

新闻出版总署“十一五”国家重点图书

“外科手术及有创操作——常见问题与对策”丛书

总主编 尹邦良 周胜华

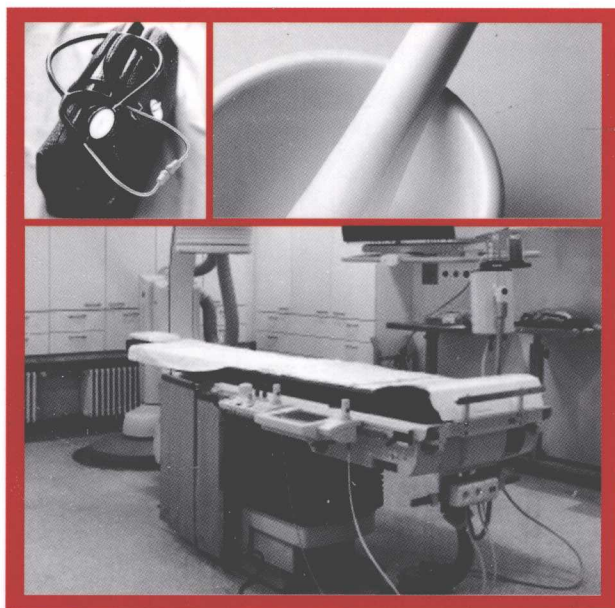
总主审 刘伏友

XIAOHUA NEIJING CAOZUO

CHANGJIAN WENTI YU DUICE

消化内镜操作 常见问题与对策

主 编◎霍继荣 欧大联 李清龙



军事医学科学出版社

消化内镜操作常见问题与对策

主 编 霍继荣 欧大联 李清龙

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内 容 提 要

本书是《外科手术及有创操作——常见问题与对策》系列丛书之一。全书共分3篇31章,详细介绍了消化内镜诊断术、消化内镜治疗术以及腹腔镜、胆道镜操作中常遇到的问题及对策。该书对提高消化内镜操作水平,减少其各种并发症的发生并降低其危害,提高手术成功率具有重要的参考价值。适合广大内镜医师参考阅读。

图书在版编目(CIP)数据

消化内镜操作常见问题与对策/霍继荣,欧大联,李清龙主编.

—北京:军事医学科学出版社,2010.3

(外科手术及有创操作——常见问题与对策)

ISBN 978-7-80245-131-5

I. ①消… II. ①霍… ②欧… ③李… III. ①消化系统疾病—
内窥镜检—基本知识 IV. ①R570.4

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第033351号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路27号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,63827166

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038,

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:北京冶金大业印刷有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:15.75

字 数:385千字

版 次:2010年4月第1版

印 次:2010年4月第1次

定 价:60.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《外科手术及有创操作——常见问题与对策》系列丛书
编委会名单

总 主 编 尹邦良 周胜华

总 主 审 刘伏友

副 总 主 编 皮执民 许 毅

编委会委员 (按姓氏笔画排列)

丁依玲 方小玲 方臻飞 王万春

王先成 王群伟 刘 虹 刘启明

朱小华 吴洪涛 张治平 李 李

李清龙 杨罗艳 周新民 胡建国

赵伯程 倪江东 唐罗生 常业恬

彭佑铭 蒋宇钢 霍继荣

秘 书 袁 军 王 兰

《消化内镜操作常见问题与对策》编委会

主 编 霍继荣 欧大联 李清龙

副主编 王群伟 刘 斌

编 者 (按姓氏笔画为序)

王永俊 王群伟 任剑珍

刘 斌 刘德良 李陈婕

李清龙 张 洁 欧大联

欧阳春晖 周会新 周雨迁

周鹤俊 袁伟建 郭永红

潘凯华 霍继荣

总 序

中南大学湘雅医学院创建于1914年,作为我国创办较早的一所西医高等学校,孙中山曾为她题写“学成致用”的勉词,毛泽东曾在此主编过《新湖南》周刊。昔日的“南湘雅”造就了张孝骞、汤飞凡、谢少文、李振翩等一大批在国内外有影响的医学专家,实可谓灿若星辰;而今日的湘雅人秉承“公勇勤慎、诚爱谦廉、求真求确、必邃必专”的院训和“如履薄冰、如临深渊”的行医理念,依旧在医学领域中不断求索和攀登。

外科手术及有创操作在科学技术和手段日新月异的今天,正在不断地拓展医学临床的应用领域,而凸显出的问题及并发症可说是层出不穷,对其预防和对策就更显重要。如何做到不失误或减少失误,即是医患双方共同关注的问题,更是对医务人员的严峻考验。为此,由中南大学湘雅二医院与军事医学科学出版社合作申报《外科手术及有创操作——常见问题与对策》系列丛书,并有幸立为国家新闻出版总署“十一五”期间国家重点图书出版规划项目。本丛书的作者均是长期从事各学科一线工作的医务人员,多是具有国际化视野的中青年才俊和学术功力深厚的知名专家。他们谙熟医学专业人员所需掌握的知识,同时注重跟踪学科前沿,致力于推动现代外科学的规范化。

《外科手术及有创操作——常见问题与对策》作为开放的、大型实用类型的参考书。丛书涉及范围广泛,共12个分册:《神经外科手术及有创操作常见问题与对策》、《整形美容·烧伤外科手术常见问题与对策》、《眼科手术及有创操作常见问题与对策》、《普外科常见诊断、操作失误及对策》、《妇产科手术及有创操作常见问题与对策》、《骨科手术及有创操作常见问题与对策》、《临床麻醉常见问题与对策》、《泌尿外科及有创操作常见问题与对策》、《透析疗法常见问题与对策》、《消化内镜操作常见问题与对策》、《心胸外科手术及有创操作常见问题与对策》和《心导管手术常见问题与对策》。就这套丛书而言,体现出了两个显著特点:一是提出常见问题,注重临床思维;二是研究对策,提高操作技巧。各分册主编尽可

能使该书内容理论与实践结合,重点突出,图文并茂,把本专科的外科手术及有创操作有关的并发症与失误的对策作系统介绍,奉献给同道,尤其是有志于增长知识的年青临床医师与研究生。

本套丛书历时两年有余,数易其稿,各分册各有不同,但都突显了该领域的特色。本丛书的出版,希望能为我国外科学发展和医疗质量的提高尽到一点绵薄之力,书中不到之处,敬请广大同仁批评斧正。



2009年4月14日于长沙岳麓山

前 言

自消化内镜出现以来,医学家们研制和应用了多种光学、电子、激光、共聚焦、胶囊内镜等,希望尽可能地窥见体内脏器的病变,以协助诊断和治疗。目前内镜技术的应用有了长足的发展,在诊断和治疗疾病时,操作者和助手以及其他工作人员,都能在监视器的直视下进行各种操作,使各方面的操作者都能配合默契,操作起来灵活、方便、安全,易于掌握。由于内镜镜身的细径化,在镜身插入体腔时,病人不适感降低。内镜 CCD 技术的应用,使像素比纤维内镜大大增加,图像更加清晰逼真,且有放大功能。内镜具有很高的分辨能力,它可以观察到胃肠道黏膜的微细及超微结构,故可以发现微小病变,达到早期发现、早期诊断、早期治疗的目的。电子内镜的视野宽阔,内镜前端的弯曲角度大,避免了盲区,因此,这也是提高诊断能力,避免漏诊的主要因素。随着内镜技术的不断发展,应用内镜可以直接观察消化道内腔病变,采取活体组织进行病理检查,并可将内镜所见拍照记录、储存,利于教学,利用通信线路将电子内镜图像传至远方,进行临床疾病的远程会诊。还可利用电视信息中心调整红、蓝、绿等不同颜色去观察不同的组织结构,得到组织的血流图,从而达到各种组织结构的最佳分辨能力。将超声探头装在内镜前端进行腔内超声探测,可对组织层次、周围组织观察更深。内镜技术最初只用于消化道疾病的诊断,随着科学技术的不断发展,内镜已日臻完善,已有各种直径、功能各异的内镜及辅助设备。内镜下的诊断技术和治疗技术均得到了迅猛的发展,内镜治疗也已广泛用于临床,消化内镜根据不同部位的需要,设计有食道镜、胃镜、十二指肠镜、小肠镜及结肠镜,最常用的是电子胃镜和结肠镜。除上述外,近年来迅速发展的专用消化道内镜有:母子镜、放大胃镜、手术胃镜、超声内镜、无线内镜、腹腔镜等,成为消化系统疾病的重要诊疗方法。自 20 世纪 70 年代起,在内镜监视下进行了多种介入治疗,不仅是消化道,还开展了肝、胆、胰疾病的诊断与治疗,目前消化内镜已发展成为一门独立学科。腹腔镜的发展分为诊断性腹腔镜时期、治疗性腹腔镜时期和现代外科腹腔镜时期。前两个时期是相互交叉发展的,而第三个阶段则是它们的统一。

总之,消化内镜在临床疾病的诊断、治疗和研究疾病的发病机制以及病理变化过程中,将会越来越多地发挥出它的巨大作用。由于内镜为一种操作性很强的技术,本书就消化内镜操作中常遇到的问题及处理对策进行重点阐述,以便为广大内镜医师提供参考,不足之处,敬请批评指正。

霍继荣

目 录

第一篇 消化内镜诊断术常见问题与对策

第一章 胃镜检查的常见问题与对策	(1)
第二章 胃镜疾病诊断中的常见问题与对策	(7)
第三章 结肠镜诊疗操作的常见问题与对策	(12)
第四章 结肠镜下诊断的常见问题与对策	(16)
第五章 小肠镜诊断操作的常见问题与对策	(21)
第一节 小肠的解剖和生理	(21)
第二节 小肠镜检查的适应证、禁忌证	(22)
第三节 小肠镜类型和检查法	(23)
第四节 常见并发症与对策	(26)
第六章 麻醉内镜检查术常见问题与对策	(30)
第七章 胶囊内镜检查操作常见问题与对策	(34)
第八章 超声内镜对上消化道疾病诊断中的常见问题与对策	(38)
第九章 经内镜进行胆、胰造影术的常见问题与对策	(44)
第十章 消化内镜常见故障与对策	(55)

第二篇 消化内镜治疗术常见问题与对策

第十一章 胃肠道息肉电切术的常见问题与对策	(57)
第十二章 上消化道异物取出术的常见问题与对策	(63)
第十三章 内镜下治疗非静脉曲张性上消化道出血的常见问题与对策	(67)
第十四章 内镜下治疗食管胃底静脉曲张出血的常见问题与对策	(70)
第一节 内镜下硬化治疗食管胃底静脉曲张出血的常见问题与对策	(70)
第二节 内镜下皮圈结扎治疗食管胃静脉曲张出血的常见问题与对策	(73)
第三节 胃底静脉曲张组织黏合剂注射治疗的常见问题与对策	(76)
第十五章 上消化道狭窄内镜治疗操作的常见问题与对策	(78)
第一节 扩张术	(78)
第二节 支架置放术	(84)
第三节 肉毒杆菌毒素注射术	(87)
第十六章 经皮内镜下胃、肠造瘘术的常见问题与对策	(89)
第十七章 内镜下十二指肠乳头括约肌切开术的常见问题与对策	(94)

第十八章	内镜下胆结石症的治疗常见问题与对策	(104)
第十九章	胆管引流术的常见问题与对策	(107)
第一节	内镜下鼻胆管外引流术的常见问题与对策	(107)
第二节	内镜下胆管塑料支架引流术的常见问题与对策	(110)
第三节	内镜下胆管金属支架引流术的常见问题与对策	(113)
第二十章	内镜下乳头括约肌气囊扩张术的常见问题与对策	(117)
第二十一章	内镜黏膜切除术与内镜黏膜剥离术的常见问题与对策	(120)

第三篇 腹腔镜、胆道镜操作常见问题与对策

第二十二章	腹腔镜手术共有问题与对策	(126)
第一节	概述	(126)
第二节	气腹常见问题与对策	(126)
第三节	穿刺常见问题与对策	(129)
第四节	腹腔镜手术的其他问题与对策	(132)
第二十三章	腹腔镜阑尾切除术的常见问题与对策	(136)
第二十四章	腹腔镜胆囊切除术的常见问题与对策	(146)
第二十五章	腹腔镜胆总管探查术的常见问题与对策	(155)
第二十六章	腹腔镜肝切除术的常见问题与对策	(162)
第二十七章	腹腔镜脾切除术的常见问题与对策	(173)
第二十八章	腹腔镜胃大部切除术的常见问题与对策	(186)
第二十九章	腹腔镜结直肠手术的常见问题与对策	(198)
第三十章	腹腔镜疝修补术的常见问题与对策	(217)
第三十一章	纤维胆道镜应用的常见问题与对策	(228)



第一篇 消化内镜诊断术 常见问题与对策

第一章 胃镜检查的常见问题与对策

胃镜检查包括食管、胃、十二指肠球部及十二指肠降段的检查,是消化内科疾病常见的诊断措施之一。胃镜检查虽然比较安全,但盲目操作仍可导致一些并发症的出现,如器械直接损伤;操作不慎,或适应证与禁忌证选择不当造成的咽部、气管、食管、胃和十二指肠的损伤,出现大出血、穿孔以及血肿、脓肿、气肿等。此外,胃镜检查操作可诱发心、肺、脑等器官的病变或造成原有病变的恶化,如心跳骤停、心肌梗死、心律失常、气胸、吸入性肺炎和脑血管意外等。还可出现机体异常反应,多系药物反应和麻醉意外,少数情况为精神神经反应,如患者受检时虚脱、癔病发作等。一般有咽部损伤、下颌关节脱臼、喉头痉挛、癔症等。严重并发症有心肺意外、出血、穿孔等。据统计,并发症发生率平均为2‰,死亡率为0.6‰。现将胃镜检查操作中常见的问题及相应处理对策,并结合我们的临床经验分述如下。

一、心脑血管意外

(一)产生本并发症的可能诱因

食管距切牙26~27 cm,由于主动脉弓从左侧压迫,左主支气管从左前方压迫,形成了第二生理狭窄部。有时,可在这个部位见到心脏的搏动;对于部分心血管疾病患者,可因扩大的心脏压迫食管而造成食管中段狭窄。胃镜插入时的机械性刺激、迷走神经张力的改变或过度注气使冠状动脉血流量减少等,都可影响到心脏的正常功能。老年人或原有心、肺、脑病变者,可诱发心肌梗死,甚至心跳骤停或脑血管意外。心电图可出现暂短的心律失常、ST段和T波改变。

值得注意的是:设备漏电、触电亦可引起致命性心律失常。所以,在常规的内镜操作程序之外,还要对设备进行严格的检修管理。



(二) 对策

1. 对心血管病患者应严格掌握检查适应证,做好心电监护,缩短检查时间。

2. 对血压过高和心电图提示有明显缺血改变者,应暂缓检查。

3. 腹痛较为剧烈的老年患者,有高血压病史者,尚须排除腹主动脉瘤。曾有一例腹痛查因的患者,在完成胃镜检查后约半小时突发死亡,事后尸体解剖证实为腹主动脉瘤破裂。还有一例56岁女性患者,因上腹痛2d,较剧,在急诊室留观,血压、心电图正常,遂行胃镜检查,胃镜未见明显异常,在退镜时患者却出现心跳骤停,经抢救无效死亡。因此,对于急性腹痛较剧的患者,尽管血压、心电图正常,还需排除肝胆胰疾病及夹层动脉瘤后才可行胃镜检查,如果怀疑是胃十二指肠疾病可先予抑酸、护胃药物。

4. 检查过程中应避免过度注气;镜身经口腔到达十二指肠的过程须缓和,动作轻柔,避免患者剧烈呕吐而导致反射性血压增高。

5. 检查过程中若出现胸痛、呼吸困难等症状,必须立即中止检查,监测生命体征,检查神志及心电图,一旦疑诊心肌梗死或脑血管意外,须立即护送到监护病房抢救。

二、器械损伤

(一) 上消化道管壁的擦伤

擦伤是指消化管道黏膜或深层的机械性损伤,但尚未引起穿孔。容易被内镜擦伤的常见部位为咽喉部、食管贲门交界区、胃体上段后壁及小弯侧、胃窦大弯、幽门口、十二指肠球部前壁。多由患者剧烈呕吐,盲目进镜或操作的动作粗暴导致。擦伤后可引起出血。

处理对策:避免盲目粗暴进镜;一旦发生擦伤,引起出血,出血量不大通常不需要特殊处理,有症状者可用抑酸药及胃黏膜保护剂。

(二) 上消化道穿孔

1. 容易穿孔的部位或病变

(1) 梨状窝:梨状窝的壁很薄,一旦损伤,很容易穿孔。术后患者颈部及锁骨上区可出现皮下气肿。

(2) 食管:食管中下段(横膈上2~3cm处)是最常见的穿孔部位。食管入口部下方的后壁,最外层的外纵肌缺乏,也是容易穿孔的部位,通过时要特别注意。

(3) 胃体上段后壁及小弯侧:该部位突向胃腔内,特别是瀑布型胃的患者。操作不当如盲目进镜、动作粗暴时,容易导致穿孔。

(4) 憩室:误入憩室底部、过度注气或粗暴操作时容易发生原有憩室穿孔。

(5) 溃疡性病变:盲目进镜、动作粗暴、过度注气以及反转观察法容易导致穿透性溃疡或癌性溃疡穿孔。活检时取材过深,特别是在溃疡底部夹取组织时都容易导致穿孔的发生。

(6) 老年食管:老年人食管黏膜脆弱,反应低下,插镜时如过于粗暴,可致食管穿孔。

(7) 腹部手术后肠粘连:肠粘连的患者,注气过多时,有可能发生肠梗阻,重则可致肠穿孔。

2. 产生该并发症的可能诱因 穿孔的发生多与原有基础病变,加上适应证、禁忌证掌握不严格,以及操作者操作不当有关,如盲目进镜、动作粗暴、过度注气、活检部位不当或过度活检。在深大溃疡底部活检或同一部位重复活检时可能导致穿孔的发生。注气过多,腔内压力过高而引起凹陷性病变处穿孔,是十二指肠穿孔的常见原因。此外,内镜治疗中电凝时间过长也容



易造成局部组织坏死而致穿孔。

3. 对策

(1) 注意患者体位:患者的头部不宜过度后仰,以免颈椎前凸明显,咽喉部狭窄,内镜插入时受阻。

(2) 进镜方式正确:内镜多次使用后,前端成一自然弯曲。因此,插镜前应先作调整,保证内镜沿正中方向插入,切勿偏斜,否则易插入梨状隐窝内。插镜过程中如遇阻力,应及时调整内镜的方向。

(3) 切忌动作粗暴:通过咽喉部时,除了头部过度后仰造成咽喉部更加狭窄,进镜会有阻力外,有时内镜前端也可落入梨状隐窝内,这时如进镜动作用力过猛可造成损伤,甚至穿孔。此外,退镜时,一定要先解除胃镜前端的角度,以免退镜过程中弯曲的镜身勾拉而损伤局部黏膜,甚至导致穿孔。

(4) 避免盲目进镜:胃镜检查过程中,任何位置进镜遇阻力感都应稍将镜身退回,观察清楚,调整镜身方向后再进镜。切记不能用过度注气的方式来寻找进路。

(5) 适度注气:通常胃镜过程中难以估计注入气体的总量。孟祥中在《内镜术与胃肠疾病》一书中推荐的判断方法是以“胃角处黏膜皱襞刚刚展开”为适宜。此方法临床比较实用。

(6) 慎重活检:原则上十二指肠球部溃疡尽可能少活检或不活检。溃疡性病变的活检应取溃疡内侧缘而不是底部,恶性溃疡则取其结节状增生的部位。

(7) 掌握内镜治疗的分寸:息肉电凝电切时,电流强度要适当,宜采用最佳电凝指数及电切指数。

胃镜检查虽痛苦但没有腹痛症状。若检查过程中出现腹部剧烈疼痛时,要警惕上消化道穿孔,必须立即中止检查。穿孔一旦发生应及时诊断和救治,否则可危及生命。

食管穿孔是最严重的并发症,当时可无任何症状。对于胃镜检查术后出现纵隔气肿、皮下气肿的患者,要考虑食管穿孔的可能性。穿破胸膜腔者,可引起气胸或脓胸,患者可出现呼吸困难、吞咽困难、胸痛、高热甚至休克。

胃穿孔多发生在胃体上部后壁或小弯侧。初起也可无明显症状,但气腹逐渐形成的腹胀会使患者难以忍受。此时如发现继续注气不能扩展胃腔,肝浊音界消失,膈下有游离气体,可确定穿孔。一旦诊断为穿孔,小的穿孔如能在内镜下用钛夹等处理,可行严格禁食、抗酸、抗感染保守治疗;较大的穿孔,应立即行外科手术救治。

三、出 血

以胃出血居多。出血量因造成出血的原因不同而不等,通常可在内镜下及时止血治疗而缓解,如累及血管所致大出血有时可危及生命。

(一) 引起出血的常见原因

1. 器械损伤

(1) 原有食管、胃病变,黏膜高度水肿、糜烂、渗出,操作时易导致损伤。

(2) 操作者手法生疏、动作粗暴。

2. 活检 活检是上消化道内镜诊断过程中较为常见的出血原因。多由于以下因素所致:

(1) 活检时损伤黏膜内血管。

(2) 误将曲张静脉或恒径动脉等病变活检引起大出血。



3. 内镜治疗并发症 黏膜病变行高频电凝电切术中或术后,止血不充分或止血失败。

4. 剧烈呕吐 胃镜检查过程中,患者剧烈恶心、呕吐致使黏膜撕裂。

(二) 对策

1. 检查前常规了解患者基本病史 对肝病和凝血机制障碍患者,活检应颇为慎重。有全身出血倾向的患者尽可能避免活检。

2. 检查中仔细判断病变性质 对于搏动性的病变、食管或胃底部表面光滑的黏膜隆起可用活检钳头端触压检查,如病变受压可塌陷,不能排除血管性病变时,建议暂缓活检,可改用超声内镜明确病变性质;无超声内镜时,可选取钡餐检查或治疗后复查。病变周围如可透见血管或有血管搏动,应尽量避免。对于胃底部浅小糜烂,必要时尽可能选择治疗后复查,避免将恒径动脉误当作糜烂而错取,否则可能危及患者生命。

3. 内镜诊疗操作须轻巧熟练 上消化道内镜诊断及治疗过程中,造成出血和穿孔的原因之一同属动作粗暴、内镜损伤黏膜,因此二者的常见发生部位也多有类似,如咽后壁食管入口处、食管下段及贲门、十二指肠球部前壁等。操作中应注意以下事项:

(1) 进镜时,尽量避免在咽喉部反复进退管寻找食管入口,这样损伤咽喉部的机会更大。无肝硬化病史的被检查者,内镜通过咽喉部时,可以短距离盲进;通过咽喉部后,适当注入气体,这时大多可以看到展开的食管腔。

(2) 疑有食管静脉曲张患者,从食管入口部开始就必须在直视下操作内镜。看到有曲张的食管静脉,应充分扩张食管内腔,使内镜保持在食管内腔中央。绝对不可盲进,避免擦伤出血。

(3) 对止血后不久的病例进行检查时,有时可造成再出血。要留意保护白色纤维索性血栓闭锁的止血部位,不宜过度送气,否则也会破坏这种血栓,造成再出血。

上消化道内镜诊疗操作过程中发生的出血,罕见大出血。少量渗血,无须特殊处理。出血稍多时,可采用抽吸胃内气体的方法,促使黏膜收缩而迅速止血。偶尔有较严重的出血时,可通过胃镜活检通道插入喷洒塑料管,对准出血部位喷洒止血药物,例如10%的孟氏液10 ml,或含有去甲肾上腺素4 mg的生理盐水20 ml,都可达到迅速止血的目的。硬化剂和钛夹对血管性大量出血仍不失为及时、有效的方法。内科治疗无效而依靠外科手术治疗的情况极少。

四、感 染

(一) 常见感染及发生原因

1. 咽部外伤感染 多由于盲目进镜以及动作粗暴造成。

2. 吸入性肺炎 咽部麻醉后,口内分泌物或反流的胃内容物、血液极易进入到气管内,引起吸入性肺炎。无痛胃镜采用静脉麻醉,尤其容易发生。

3. 一过性菌血症 主要发生在做活检后的患者。国外有二尖瓣狭窄患者内窥镜检查后发生细菌性心内膜炎的报道,但未见有败血症发生的报道。

4. 医源性乙型肝炎 乙型肝炎患者及病毒携带者进行胃镜检查时,如果消毒不严格,极有可能造成其他患者感染。

5. 化脓性胆管炎及胰腺炎 逆行胰胆管造影后可并发此症。

(二) 对策

1. 严格执行内镜消毒管理规定,防止交叉感染。



2. 对有心瓣膜病变患者,术前可常规预防性应用抗生素。对内镜逆行胰胆管造影显影的病例,亦有人主张应用抗生素。

3. 检查前必须详细了解是否进食进水以及有关病史。幽门梗阻及食管贲门失弛缓的患者,检查前须适当延长禁食时间,必要时催吐或洗胃,尽可能将潴留的胃内容排空,以免呕吐时误入气管,导致吸入性肺炎的发生。

4. 急性病毒性肝炎患者及乙型肝炎表面抗原阳性的患者,尽可能避免检查;有条件可备内镜检查,检查后亦应严格消毒,防止传播。

5. 规范操作,动作轻巧熟练。

五、麻醉意外及术前药物的副反应

(一) 常见发生的原因

1. 麻醉意外的主要症状为施用麻醉药后 1~2 min 内出现头晕、恶心、头痛、手指麻木感等症状,重症者可出现呼吸困难、血压下降。用地卡因作表面麻醉出现麻醉意外的情况比利多卡因常见。

2. 地西洋静注过快可引起低血压和呼吸窒息。

3. 阿托品可引起排尿困难等。

(二) 对策

1. 术前应询问药物过敏史并作记录。

2. 咽部麻醉时可分次进行,第一次剂量宜小,无反应者再次喷雾。

3. 检查室应常备抗过敏和抗休克的急救药品。

六、下颌关节脱臼和腮腺肿胀

内镜检查时须处于张口状态,有习惯性下颌关节脱臼的患者术中常容易诱发。如有发生,可用手法复位。

插镜时的机械性刺激可导致颌下腺及腮腺分泌大量唾液,短时间内不能完全排泄,使得腮腺或颌下腺肿胀。通常能自行消退,无须特殊处理。

七、拔镜困难

拔镜困难多见于高位反转时,内镜软管部在胃内极度打弯,或滑入食管裂孔疝之疝囊中,或发生于胃扭转情况下。

遇拔镜困难时,切勿使用暴力,先将胃内空气尽量抽净,以恢复胃壁弹性,然后试探着将胃镜镜身退出。此法如行不通,则应在 X 线透视协助下,明确内镜打弯方向,充分利用调节弯角钮及嘱患者作呼吸运动,排除弯曲后小心退出内镜。

八、喉头痉挛

(一) 导致喉头痉挛的原因

1. 插镜时被检查者过度紧张,呼吸配合不正确。

2. 被检查者在胃镜操作过程中吞咽口水导致呛咳,或者痰涎及胃内容反流至气管所致。

3. 操作医师误将胃镜插入气管。



以上任何一种原因都可出现阻塞性呼吸困难,导致喉头痉挛或支气管痉挛,出现烦躁及发绀。

(二)对策

1. 检查前应适当安抚情绪紧张的被检查者,交代注意事项,简单告知配合方式,如在进镜时遵从医师嘱咐,做吞咽动作以利胃镜顺利通过咽部;此后的检查过程中,口水不能再下咽;经鼻腔呼气,尽可能放松咽喉部。

2. 一旦发生喉头痉挛,应立即中止检查,放松休息,一般能自动缓解,必要时吸氧。

九、癔症发作

被检查者过度紧张可诱发原有癔症发作。术前给予被检查者适当安慰和交代过注意事项则不易发生。通常不须特殊处理。

十、假性急腹症

(一)出现假性急腹症的可能原因

1. 肠内压增高或肠痉挛 多发生在上消化道内镜操作过程中注气过多的情况下。特别是腹部手术后有肠粘连的患者以及贲门失弛缓的患者注气过多,在检查完成后可能出现较剧烈的腹痛,有时需要和急性穿孔相鉴别。体检腹部有无腹膜刺激征、肝界是否消失是最简单有效的方法,必要时腹部透视检查膈下有无游离气体。

2. 非穿孔性气腹 若检查过程中操作者大量注气,可导致肠腔内压增高,形成肠壁内积气;在压力过高的情况下,气体还能穿过浆膜层,造成非穿孔性气腹。

(二)对策

出现假性急腹症的根本原因是操作过程中注气过多,故掌握好注气量的多少是主要的对策。但实际操作中,往往无法估计准确的注气量,建议有选择、有目的地注气。如食管的检查主要在退镜时观察,进镜时仅少量注气。能看清管腔即可,除非食管静脉有曲张时需要大量注气以充分展开食管腔,避免镜身与曲张静脉产生摩擦而诱发大出血。进入贲门后适当注气,看到胃体的纵形皱襞后即可循腔进镜。观察胃底穹窿部时注气量可较大,最多可达到1 000 ml。十二指肠球部可适当注气观察。不论在哪个部位检查,完毕后均应适当抽吸胃内空气。在内镜检查完毕,镜身退出至贲门时,再次抽出多余的气体。如此操作,患者检查后罕有胃胀、胃痛等不适。



第二章 胃镜疾病诊断中的常见问题与对策

一、容易导致疾病诊断漏诊、误诊的常见问题

(一) 操作过程导致观察失误的因素

1. 患者不耐受。由于患者不能够耐受内镜检查而剧烈呕吐时,难以仔细观察黏膜病变,有时会导致漏诊或误诊。
2. 胃十二指肠痉挛或蠕动过快。此时,观察病变较难,皱襞间的病变尤其容易漏诊。
3. 重度贫血。导致胃黏膜苍白,与覆盖薄白苔的表浅溃疡性病变分界不清,容易漏诊或误诊。早期黏膜病变更加难以辨认。
4. 患者胃内潴留食物残渣过多,影响观察。

(二) 诊断过程导致判断失误的因素

1. 活检取材的常见问题

(1) 位置偏移:由于前视型内镜不能正面观察食管、胃体小弯及后壁的病变。活检时,钳子往往是斜对目标,容易滑脱,加上呼吸、胃蠕动、食管蠕动等影响,较难命中目标,所取组织可能为病变外周组织或是夹取组织物过小。此外,第一块组织活检后,渗出的血将病变掩盖,致使再次活检取材的位置发生偏移。

(2) 深度不够:黏膜下病变、浸润型胃癌的患者,病变位置深,如果活检限于表面,往往取不到阳性病理标本。

(3) 取材不全:息肉样病变活检时,取材如果局限于顶部或底部,都有可能漏检恶变的息肉组织。

2. 病变定位的常见问题 见于胃十二指肠巨大溃疡致使上消化道内腔狭窄变形时,胃十二指肠内正常结构不能辨认,容易将胃窦病变误诊为十二指肠球部溃疡。

二、如何提高诊断符合率

(一) 细致观察

1. 上消化道内镜操作过程中容易漏诊的几个部位

(1) 食管入口:食管入口部由于轮状咽头肌的作用,通常是闭锁的,内镜不易停留仔细观察,有时需要反复几次才能看清病变。

(2) 胃体小弯及后壁:一般来说,直视型胃镜对胃体中下部的小弯和后壁的正面观察较困难,较易漏掉病灶,必须留心观察。

(3) 胃底贲门内口:贲门内口处病变,尤其是早期贲门癌,正面观察有时看不到明显病变,需要高位倒转。

(4) 十二指肠球部幽门缘:内镜进入十二指肠球部后,直接看到的常常是小弯或前壁,而