

胶囊内镜在消化道疾病中的应用

郭桂华,尹淑新,周新颖,唐立伟,赵 侠
(迁安市人民医院,河北迁安 064400)

摘要:目的 探讨胶囊内镜对消化道疾病的诊断价值。方法 对 45 例消化道疾病患者及健康查体者行胶囊内镜检查。结果 胶囊内镜显示病变 38 例(84.4%),其中小肠血管畸形 18 例,克罗恩病 3 例,小肠良性狭窄 1 例,增生性病变 1 例,胃肠息肉 6 例,末端回肠炎 2 例,小肠肿瘤 2 例,十二指肠溃疡 3 例,胆汁反流性胃炎 2 例;7 例无阳性发现。检查过程中患者无不适及并发症。结论 胶囊内镜对胃及小肠病变检出率高,可作为不明原因消化道出血或长期腹泻、腹痛患者的常规检查。

关键词:胶囊内镜;消化系统疾病

中图分类号:R57 文献标志码:B 文章编号:1002-266X(2009)21-0062-02

研究显示,胶囊内镜具有易吞服、无痛苦、图像清晰、检查范围广、无创等优点。为探讨胶囊内镜对消化道疾病的诊断价值,2007 年 1 月~2008 年 12 月,我院对 42 例消化道疾病患者及 3 例健康查体者进行了胶囊内镜检查。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 45 例受检者中,男 28 例、女 17 例,年龄 10~75 岁、平均 48 岁。临床表现为不明原因消化道出血 27 例,腹痛、腹泻 10 例,消瘦 4 例,间断不全梗阻 1 例;健康体检 3 例。受检者中无孕妇及婴幼儿,无器质性梗阻、肠道瘘管及安装起搏器者。

1.2 检查方法 检查前 1~2 d 受检者进无渣饮食;检查前 1 d 晚 8 时禁食,口服聚乙二醇电解质散剂 2 袋加水 3 000 ml 清洁肠道;检查当日早 8 时空腹,用以色列 Given 影像公司产胶囊内镜行小肠检查。胶囊内镜包括 M2A 胶囊内镜、无线接受记录仪及工作站三部分。将接收芯片贴于受检者受检部位皮肤上,系好带有记录仪的皮带,然后吞服 M2A 胶囊。对侧重检查胃者,在其平卧后逐渐抬高床头,反复翻身;侧重检查小肠者让其站立后吞服 M2A 胶囊;服胶囊后 2 h 可进水,4 h 后可进少许流食。服胶囊期间嘱受检者远离磁场、电场,观察记录仪,指示灯闪烁表明仪器工作正常。受检者服胶囊后借助吞咽及胃肠道蠕动向下推进,并将获取的视频信号传输至随身携带的传感器上,6~8 h 胶囊随粪便排出体外,检查结束。

2 结果

本组患者中 M2A 胶囊排出体外时间为 12 h~4 d; M2A 胶囊在胃内滞留时间 8~50 min、平均 38

min,在小肠滞留时间 135~512 min、平均 326 min。胶囊内镜检查发现病变 38 例(84.4%),其中胃及小肠息肉 6 例,十二指肠溃疡及克罗恩病各 3 例,胆汁反流性胃炎 2 例,小肠血管畸形 18 例,末端回肠炎及小肠肿瘤各 2 例,小肠良性狭窄及增生性病变各 1 例;无阳性发现 7 例。38 例有病变者中,小肠病变 34 例(75.6%),其中小肠活动性出血 8 例(占消化道出血患者的 18%)。

3 讨论

胶囊内镜为第 4 代消化内镜,具有图像清晰、患者无痛苦等特点,其诊断不明原因消化道出血、腹痛、腹泻的敏感性和准确性较高,已成为公认的小肠疾病诊断首选方法^[1]。Gupta 等^[2]研究表明,胶囊内镜对小肠病变的敏感性达 79%,特异性达 92%,与小肠内镜检查类似,且患者无痛苦。但小肠内镜对小肠病变的发现率仅为 28%~30%^[3],且检查时患者痛苦大,有时需在麻醉下进行。因此,胶囊内镜日益受到临床重视。

本组结果显示,胶囊内镜检出消化道疾病的阳性率为 84.4%,与文献报道一致^[4];其对不明原因消化道出血的诊断率高达 74.0%(20/27),出血原因主要为血管畸形,其次为小肠肿瘤;不明原因腹痛、腹泻患者中克罗恩病占 21.5%(3/14),说明慢性腹痛、腹泻与克罗恩病密切相关。梗阻是胶囊内镜检查的禁忌,本组 1 例患者反复发作不全梗阻,经胃、肠镜检查均无异常,而行胶囊内镜检查显示小肠节段性良性狭窄。因此,除完全梗阻外,在严格掌握患者病情情况下,不全梗阻是可以行胶囊内镜检查的。研究表明,胶囊内镜检查也适用于老年人及儿童。本组 28 例老年患者均顺利完成胶囊内镜检查;

10、15 岁患儿各 1 例均自己吞服胶囊,且无不适。因此认为,对小肠疾病患儿,只要其能自己吞服胶囊即可行胶囊内镜检查。

Carey 等^[5]报道,胶囊内镜检查安全,并发症少见,主要为胶囊嵌顿、胃腔内滞留及排出延迟。因此,术前必须严格掌握适应证,胃动力障碍患者必要时可服用吗叮啉。本组 1 例患者胶囊排出延迟,口服促动力剂导泻、灌肠后排出体外,追问病史发现其有便秘史。

总之,胶囊内镜是一种安全、无创、无放射性检查,可作为不明原因消化道出血或腹泻、腹痛患者的常规检查手段。但其尚存在图像随机摄取,不能人为控制,仍有一定的盲区;诊断敏感性有赖于肠腔的清洁度,有一定漏诊率;不能准确定位取活检、观察全结肠;费用较贵等问题。因此,临床尚未普及。

参考文献:

[1] Rosch T. Small-bowel endoscopy[J]. Endoscopy, 2002,34(2): 896-899.

[2] Gupta R, Reddy DN. Capsule endoscopy current status in obscure gastrointestinal bleeding[J]. World J Gastroenterol, 2007,13(34): 4551-4553.

[3] 郭永红,王海琴,龙利民,等.胶囊内镜对老年人不明原因消化道出血诊断的初步探讨[J].医学临床,2007,24(2):277-278.

[4] Hartman D, Schmidt H, Schilling D, et al. Follow-up of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy and intraoperative endoscopy [J]. Hepatogastroenterology, 2007, 54(75):786-783.

[5] Carey EJ, Heigh RI, Fleischer DE. Endoscopic capsule endoscopy delivery for patients with dysphagia, anatomical abnormalities, or gastroparesis[J]. Gastrointest Endosc, 2004,59(3):423-426.

(收稿日期:2009-02-18)

· 护理园地 ·

旋髂深血管蒂髂骨瓣植入术治疗股骨头缺血性坏死的围术期护理

杨 晖,秦 芳,张守云

(日照市人民医院,山东日照 276800)

1993 年 12 月~2007 年 10 月,我院应用旋髂深血管蒂髂骨瓣植入术治疗股骨头缺血性坏死患者 121 例,经围术期护理配合,收到满意疗效。现将护理体会报告如下。

临床资料:本组 121 例患者中,男 77 例、女 44 例,年龄 25~62(48.5±9.8)岁。病因为外伤 69 例,应用激素 31 例,大量饮酒 15 例,原因不明 6 例。术后切口均一期愈合;平均随访 48.9 个月,失访 8 例(术后 1 a 死亡 3 例),治愈 84 例,好转 29 例;均未发生并发症。

护理:①术前护理:a. 心理护理:护士应充分了解患者的病因、临床表现、既往史、家庭情况和情绪状况等,针对具体情况与其交谈,解释股骨头坏死的病因、病理、治疗和预后,使其树立战胜疾病的信心。由于患者对手术的疗效和安全性缺乏了解,对手术效果抱有疑虑,故应针对其心理,用通俗的语言讲解手术原理、方法,并向其介绍手术疗效较满意的病例,以消除其恐惧、疑虑心理,在最佳状态下接受手术。b. 饮食护理:适当进食高热量、高蛋白、粗纤维、富含多种维生素的易消化饮食,鼓励患者多饮水,保持大便通畅。对营养不良或有水电解质、酸碱平衡紊乱的患者,术前给予相应治疗。c. 皮牵引护理:有效皮牵引可松弛髋关节周围组织,减少术中出血。术前患肢需行皮牵引 2 周,牵引时注意使躯干、骨盆、患肢在同一轴线,保持有效皮牵引,重量适宜,不可

随意加减。注意观察牵引处皮肤色泽、温度、动脉搏动情况,防止出现压疮。②术后护理:a. 病情观察:术后 1~2 d 密切观察患者的病情变化,监测其血压、脉搏、呼吸并做好记录;观察患肢的末梢血液循环、感觉及运动情况;观察伤口引流管通畅情况及其引流量、色泽,伤口渗血量;维持有效的静脉通道,及时补液或输血,注意输液速度,以防发生心衰或肺水肿。b. 体位护理:术后患者须严格仰卧位,患肢于外展中立位,穿矫正鞋,并行持续皮牵引固定;避免患肢外旋或过度外展,以免使血管张力增高,造成血运障碍,导致骨瓣坏死;避免侧卧位和髋关节内收位,以免发生髋关节脱位。c. 疼痛的护理:疼痛可使患者产生紧张和焦虑情绪,诱发血管痉挛,影响移植髂骨瓣的供血。因此,应向其讲述疼痛的性质及规律,给予其心理上的支持和安慰,必要时给予适当的止痛药物并观察其疗效。d. 功能锻炼:术后 1 d 可做踝关节背屈和跖屈,1 周后行屈髋锻炼,3 周后坐在床边做膝部屈伸运动。术后 4~6 周指导患者借助下肢功能康复器进行髋膝关节被动活动,也可由他人辅助被动活动。6 周后扶双拐下地,保持患肢外展,拄拐时与肩同宽,双拐距足前半步呈三角形支撑,使身体重心在双拐与双下肢的合力线内;锻炼时嘱患者患肢不得负重,以防股骨头塌陷;注意保护患者,以防其摔倒。3 个月后经负重;此后行 X 线检查决定负重情况。e. 长期卧床致并发症的护理:由于患者术后长时间卧床,活动少,易出现压疮、深静脉血栓形成、肺部及泌尿系感染,故应做好预防护理。如按时翻身、叩背作扩胸运动,鼓励患者深呼吸及有效咳嗽,必要时行雾化吸入,以防发生肺部感染;嘱其多饮水;加强会阴部及尿管护理,以防尿路感染;按时协助患者翻身,按摩皮肤,骨突处(内外踝部、骶尾部等)加垫软枕,保持床铺清洁干燥、平整、无渣屑,污染后及时更换,以防发生压疮;遵医嘱应用抗凝药物,主动及被动锻炼肢体功能,以防发生深静脉血栓形成。