

心电监测在结肠镜检查中的应用价值

宋海平 何华军 徐朝晖
(浙江省衢州市中医医院 衢州 324002)

关键词:心电监测;结肠镜检查;价值

中图分类号:R 443.8

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0078-02

目前,结肠镜检查仍是诊断大肠疾患最直观、有效的手段,在临床上应用十分广泛^①。为加强安全性,我院自 2002 年 2 月~2007 年 6 月,对部分结肠镜检查患者实施术中电监测,取得满意的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 300 例患者,其中男 182 例,女 118 例,年龄 25~59 岁,体重 46~69kg,按照自愿原则,随机分为:监测组和对照组。两组资料见表 1,除外器质性心血管疾病者、电解质紊乱者、精神及神经系统疾病不能配合肠镜检查者、心电图异常 ST-T 改变者、有恶性心律失常者及其它系统疾病或体质差不能耐受肠镜检查者。监测组均接受术中电监测,对照组只由内镜医生在操作时作简单的观察。

沿阴茎白膜将包皮脱套至根部,到达标志以显露两侧的球海绵体肌为界可看到阴茎两侧的 Scarpa's 筋膜,解除阴茎的病理牵拉。(3)用细丝线将 Scarpa's 筋膜和阴茎根部约 3 点、9 点处白膜各固定 1 针(注意勿伤及尿道),完成阴茎显露。(4)用 5-0 可吸收线将阴囊阴茎交界处皮肤真皮层和阴茎根部尿道海绵体固定 1 针(勿穿及尿道黏膜),重建阴茎阴囊交角。(5)适当剪裁包皮后,5-0 可吸收线间断缝合包皮切口。(6)术毕予打孔输液贴膜包裹阴茎,再予自粘弹性绷带加压包扎。

1.3 结果 手术时间 45~60min,术毕第 4~5 天出院。术后 7d 去除贴膜,随访 2 周~3 个月,若术后包皮水肿明显,延长加压包扎时间。9 例患者术后阴茎显露改善明显,未发生阴茎血供损害、阴茎勃起疼痛等并发症,无阴茎回缩。

2 讨论

隐匿阴茎的冠名和分类比较混乱,常用 Bergeson 的定义和分类^②,指阴茎外观短小,阴茎发育正常,包括蹼状阴茎、埋藏阴茎、束缚阴茎。蹼状阴茎是阴茎与阴囊之间连接异常所致。埋藏阴茎是由于阴茎皮肤与阴茎海绵体附着不良或阴茎皮下组织先天性发育异常所致^③。束缚阴茎是一种后天性疾病,常见包皮环切术后形成的环状瘢痕限制阴茎的伸出,使其埋藏在耻骨前脂肪内;此类患者多伴有腹股沟斜疝和鞘膜积液,使阴囊明显肿胀,或是有蹼状阴茎、埋藏阴茎而施行了简单的包皮环切术所致。

隐匿阴茎的诊断尚无标准。文献报道主要以阴茎外观描述为依据。查体见阴茎外观短小,在阴茎根部将耻骨前脂肪压向耻骨联合,可发现阴茎发育正常。亦可通过下述方法来证实:牵拉阴茎头后放开,观察阴茎回缩情况,虽然阴茎可伸出包皮外,但很快回缩进去^④。

对于隐匿阴茎的治疗,有人认为隐匿阴茎随着生长发育或减肥可以改善,若手术治疗应在学龄期或更大为宜^⑤。但许多国内外学者研究证明,肥胖不是隐匿阴茎的主要原因,成

表 1 两组患者一般资料 (X±S)				
组别	n	年龄(岁)	体重(kg)	
监测组	150	42.2± 16.7	57.3± 10.2	
对照组	150	42.8± 17.1	57.6± 11.3	

1.2 方法 常规禁食,肠道准备,监测组用 PM-7000 型心电图监护仪,对受检者作心电图持续监测。予左侧卧位开始进镜,术中作心电图描记。对照组直接进镜,术中不予监护。

1.3 诊断标准 以 S-T 段下移呈水平或下垂型压低≥1.0mm 并持续 1min 以上者为心肌缺血的标准,心率超过 100 次/min 为窦性心动过速,低于 60 次/min 为窦性心动过缓^⑥。

1.4 数据处理 采用 SPSS10.0 统计软件进行统计学处理。

2 结果

2.1 结肠镜检查成功率 监测组 150 例患者均到达回盲部完成检查,成功率 100%(150/150);对照组 150 例患者中有 6

人隐匿阴茎同样存在^⑦。由于儿童性心理在 2 岁时已开始形成,故我们主张在青春发育期前手术。因为经幼儿生长发育期,若阴茎外观达不到正常形态,步入青春期后阴茎可因受束缚而出现发育不良;青春期少年对身体各部位的变化十分关注,若发现阴茎较同龄人偏小,会产生心理负担,影响心理健康。我们所采用的手术方法操作简单,通过解除阴茎皮下组织的异常附着,切除阴茎系韧带浅层,达到阴茎充分显露;阴茎白膜与耻骨前 Scarpa's 筋膜固定后,利用筋膜弹性将阴茎向前推出,解决阴茎回缩问题。术后不需特殊护理,切口形态接近包皮环切术,患者及家属易于接受。

在诊断该病后,让患者家长充分了解认识本病十分重要,因为患者及其家长的态度是决定是否手术的根本。从笔者所接触这组患者就诊情况看,最终接受成形手术的比例并不高,约 50%。作为基层医院的泌尿外科医师,要加强学习,正确掌握隐匿阴茎的治疗方法 with 原则。值得一提的是,隐匿阴茎应禁止行包皮环切术,以免为矫形手术带来皮瓣不足等不便。

参考文献

[1]Bergeson PS,Hopkin RJ,Bailey RB Jr, et al.The inconspicuous penis [J].Pediatrics, 1993,92: 794-798
[2]黄鲁刚,陈绍基,王明河,等.儿童隐匿阴茎(附 83 例报告)[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(7): 410-412
[3]李龙承,张旭.泌尿外科手术图谱[M].北京:人民卫生出版社, 1996.48-50
[4]马成海,裴燕,李红芸.小儿隐匿阴茎的诊断和治疗[J].临床泌尿外科杂志,1999,14(12): 530
[5]Adham MN,Teinourian B, Mosca P.Buried penis release in adults with suction lipectomy and abdominoplasty [J].Plast Reconstr Surg, 2000,106(4): 840-844
[6]魏辉,梅骅,谢家伦,等.隐匿阴茎的分类和手术治疗[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(2): 102-103
[7]刘毅东,叶维靖,黄翼然.阴茎脱套固定术治疗隐匿阴茎[J].中华男科学杂志,2005,11(11): 845-855

(收稿日期: 2007-08-13)

例出现胸闷、呕吐导致检查终止,成功率 96%(144/150)。

2.2 两组检查所需时间比较 见表 2。

表 2 两组检查所需时间比较 ($\bar{X} \pm S$) min	
分组	检查所需时间
监测组	7.2± 1.2
对照组	7.4± 1.6

2.3 心电监测结果 监测组发现窦性心动过速、室上性心动过速、偶发室性早搏、成对房性早搏各 1 例,暂停操作后症状缓解,继续检查未发现心电图 ST-T 改变及其它心律失常。对照组有 6 例患者因出现胸闷、心悸、呕吐而终止检查,因无心电监护,故无法得知有无心律失常发生。

3 讨论

心脏意外是内镜检查时较严重的并发症,Brotschi 等报告大肠镜检查的心血管功能不稳定的发生率为 4%~13%,约 7.5%的患者出现严重而需中止肠镜检查的心血管功能变化,最常见的为术中血压降低和急性心率变化^[1]。国外一些研究结果表明三分之一受检者有房早、室早、房颤等心律失常及表现心肌缺血的心电图 ST-T 段改变^[2]。精神紧张、交感神经兴奋可诱发心律失常。老年人由于心脏代偿功能的减退或心脏原有病变,加上术中肠镜对肠道的牵拉刺激、迷走反射亢进,可以发生心率过缓和冠状动脉供血不足。在结肠镜检查或治疗的操作过程中,最常发生的心电异常包括:短阵房性心动过速,短阵心房颤动,频发、多源性房性期前收缩,阵发性交接性心动过速,频发、多源、多形性室性期前收缩,一度

(上接第 74 页)状或两个环状脐带五彩血流显示,提示脐带绕颈 2 圈;若颈部背侧皮肤软组织有锯齿状或花生壳状的受压切迹,颈部两旁有长条状脐带回声,CDFI 有两个环状或三个环状脐带五彩血流显示,提示脐带绕颈 3 圈。

1.3 结果 分娩证实脐带绕颈 472 例,占 21.40%;超声诊断 449 例,占 95.13%;误诊 9 例,占 1.91%;漏诊 14 例,占 2.97%。

2 讨论

脐带绕颈的发生率为 15.8%~34.0%^[1]。随着超声仪器出现,特别是彩色多普勒超声诊断的广泛应用,对脐带绕颈诊断正确率不断提高,为及时积极处理提供临床依据;避免胎儿窘迫以及新生儿窒息、死亡的发生,对降低围产儿死亡率有重要的意义。一般来说,脐带绕颈较松者,不会引起脐带内血液循环障碍,也不会引起胎儿缺血缺氧,不会导致胎儿发生窘迫。而脐带绕颈较紧者,可引起脐带内血液循环障碍和胎儿缺血缺氧,影响到胎儿的生命安全。本组有 3 例胎儿死于宫内者,经超声检查发现胎儿颈部背侧皮肤、软组织都有受压切迹,颈部两旁有长条状脐带回声,提示均有脐带绕颈。1 例因胎动减少 2d,经超声检查提示有脐带绕颈 3 圈,CDFI 见两个环状五彩血流显示,手术证实脐带绕颈且较紧,新生儿出生时重度窒息。

脐带绕颈的早发现很重要。目前最可靠的检查方法是超声,尤其是应用彩色多普勒超声。以孕晚期较准,此时羊水渐少,胎儿较大,胎动渐少,胎位较固定,一旦发生脐带绕颈,且 CDFI 见环状五彩血流显示,脱出可能性小,对胎儿造成危险也较大;若 CDFI 见半环状五彩血流显示,还有脱出的可能

房室传导阻滞。心电监测是指通过连续监测病人的心电图信号,及时了解病人的心脏状况,并在发生严重的心脏异常情况时,及时采取有效的治疗或急救措施。在外科手术和麻醉期间持续心电监测的意义和价值已有大量文献报道。内镜医生在从事内镜操作时,其注意力主要集中在影像屏上,在进行某些关键步骤时,难以兼顾到心电监测。我们发现肠镜到达肝曲时往往伴有心动过缓、血压下降等,因此,更有必要予以术中监护,心电监测工作人员应密切配合,一旦发现心电异常应及时通知医生以便作出相应的处理。

综上所述,监测组全部顺利完成了结肠镜检查,而对照组有部分患者因出现心律失常征象而终止检查。因此,我们认为,在熟练的操作技术下,检查中采用无创伤的多功能监测设备予以密切监测,虽然不能缩短检查时间,但可提高检查成功率,可预防严重心血管并发症的发生,大大提高结肠镜检查的安全性,值得推广应用。

参考文献

[1]姜希望.无痛性消化道内镜术[M].长沙:中南大学出版社,2002.70
[2]Ramasy MAE , Savege TM, Simpson BRJ, et al.Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone[J].BMJ,1997,2: 656
[3]陈达民.结肠镜检查时的心血管功能不稳定一项前瞻性研究[J].国外医学·消化系疾病分册,1993,13(4): 237
[4]Iwao T,Toyonaga A,Harada H, et al.Arterial oxygen desaturation during nonsedated diagostic upper gastrointestinal endoscopy [J].Gastrointest Endosc,1994, 40: 277-280

(收稿日期: 2007-08-10)

性。在孕早、中期羊水较多,胎儿尚小,胎动多,胎位未固定,若发生脐带绕颈,CDFI 见半环状五彩血流显示,脱出可能性大;CDFI 见环状五彩血流显示,脱出可能性要小一些。本人在多年实际工作中观察发现彩色多普勒超声对脐带绕颈诊断更为可靠、准确。尤其是在胎儿枕后位、骶后位时,胎儿颈部背侧皮肤、软组织及颈部两旁有长条状脐带显示较困难,CDFI 可以清楚显示有无脐带五彩血流情况。对于有脐带绕颈可能者,让孕妇走动后,感觉胎儿活动较明显时,再给予探索,有时因胎位有所改变,可发现胎儿颈部、背侧皮肤、软组织的受压切迹,可正确提示脐带绕颈。

在诊断脐带绕颈时,有时因胎儿颈部皮肤较厚、皮肤皱折明显、晚期羊水少透声差、胎盘遮盖、胎盘边缘血管较丰富等原因,可造成误诊、漏诊。较好的方法是多切面观察,发现有脐带绕颈可能,最好应用彩色多普勒检查以明确诊断,避免误诊、漏诊。如无条件者,可应用加压法:适度加压探头,以胎儿颈背部皮肤紧贴子宫壁为准,如胎儿颈背部皮肤呈一平滑线,则提示无脐带绕颈,如胎儿颈背部皮肤出现压迹,则提示有脐带绕颈^[2]。此法也是我们在多年工作中经常应用的一种可靠诊断方法。

参考文献

[1]严英榴,杨秀雄,沈理著.产前超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2003.125
[2]黄威.加压法二维超声诊断胎儿脐带绕颈[J].中国超声诊断杂志, 2006,7(5): 388

(收稿日期: 2007-08-28)

欢迎规范化稿件! 欢迎电子邮件投稿! 拒绝一稿多投稿件!