	王澍寰	汤钊猷	巴德年	吴孟超	吴咸中
	陈可冀	陆道培	史轶蘩	朱晓东	顾玉东	韩济生
	陈洪铎	高润霖	黄洁夫	王正国	钟南山	庄 辉
	刘彤华	张震康	吴明江	王海燕	李超林	王春生
	赵书贵					
委 员	(以姓氏笔画为序)					
	于中麟	王正国	王忠诚	王海燕	王新房	丛玉隆
	朱晓东	朱积川	庄 辉	刘贵麟	江观玉	孙永华
	杜如昱	李 晶	李春海	杨伟炎	吴明辉	何晓琥
	邱贵兴	张乃鑫	张宏誉	张明园	张思仲	张惠霞
	张震康	陆道培	陈 新	陈可冀	陈明哲	陈洪铎
	陈振光	陈盛祖	陈清棠	罗 敏	罗爱伦	孟迅吾
	赵家良	赵瑞琳	钟南山	顾玉东	钱荣立	徐光炜
	殷蔚伯	高润霖	高景恒	郭应禄	唐福林	萧树东
	曹泽毅	戚可名	章咏棠	湛贻璞	斯崇文	韩济生
	端木宏谨	燕树林	戴建平			

编委会办公室

主 任	王 羽	赵书贵
副 主 任	张宗久	佟维训 赵明钢

临床技术操作规范·消化内镜学分册

编写说明

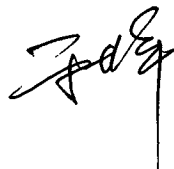
近年来,临床诊断方法取得了很大的进展,在安全性、准确性以及减轻创伤方面,都有了飞跃的进步,消化内镜是其中之一。计算机图像处理技术的进步使图像更加逼真清晰,并可以进行放大的动态观察,如同日常生活中看电视一样。超声三维图像的发展使采集图像立体化;胶囊内镜的出现使内镜的诊断范围进一步扩展至小肠。内镜检查过程中患者的痛苦将越来越少,目前,内镜检查正在推行无痛苦检查法。可以预言,在不久的将来,具有明显痛苦的检查方法必将逐渐被淘汰。诊断技术的进步,带来了治疗方法的进步,而且还在不断革新。近年消化内镜技术取得的进展,可以说达到了使过去的某些基本概念发生显著变化的程度。各单位也有很多技术上的改进和革新。但由于各医院内镜检查医师所接受的培训方式不尽相同,造成操作规范不统一。本次制定规范的目的之一是使基本操作技术达到一致,以利于专科医师的培养,且不影响各家的自我发展和特色。

规范中对消化内镜检查中心(室)内镜清洗消毒方面也提出了要求,有条件的医院应按此规范执行。

编写规范的专家们付出了大量的心血,消化内镜学会组织作者共同审定了书稿,对此深表感谢。书中不足之处,相信在今后的执行和发展中必定会得到不断的修订补充。

中华医学会
消化内镜学分会

主任委员



2004年4月22日

临床技术规范·消化内镜学分册

编著者名单

- 主 编** 于中麟 首都医科大学附属北京友谊医院 教授
中华消化内镜学分会 主任委员
- 副主编** 陆星华 北京协和医科大学协和医院 教授
中华消化内镜学分会 副主任委员
- 编 委** (以姓氏笔画为序)
- 王邦茂 教授 天津医科大学总医院
- 王孟春 教授 中国医科大学第二附属医院
- 令狐恩强 教授 解放军总医院
- 朱建新 教授 广州第一军医大学南方医院
常委 中华消化内镜学分会
- 刘 宾 教授 首都医科大学附属北京同仁医院
- 许国铭 教授 上海第二军医大学长海医院
副主任委员 中华消化内镜学分会
- 孙思予 教授 中国医科大学第二附属医院
- 李 文 主任 天津南开医院
- 李兆申 教授 上海第二军医大学长海医院
委员 秘书 中华消化内镜学分会
- 杨云生 教授 解放军总医院
- 岑 戎 主治医师 上海华东医院
- 汪鸿志 教授 解放军总医院
常委 中华消化内镜学分会
- 张庆瑜 教授 天津医科大学总医院
- 张齐联 教授 北京大学第一医院
副主任委员 中华消化内镜学分会
- 赵幼安 教授 山东大学齐鲁医院

	委员	中华消化内镜学分会
夏玉亭	教授	沈阳军区总医院
	副主任委员	中华消化内镜学分会
徐富星	教授	上海华东医院
	副主任委员	中华消化内镜学分会
黄迺侠	教授	天津医科大学总医院
	常委	中华消化内镜学分会

目 录

第 1 章 概论	(1)
第一节 消化内镜诊疗管理制度	(1)
第二节 消化内镜诊疗前知情告知与签字制度	(5)
第三节 无痛苦消化内镜的清醒镇静麻醉	(6)
第四节 消化内镜清洗、消毒	(8)
第 2 章 诊断内镜	(12)
第一节 上消化道内镜检查	(12)
第二节 胶囊内镜检查	(14)
第三节 乙状结肠镜检查	(16)
第四节 结肠镜检查	(18)
第五节 内镜逆行胰胆管造影检查(ERCP)	(20)
第六节 超声内镜检查	(25)
第七节 胆道镜检查	(27)
一、经口子母胆道镜检查	(27)
二、胆道镜检查	(28)
第八节 经口胰管镜检查	(31)
第九节 诊断性腹腔镜检查	(33)
第十节 急诊内镜检查	(36)
第十一节 术中内镜检查	(38)
第十二节 色素内镜检查	(39)
第十三节 老年人内镜检查	(42)
第十四节 推进式小肠镜检查	(44)
第 3 章 治疗内镜	(46)
第一节 非食管静脉曲张出血内镜治疗	(46)
一、上消化道出血紧急内镜检查和止血	(46)
二、下消化道出血紧急内镜检查和止血	(47)
第二节 食管、胃底静脉曲张及出血内镜治疗	(48)



第三节 消化道息肉内镜下治疗	(50)
第四节 黏膜切除活检及早期癌切除	(53)
第五节 消化道狭窄扩张及支架置入术	(54)
第六节 经内镜十二指肠乳头括约肌切开术	(58)
第七节 内镜下胆管引流术	(62)
一、内镜下鼻胆管引流术	(62)
二、内镜下胆管内引流术	(64)
第八节 内镜下胰管引流术	(66)
一、内镜下鼻胰管引流术	(66)
二、内镜下胰管支架引流术	(69)
第九节 内镜下胰管括约肌切开术及胰管取石术	(72)
一、内镜下胰管括约肌切开术	(72)
二、内镜下胰管取石术	(75)
第十节 内镜超声引导下胰腺假性囊肿引流术	(79)
第十一节 内镜超声引导下腹腔神经丛阻滞术	(81)
第十二节 上消化道异物内镜处理	(82)
第十三节 内镜下消化道恶性肿瘤的激光、微波、氩离子血浆凝固及 射频治疗	(85)
一、激光治疗	(85)
二、微波凝固治疗	(88)
三、氩离子凝固治疗	(89)
四、射频治疗	(90)
第十四节 经皮内镜下胃、空肠造口术	(91)
附:经皮内镜胃造口肠内置管术(PEGJ)	(94)
第十五节 内镜下贲门折叠术	(94)

第 1 章 概 论

第一节 消化内镜诊疗管理制度

一、内镜室的基本设置

(一) 人员配置

1. 医师

(1) 内镜室必须有专职医师负责日常工作,在科主任的领导下,全面负责内镜室的各项工作,并参加常规诊疗工作。专职医师须由主治医师以上人员担任。

(2) 内镜医师必须有坚实的临床基础,应在工作 3 年以上的住院医师中择优选拔,培训时间不少于 3 个月。从事治疗性内镜工作的医师,培训时间应适当延长。

(3) 内镜医师必须既有操作技能,又有丰富的临床及理论知识。在有条件的地区,可采取考核上岗制度。

2. 护士

(1) 内镜室应设有经过培训的专业护士,其护龄至少在 3 年以上。每个检查台应设置 1 名护士(按同一时间内开展的台数计算)。3 台以上的内镜室可设立护理组或配备护士长。

(2) 内镜室护士应经过专门技术培训,培训工作应在三级医院内进行,时间不短于 2 个月。在有条件的地区,可采取考核上岗制度。

3. 技术员

对工作量较大的内镜室,尤其是有 X 线设备的内镜室应配备技术员,技术员应有(或相当于)中专以上学历,经培训后上岗。

(二) 检查室

1. 每一检查室面积不小于 20m²,室内主要放置内镜检查设备与清洗消毒设

◇—

施。

2. 检查台数与内镜台数应与实际检查人数相适应,检查台过少必然会导致内镜消毒不严的后果。

3. 不允许将不同类型的内镜(如胃镜与气管镜)安排在同一检查室内进行。

4. 胃镜和肠镜检查原则上应分室进行。检查人数不多的单位可分不同时间段进行检查,但严格禁止在同一清洗槽内进行胃镜与肠镜的清洗与消毒。

5. 检查室应配有空调、相应的水电设施、稳压电源装置、吸引装置、供氧装置、抢救药品及设备。

(三)基本器械

1. 内镜数量 内镜室的内镜数量应与本院内镜检查人数相一致。根据国家卫生部有关内镜消毒的规定,每例内镜检查后,内镜清洗及消毒时间不得少于20min。医院应根据检查人数配置相应的内镜与检查台数,以保证内镜消毒质量。

2. 内镜的使用与报废制度 各内镜室应建立内镜档案卡,记录内镜购置时间、使用频度、检查人数及维修情况。对不能维修使用的内镜实行报废制度,性能不良的内镜不得用于临床检查。

3. 器械购置 对各类辅助器械与治疗器械,购置时须严格检查“三证”,未经医疗卫生行政部门批准的器械不得使用。

4. 其他器械 活检钳等器械应每例患者一把,消毒后可重复使用。有条件者可采用一次性活检钳,但一次性器械不得反复使用。

(四)其他辅助设施

各内镜室应配备足量的检查用品。包括:

1. 内镜检查用品 每一内镜检查台必须配有足够数量的弯盘、牙垫、治疗巾、敷料缸、纱布、各类镊子、过滤纸片、标本瓶、消毒手套、消毒用桶等。

2. 辅助器械 除内镜器械外,尚须有:吸引器、玻片、标本固定瓶、喷洒管、硬化剂注射针、生理盐水、各种规格的空针、超声清洗机等。

3. 消毒液 2%戊二醛、75%乙醇或离子水,必须使用经卫生部批准的内镜消毒液。

4. 急救药品与用品 可集中于1台急救药品车内,便于流动抢救,包括氧气、吸氧面罩、简易球囊呼吸器、复苏药物以及局部止血用药(如肾上腺素、去甲肾上腺素、冰盐水、凝血酶等)。对重危患者进行检查应有监护设备。

二、内镜室的建立与审批

1. 按国家卫生部规定,二、三级医院可成立内镜室。一级医院原则上不单独成立内镜室。

2. 医院成立内镜室,应先向所在地区卫生局申请备案(已成立的内镜室应补办申请手续),并提交下列材料:

- (1)内镜用房平面图;
- (2)内镜及相关器械清单;
- (3)内镜室医师、护士(技术员)学历证书、技术档案、从事内镜的经历与培训情况;
- (4)开展工作的项目与预计每周最大的工作量;
- (5)内镜清洗、消毒设备与性能。

3. 所在地区卫生局组织核实各医院的申请报告,符合条件的,发给内镜检查许可证。

4. 医院增设相同或不同类型的内镜室,均应向卫生主管部门报批;撤销内镜室时,应向审批单位备案。

三、内镜检查申请制度

1. 内镜检查必须严格执行申请、预约制度。申请医师必须认真填写内镜检查申请单及告知书。

2. 内镜检查前,必须对患者进行体检及规定的化验检查(如血清学肝炎指标),检测的有效期为6个月。

四、内镜检查后注意事项

1. 静脉麻醉者应留观至清醒为止,患者检查后不得驾车。
2. 向患者及家属说明检查结果,交代医疗上注意事项。
3. 术者应亲自过问病理检查结果,以便修正初步诊断,必要时可进行复查,或建议行其他检查,直至明确诊断为止。提倡首检负责制。
4. 治疗性内镜应书写规范的内镜治疗报告,开好术后医嘱。

五、并发症的预防和处理

无论是诊断内镜,还是治疗内镜,内镜操作均有发生并发症的可能,一旦发生,须积极处理,并真实保存原始记录与资料,保证后续鉴定工作进行顺利。

(一)并发症的预防

1. 下列人群,应作为预防并发症的重点:年龄 ≥ 65 岁;危重患者;伴有糖尿病、高血压或心、肝、肾疾病患者;凝血机制障碍者;疑难、复杂、有风险的内镜治疗。

2. 分级医疗负责制,即难度大的手术由上级医师担任;尚不能完全胜任的术者,必须在上级医师指导下进行操作,并应建立术前讨论制度。