

# 肠镜检查前怎样做好准备

□田桂平

肠镜检查是一种广泛应用于诊断和治疗肠道疾病的内窥镜技术,是经肛门将肠镜腔镜插入至回盲部,从黏膜侧观察结肠病变的检查方法。通过肠镜检查,医生可以直接观察肠道内部的情况,发现肠道出血、溃疡、息肉、肿瘤等病变。肠镜检查在早期发现肠道疾病、预防结肠癌等方面具有重要价值。

## 肠镜检查的重要性

肠道疾病的早期发现:肠镜检查可以检测出肠道炎症、息肉、溃疡等病变,有助于及时发现并治疗肠道疾病,避免病情恶化。

早期诊断和预防癌症:结直肠癌是世界上发病率较高的恶性肿瘤之一;肠镜检查可以发现肠道的癌前病变,及时进行治疗,降低癌症发生的风险。

## 肠道准备的目的

肠道准备是肠镜检查的关键环节,其目的是清空肠道,确保检查顺利进行,提高检查准确性,同时减少患者检查过程中的不适。

1. 清空肠道 肠道内的残留物会影响医生观察肠道内部的情况,肠道准备可以清除肠道内的粪便和其他残留物,使肠道内部清洁,有利于肠镜检查的顺利进行。

2. 提高检查准确性 肠道准备可以减少肠道内的气体和液体,有助于肠道的展开,便于医生观察肠道内部结构,提高检查的准确性。

3. 减少患者检查不适 肠道准备可以缓解肠道内的压力,减少患者检查过程中的不适感,使患者更容易接受检查。

## 肠道准备的步骤

1. 饮食调整 低残渣饮食:在肠镜检查前2天~3天开始进行低残渣饮食调整,避免食用高纤维、不易消化的食物,如全麦面包、粗粮、豆类、蔬菜、水果等。低残渣饮食包括米饭、面条、白面包、瘦肉、鸡蛋等。

摄入足够的水分:在肠道准备期间,患者要注意摄入足够的水分,以保持肠道的正常功能。可以喝水、茶水、果汁等,但应避免摄入碳酸饮料,以免产生过多的肠道气体。

2. 肠道清洗 选择合适的药物:根据患者的年龄、体质和病史,医生会开具适合的泻药;常用的泻药有聚乙二醇电解质溶液(PEG)、甘露醇等。

在肠镜检查前1天开始进行

肠道清洗,按照医生的建议,按时服用泻药,以清除肠道内的粪便和其他残留物。患者如有不适感,可以咨询医生。

3. 空腹检查 肠镜检查前8小时~12小时内禁止进食,以确保肠道为空腹状态。如有特殊情况,可以根据医生的建议调整禁食时间。

患者在禁食期间,可以适量饮水,以保持身体水分平衡。但在检查前2小时,需要停止饮水。

## 注意事项与建议

了解肠镜检查的过程和注意事项,有助于减轻患者的紧张情绪,使患者更容易接受检查;根据医生的建议,合理安排肠道准备时间,确保肠道准备充分。

在进行肠道准备过程中,如出现腹痛、腹泻等不适症状,应及时与医生沟通,调整肠道准备方案;在肠道准备过程中,务必按照医生的建议和处方,按时服用泻药,不要擅自增减药物剂量或更换药物;在肠镜检查过程中,应积极配合医生的操作,按照医生的要求调整体位。如有不适,可随时告知医生。

值得一提的是,肠镜检查在诊断和治疗肠道疾病方面具有重要价值。为了确保检查的顺利进行和提高检查准确性,患者在肠镜检查前需要做好肠道准备,包括饮食调整、肠道清洗和空腹检查。遵循医生的建议 and 注意事项,做好肠道准备,有助于提高肠镜检查的成功率和诊断准确性。

(作者供职于郑州大学附属肿瘤医院/河南省肿瘤医院内窥镜诊疗中心)

# 什么是ABO血型系统

□赵楠

ABO血型系统是根据红细胞表面有无特异性抗原(凝集原)A和B来划分的血液类型系统。

ABO血型系统,是1900年奥地利的兰德斯坦纳发现和确定的人类第一个血型系统,根据凝集原A、B的分布把血液分为A、B、AB、O四型。

红细胞上只有凝集原A的为A型血,其血清中有抗B凝集素;红细胞上只有凝集原B的为B型血,其血清中有抗A的凝集素;红细胞上A、B两种凝集原都有的为AB型血,其血清中无抗A、抗B凝集素;红细胞上A、B两种凝集原皆无者为O型,其血清中抗A、抗B凝集素皆有。具有凝集原A的红细胞可被抗A凝集素凝集;抗B凝集素可使含凝集原B的红细胞发生凝集。

人类最早认识的血型系统是ABO血型系统。1900年,奥地利维也纳大学病理研究所研究员卡尔·兰德施泰纳发现:健康人的血

清对不同人类个体的红细胞有凝聚作用;如果把取自不同人的血清和红细胞成对混合,可以分为A、B、C(后改称O)3个组。后来,他的学生又发现了第四组,即AB组。数年后,卡尔·兰德施泰纳等人又发现了其他独立的血型系统,如MNS血型系统、Rh血型系统等。1930年,卡尔·兰德施泰纳获得了诺贝尔生理学或医学奖。

几十年来,新的血型系统不断被报道,由1935年成立的国际输血协会专门负责认定与命名工作。得到承认的30种人类血型系统包括超过600种抗原,但其中大部分都罕见。

血型的发现开创了免疫血液学、免疫遗传学等新兴学科,对临床输血工作具有非常重要的意义。血型系统也曾广泛应用于法医学以及亲子鉴定中,但逐渐被更为精确的基因学方法所取代。

血型实质上是不同的红细胞表面抗原。红细胞质膜上的鞘糖

脂是ABO血型系统的血型抗原,血型免疫活性特异性的分子基础是糖链的糖基组成。

1960年,瓦特金斯确定了ABO抗原是糖类,并测定了其结构。ABO三种血型抗原的糖链结构基本相同,只是糖链末端的糖基有所不同。

A型血的糖链末端为N-乙酰半乳糖胺;B型血为半乳糖;AB型两种糖基都有,O型血则缺少这两种糖基。在ABO抗原的生物合成中三个等位基因ABO及H控制着A、B抗原的形成。

ABO抗原的前体是H抗原;A基因编码一种叫N-乙酰半乳糖胺转移酶的蛋白质(A酶),能把H抗原转化成A抗原;B基因编码一种叫半乳糖转移酶的蛋白质(B酶),能把H抗原转化成B抗原;O基因不能编码有活性的酶,而只有H抗原。

(作者供职于夏邑县人民医院输血科)

# 带您认识基底细胞癌

□李明鸣

您知道基底细胞癌吗?这个癌症与其他癌症比起来“温和”了很多。导致大众对它的认知比较陌生。

实际上,基底细胞癌是否严重,要根据疾病的分期决定。

大多数早期癌症患者只要积极配合治疗,疾病的预后比较好。但是对于中、晚期基底细胞癌患者来说,如果病灶已经发生了远处转移,那么病情比较严重。

首先,介绍一下早期基底细胞癌。由于病灶生长缓慢,早期基底细胞癌通常表现为结节、溃疡以及肿块等,只有极少数情况会向远处转移。大多数患者早期接受治疗效果好,都能够将局部病灶全部去除,不会影响患者的健康以及后续生活。如果治疗不彻底,术后可以辅助进行放疗及化疗,能够将基底细胞癌完全控制住。

然后,介绍一下中、晚期基底细胞癌。此时的疾病与早期相比严重了很多,对于治疗也增加了难

度。因为癌细胞由于早期错过了最佳的治疗时间,很容易发生破溃,癌细胞侵袭到了更深的组织。甚至随着疾病的发展以及时间的推移,病灶已经发生了远处转移,那么机体的多器官和组织都容易受到影响,患者的预后比较差。如果癌细胞转移严重,手术治疗已经无法达到彻底治疗的效果,必须通过放疗以及化疗进行控制。疾病常见的转移部位有肝脏、肺以及骨。随着疾病的加重,患者还会出现咳嗽、呼吸困难、消化不良等全身的不适症状,甚至还有危及患者生命的风险。

目前,临床上用于治疗基底细胞癌的方法有很多。医生会根据患者的具体年龄、疾病的分期等进行综合的分析,然后制定一个适合患者疾病治疗的措施。

主要的治疗措施包括:外科手术切除,这种方法应用最为广泛,对于疾病早期患者来说治疗效果也很好;x线照射,由于基底细胞癌对放射线治疗非常的敏感,所以

不仅治疗效果好,患者在接受治疗的过程中也没有痛苦,耐受度比较好,尤其是对于老年基底细胞癌的患者来说是一个不错的选择;电烧术,这种方法比较适用于早期的、小的基底细胞癌,能够彻底地将其烧除,但后期可能会留有疤痕;液氮冷冻,这也是临床上应用比较广泛的方法之一,因为液氮在-195摄氏度有较强的破坏作用,因此如果基底细胞癌的面积比较小可以选择这种方法进行治疗,但是如果面积比较大,后期愈合时间可能比较长;激光治疗,一般会采用二氧化碳激光治疗,效果也不错,而且术后愈合时间比较短,带给患者的疼痛感也比较少,但是也会留下小瘢痕。

值得注意的是,日常生活中,当身体出现不适症状时,要引起重视。任何一种疾病都是越早接受治疗效果越好,带给身体的伤害也就越小。

(作者供职于郑州大学附属洛阳中心医院整形美容激光科)

# 尿隐血阳性≠血尿

□席微波

很多人看到尿隐血阳性就会过度紧张,担心肾脏出了问题。那么,尿隐血阳性就是血尿吗?出现血尿一定是肾脏出现问题了吗?

## 什么是血尿

血尿是指尿液中有超过正常量的红细胞。以镜检为诊断标准,即1周~2周内3次或以上尿中红细胞数超出正常范围;离心尿≥3个/高倍视野或非离心尿≥1个/高倍视野或尿沉渣计数>8000个/毫升。

根据是否肉眼可见,分为镜下血尿和肉眼血尿,前者指显微镜下发现红细胞,后者指肉眼即能见尿呈“洗肉水”色或尿液甚至血凝块。每1000毫升尿含血量>0.5毫升即可出现肉眼血尿。

## 真性血尿和假性血尿

### 1. 尿隐血阳性≠血尿

试验原理:利用血红蛋白的氧化性与试纸的呈色反应。尿中有还原物质如维生素C,可呈假

阴性;尿中有肌红蛋白、血红蛋白、过氧化物酶、次氯酸盐等会导致假阳性。健康人1.8%~5.8%尿隐血阳性,尿隐血与镜检往往不平行。注意:尿隐血仅为筛选试验,确诊必须尿沉渣镜检。

### 2. 红色尿≠血尿

服用含色素的食品或药物,如红心火龙果、黑莓、甜菜、红辣椒、人造色素;利福平、苯妥英钠、果导片等;新生儿尿液中的尿酸盐可导致尿布呈红色;血红蛋白尿、肌红蛋白尿可呈现酱油色、棕色或茶色;卟啉尿可呈现红葡萄酒外观,要注意的是尿沉渣镜检均无红细胞。

3. 非泌尿系的出血,如月经血,下消化道出血混入尿中

血尿不是疾病的名称,而是泌尿系最常见的症状之一。98%血尿由泌尿系统疾病引起,2%血尿由全身疾病或泌尿系统邻近器官病变所致。

肾脏疾病:肾小球疾病,分

为原发性(急性、慢性、急进性肾小球肾炎,IgA肾病、肾病综合征),继发性(狼疮性肾炎、紫癜性肾炎),遗传性(薄基底膜肾病、遗传性肾炎);感染是指肾结核、肾盂肾炎;畸形是指肾动静脉瘘、多囊肾等;肾血管病是指肾静脉血栓、胡桃夹综合征;损伤是指肾挫裂伤;药物所致是指磺胺、庆大霉素、汞剂等带来的病变。

尿路疾病:感染,如膀胱炎、尿道炎;结石,如输尿管、膀胱结石;其他,包括肿瘤、息肉、憩室、异物、药物等。

全身疾病:出血性疾病,免疫性血小板减少症、血友病、再生障

碍性贫血、白血病等;感染性疾病,流行性出血热;心血管疾病,细菌性心内膜炎;结缔组织病,系统性红斑狼疮;其他,如维生素K缺乏、特发性高钙血症、溶血尿毒综合征、剧烈运动等。

## 完善检查 明确病因

发现镜下血尿或肉眼血尿时,要进一步完善相关检查以明确病因。比如尿三杯试验、尿红细胞形态分析、尿培养、24小时尿蛋白定量、24小时尿钙测定、肝/肾功能、血脂、血常规、凝血功能、免疫球蛋白及补体、自身抗体、泌尿系及肾血管影像学检查、尿路造影、膀胱镜检、肾脏活检等。

麻醉通常是手术操作的标配。麻醉即使用药物使患者整体和局部暂时失去知觉,达到无痛的目的,以便进行手术治疗。

手术麻醉前后,患者需要注意很多方面。对此很多人并不了解,本文简要向大家介绍手术麻醉前后的注意事项。

## 麻醉手术前

术前患者要禁饮、禁食,禁饮至少2小时,禁食至少4小时以上;术前患者要注意保暖,不要感冒、发热,如有感冒、发热,建议择期手术,直到感冒、发热痊愈后一周再进行手术;患者要保持心情放松,尽量不要有焦虑紧张的情绪,相信医生护士会做好手术麻醉;患者如果有相关并发症,例如高血压病、心脏病、糖尿病等基础疾病,要将这些基础疾病控制在最佳状态的时候,再进行择期手术治疗,以降低手术、麻醉的风险。

## 麻醉手术后

卧床休息,要求患者术后平卧4小时~6小时,以免因麻醉药物未代谢完全造成摔伤;密切观察患者的反应,完善术后的镇痛、预防和处理各种并发症等;麻醉后需要注意呼吸道的阻塞以及通气量不足的问题,苏醒后需要注意为了保持呼吸道的通畅,对所有全麻后的患者应去枕平卧,全麻手术后患者易发生呕吐情况,及时将患者的头偏向一侧,清除口腔的呕吐物,以免发生误吸的情况。

密切监测患者的生命体征,如血压、呼吸次数、经皮动脉血氧饱和度等,如出现异常情况,及时进行干预治疗。

密切观察患者神志、面唇肤色、呼吸情况及下肢肌力的恢复情况,注意预防呼吸困难;患者回病房后,应常规鼻导管吸氧或面罩吸氧,以防止低氧血症的发生,常规给患者做心电图监护,刀口疼痛或术中所插尿管的刺激可导致术后的高血压,及时对症处理是必要的。

区域阻滞麻醉时要注意穿刺区域的清洁,加强观察,以免出现出血、感染的状况。

术后卧床患者,需要给患者进行双下肢按摩,避免深静脉血栓的形成。患者术后口渴可用棉签蘸水滋润一下口唇,非腹部手术,术后6小时后可进食少量的流质饮食,逐渐加量,逐步过渡到正常的饮食。如主治医生另有特殊要求的除外。

完善术后镇痛,有效的术后镇痛很重要,可减轻患者的疼痛和焦虑。接受术后镇痛的患者,翻身、起床、走动时要注意保护好连接镇痛泵的管道,避免管道脱出。

患者术后如果出现恶心、呕吐、高血压、低血压、低氧血症时,应积极处理。例如如声嘶咽痛、肌肉疼痛、肺炎、肺栓塞都是有可能发生的,术后数小时或数日的监测是提高围手术期安全的必要手段。

综上所述,只有做好充足的准备,才能有助于手术的顺利进行和患者身体的恢复。

(作者供职于山东省滨州市滨州医学院附属医院麻醉科)

# 消化内镜可以切除哪些消化道病变

□张红娟

消化内镜微创切除是一种利用消化内镜技术进行微创治疗的方法,它可以在避免传统手术创伤的同时,有效地切除消化道的病变。相较于传统开放手术,消化内镜微创切除具有创伤小、恢复快等优势。

本文将介绍消化内镜微创切除适用的消化道病变、常用技术、技术优势以及注意事项。

## 适用的消化道病变

消化道良性肿瘤:消化内镜微创切除可用于治疗消化道良性肿瘤,如消化道息肉、黏膜下肿瘤、胃肠道间质瘤。内镜技术可实现病变的精确切除,降低复发风险。

早期消化道恶性肿瘤:在早期食管癌、胃癌和结肠癌等消化道恶性肿瘤中,消化内镜微创切除具有较高的治疗成功率和较低的复发率;对于早期消化道肿瘤,内镜切除可实现长期生存和良好生活质量。

## 技术优势

创伤小、恢复快。相较于传统手术,消化内镜微创切除具有创伤小、恢复快的优点;患者术后疼痛较轻,住院时间短,恢复期快。

减少并发症风险。消化内镜微创切除减少了切口感染、出血等并发症的风险;由于内镜下可精确定位病变,降低了误伤正常组织的可能性。

良好的治疗效果和预后。消化内镜微创切除具有较高的治疗成功率和较低的复发率;对于早期消化道肿瘤,内镜切除可实现长期生存和良好生活质量。

## 注意事项和局限性

适应证的选择:消化内镜微创切除并非适用于所有消化道病变。医生需根据病变类型、大小、位置等因素判断适应证,以确保治疗的安全和有效性。

技术难度和经验要求:消化内镜微创切除技术具有一定难度,需要经验丰富的内镜医生操作。患者在选择医院和医生时,应充分了解其技术水平和经验。

术后监测和复查:消化内镜微创切除后,患者需定期进行复查,以监测病情的恢复进展和排除复发;医生会根据患者的具体情况制定复查计划,患者应严格遵循并保持良好的生活习惯。

现如今,消化内镜微创切除作为治疗消化道病变提供了新的选择,具有创伤小、恢复快、并发症风险低等优点。通过消化内镜技术,医生可以精确地切除病变,提高治疗成功率和患者生活质量。

然而,消化内镜微创切除并非适用于所有消化道病变,患者需根据自身情况和医生建议选择合适的治疗方法。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院消化内镜中心)

# 手术麻醉前后要注意什么

□刘树鹏