

申报市、院两级继教项目，建立继续教育考核机制，有效促进中心各级各类的人才梯队建设。

专业技术人才梯队建设是队伍建设的关键，一方面制定完善的培训方案，有计划有步骤地开展继续教育培训，提高内部专业技术人员的整体业务水平；另一方面积极引进人才，不拘一格地面向社会广纳良才，通过人才的积极引进与培养，为急救中心可持续发展注入新的活力。

3.3 优机制、提效率，加大调度员的专项培训

我中心于2017年全面启动急救优先分级调派系统(MPDS)，危急重症患者在拨打“120”时都会接受“120”调度员的专业指导。中心克服时间紧、任务重，对全体调度员进行了MPDS专项培训学习，注重培训质量，加强监督考核，目的在于在电话受理中通过精心设计的询问流程，准确的产生出对患者情况的评估，在救护车到达之前提供清晰的、易于遵从的指导自救，提高调派质量，弥补救护车到达前的“黄金救治时间”。中心计划采取多种培训形式，组织调度员开展普通话大赛及案例分析会，强化心梗、脑卒中的识别，缩短患者救治时间，不断提高业务能力与水平，使继续教育工作在各级各类人员中充分发挥作用。

天津市急救中心正大踏步前进，在前进的道路上还存在着许许多多的困难和问题需要解决。实践证明，有效利用继续教育，通过开展不同形式的培训教育，可以最大限度地发展院前急救队伍的能力和水平，是加强院前急救人才队伍有效途径。但随着医学科技的进步，院前急救的发展，在继续教育工作中不断改进信息化、规范化、高效化的院前急救培训模式；进一步改善继续教育机制和方法；加强培训需求与效果评估手段；利用计算机网络课程和手机APP的开发与应用，建立远程继续教育平台将是我们院前急救管理者应该深入思考的问题^[5]。

参考文献

- [1] 陆峰, 李明华, 张悦. 强化综合素质继续教育提升院前急救人员能力[J]. 中国继续医学教育, 2011, 3(2): 42-45.
- [2] 李金年. 对我国急救中心内涵建设转型与队伍建设的思考[J]. 中国危重病急救医学, 2010, 22(10): 636-637.
- [3] 张擎, 李金年, 李继良, 等. 我国院前医疗救治体系的建设与管理[J]. 中国科技信息, 2010(14): 184-185.
- [4] 肖力屏. 我国院前医疗急救现状初探[J]. 管理观察, 2010(13): 231-232.
- [5] 刘晖, 张进军. 论北京市院前急救人员培训体系的现状与完善[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(4): 6-9.

[收稿日期: 2017-06-02]

内镜教学中提高学员胃部病变诊断准确率的经验体会

郭水龙, 赵宇, 翟惠虹, 李鹏, 张澍田[▲]

【摘要】我国是胃癌发病率和死亡率最高的国家之一。提高胃部病变的检出率，对降低胃癌的病死率和提高患者生存质量具有重要意义。在内镜教学中，应从熟练胃镜诊疗操作、提高病变警惕性、规范检查前准备等方面着手，提高内镜学员对胃部病变的认识水平和检出率，从而最终使患者获益。

【关键词】胃镜；癌前病变；筛查；教学

【中图分类号】R192.3 **【文献标志码】**A

【文章编号】1004-6763(2017)08-0002-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-6763.2017.08.002

胃癌是常见的消化道恶性肿瘤之一，且尤其在日本、中国、韩国等地多发，依据最新的流行病学调查，在所有肿瘤中，胃癌

基金项目：国家自然科学基金面上资助项目(81670474)；北京市自然科学基金资助项目(7152043)

作者简介：郭水龙(1977-)，男，副研究员，研究方向：胃癌的诊治及分子肿瘤学研究。

作者单位：首都医科大学附属北京友谊医院消化内科/国家消化系统疾病临床医学研究中心/消化疾病癌前病变北京市重点实验室，北京100050

▲通信作者：张澍田，E-mail: zhangst@ccmu.edu.cn

的发病率及病死率均高居第二位^[1]。在日本，由于针对胃癌早期筛查的重视，早癌的诊断率可以达到70%，而我国尚有较大差距^[2]，这就要求内镜医师在胃镜检查中重视胃部病变的识别，提高胃癌前病变及早癌的病变检出率。

我院作为国家消化系统疾病临床医学研究中心以及原卫生部四级消化内镜培训基地，每年承担大量的内镜相关人员的培训任务，每年完成数百人次的内镜培训，在此过程中，我们一直致力于推广规范化的内镜诊疗技术，增强学员对于胃部病变的警惕，将发现胃部病变的意识始终贯穿于内镜检查全程，进而提高对于病变的诊断准确率。在针对学员进行内镜培训的过程中，我们做了一定的总结，并在培训中对此进行了推广：

1 熟练胃镜操作，增强模拟机练习

工欲善其事、必先利其器，想提高胃部病变的诊断准确率，首先要熟练胃镜操作，进镜过程中要明确规范姿势，左手持镜操纵部，右手持镜身，在通过食管入口、贲门、幽门及十二指肠球部等关键部位时掌握正确的手法，将患者痛苦降到最低，同时掌握合适的送气时机以及送气量，将胃底黏液池处理干净等等，

通过模拟机的训练,让学员首先熟练胃镜检查的相关操作,才能在真正的检查中做到轻松自如,更好的将注意力放到胃部病变的识别上来,真正领会胃镜检查的真谛。

2 增强发现胃部病变的意识

胃癌的发生发展是一个极其复杂的生物学过程,很多病例即使到了进展期,也往往没有什么症状,也正是由于对中青年人无症状筛查人员的忽视,很多内镜医师并没有注意到镜下黏膜的细微改变,进而造成了对胃癌的漏诊。而胃癌存在不同的病理学类型,其癌前病变的表现也存在较大差异,很多低分化的腺癌,往往很早就出现了远处转移,对于病变的漏诊更是可能会影响患者的治疗以及远期生存。因此,我们在胃镜培训的过程中,始终将胃部病变的识别意义以及早癌意识贯穿于内镜检查过程中,时时提点,增强学员对于黏膜细微改变的警惕性,进而增加早癌的识别率。另外,我中心每周定期组织有针对性的内镜读片会,收集各种不同类型的胃部病变内镜图片,鼓励内镜学员分享自己在内镜筛查过程中发现的各种病例及诊断心得。通过读片会,学员及老师共同交流在病变诊断方面的经验与教训,一方面促进了大家病变的诊断水平,另一方面也间接增强了学员们对胃部癌前疾病及早癌的认识,让学员深刻意识到临床实践中可以准确识别病变能够给患者带来的益处。

3 内镜检查前进行充分的术前准备

胃镜检查在清醒状态下可能会给患者带来恶心、呕吐、腹胀等不适,而在镇静状态下则可能出现呼吸及血液循环系统相关并发症^[3],不同的并发症发生率及程度因人而异。当并发症出现时,内镜学员往往会紧张并且加快检查速度,由此可能忽视了对微小病变的检出,且内镜初学者往往操作缺乏熟练,这也可能会加重并发症的发生率。因此,内镜检查前进行充分的术前准备是非常必要的,每次内镜检查前要告知学员与患者进行充分沟通,明确此次内镜检查的目的,明确患者既往病史是否存在内镜检查的禁忌,并且告知患者检查中可能出现的相关不适症状,减轻患者检查前的焦虑和紧张,最大限度降低并发症对操作的影响。

另外需要明确的是,除特殊状况外,胃镜检查术前必须禁食水8小时以上,同时做好咽部麻醉,减轻患者咽部的感受,检查前要告知学员检查内镜设备是否工作正常,送气送水等辅助功能是否有效。二甲基硅油等消泡剂的使用可以让胃镜检查的视野更加清晰,进而提高对浅表病变的检出率,有条件的内镜中心可以考虑使用。

4 掌握规范化的进镜过程、观察顺序及病变活检方式

在进镜过程中,初学者往往在通过贲门后无法找到胃窦腔,对于胃部手术后的寻腔进镜则更为困难。对于正常胃部,通过贲门后要注意协调进镜、送气以及旋钮三者的同时操作,而针对术后的患者,在检查前要明确胃部手术的切除部位及吻合方式,注意寻找吻合口,通过吻合口定位腔道。在检查过程中,进镜顺序应按照食管、贲门、胃体、胃窦、幽门、十二指肠球部、十二指

肠降部的顺序缓慢插入,配合送气、镜身旋转以及旋钮的操作通过各部位^[4]。

对黏膜病变的观察主要是在退镜时进行,要依次观察十二指肠降部(尽量观察到乳头,怀疑出血患者应尽量更加深入观察)、十二指肠球部、幽门、胃窦、胃角(胃窦部做低位翻转)、胃体、胃底等部位,要注意先观察到各部位的前壁、后壁、大弯侧及小弯侧,每个解剖部位要留取图片以便日后的追踪。在我们的教学过程中发现,胃角、胃体后壁、胃体小弯侧及贲门附近等部位容易遗漏,强化针对上述部位的观察,有助于胃部病变的准确发现。

当在内镜下发现病变后,应在确定病变部位后仔细观察如黏膜色泽、表面血管分布状态、黏膜光滑度、黏液色泽和分布、蠕动及内腔的形状等,因病变造成胃腔变形或难以判断时,可适当注气展开黏膜皱襞进一步观察,但应警惕过度注意可能造成黏膜变薄等表现,出现误诊。

在病变活检中,应注意依据镜下的形态学改变确定活检部位,溃疡性病变由于中央多为坏死组织,所以应取交界处作为活检部位,而隆起性病变则取病变中央做活检。活检后应立即放入10%福尔马林中进行固定,大片活检标本应展开并用标本针固定。

5 熟悉各病变特征性形态及鉴别诊断

从根本上来说,对于胃部病变准确识别的关键,在于对其形态的准确了解,针对早期胃癌、萎缩性胃炎识别、溃疡性质鉴别、胃黏膜肠上皮化生等需要先在书本或者临床中对特征性形态烂熟于心,才能做到不遗漏,并且有效在胃镜检查中准确识别。下面针对几个常见且易忽视的疾病进行阐述:

(1)胃早癌:早期的胃癌很容易遗漏,即使是在高清白光内镜下,也难以与胃炎相鉴别,所以检查时应尤其警惕,特别是有胃癌家族史及高发区的筛查患者,应注意与周围黏膜表现不同的局限性形态学改变,如黏膜色泽变红或发白、局部黏膜细颗粒状或小结节状粗糙不平、局部黏膜隆起或凹陷、黏膜浅表糜烂或溃疡、黏膜下血管网消失、黏膜皱襞中断或消失、黏膜组织脆及易出血、胃部局部僵硬或变形等^[5],针对发现的可疑病灶,对于白光下不能确认的病变,应结合靛胭脂、冰醋酸等染色技术以及窄带成像、放大内镜等仔细观察,且要注意留取活检,组织块数视病变大小而定,病变长径>1cm应至少活检2块,>2cm者应至少活检3块,>3cm应至少活检4块,病变标本要足够大且深达黏膜肌层。取活检要注意依据内镜下的病变形态进行定位,多取形态表现高度怀疑肿瘤的有效部位。

(2)萎缩性胃炎:萎缩性胃炎在镜下主要分为两种形态,一种是单纯的萎缩性胃炎,黏膜红白相间,且以白色为主,可见黏膜皱襞变平甚至消失,黏膜下血管网显露;另一种是萎缩性胃炎伴增生,可见镜下黏膜呈颗粒或结节状^[6]。对于萎缩性胃炎的患者,应注意行幽门螺旋杆菌检查,对于阳性的患者,应行幽门螺旋杆菌根除治疗。

(3)溃疡性质鉴别:胃部的溃疡性病变尤其要注意癌变,所

有溃疡均应活检病理明确性质, 溃疡出血急性期的患者应待治疗后复查内镜进一步明确。恶性溃疡病灶常较大, 底部凹凸不平、苔污秽、周围黏膜皱襞中断等表现, 但由于早期恶性溃疡与良性病变难以鉴别, 应注意结合窄带光谱成像 (narrow band image, NBI)、放大内镜以及超声内镜等技术结合诊断, 活检应在溃疡与正常黏膜交界处进行, 而对于病理活检为良性的患者, 应注意治疗后随访复查并再次留取活检。我中心曾通过聚类分析构建了溃疡良恶性鉴别的数学模型^[7], 进而有效提高了溃疡性质的诊断准确率。

6 先进内镜技术的应用

近年来, 除白光内镜以外, 各项辅助病变识别的内镜技术发展迅速, 电子染色内镜等设备层出不穷, 如窄带成像技术、自发荧光成像技术、蓝激光成像、放大内镜技术和激光共聚焦显微内镜等^[8]。窄带成像技术通过对血流以及腺管开口的精确识别, 可以更好的判断病变性质并指导活检, 而放大内镜可以对黏膜的细微结构进行观察, 目前国外已有很多研究提出了有关联合放大内镜以及窄带成像技术对病变进行识别的相关形态学标准, 如 YAO 等人提出的基于边界、腺管开口对早癌进行诊断的标准^[9]等, 在实践中结合这些文献进行教学, 有助于更好的提高各学员对胃部病变诊断的准确率。

综上所述, 要提高学员对于胃部病变的诊断准确率。首先是在培训过程中提高病变的发现意识, 严格规范检查前准备以及检查过程中进镜、退镜的观察顺序, 另外要注意理论与实践的结合,

培训不仅仅是在内镜中心, 也要注重课堂教育, 加强学员病变图片的相互交流, 鼓励学员通过《Endoscopy》、《Gastrointestinal Endoscopy》等杂志的阅读提升对胃部病变的形态学认识, 构建学员与老师有效交流的良好平台等等, 通过这些措施, 增强内镜学员的内镜水平, 以期提高受训学员的病变诊断准确率。

参考文献

- [1] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66 (2): 115-132.
- [2] Costamagna G, Cesaro P. Early gastric cancer: detection and endoscopic treatment[J]. Ann Ital Chir, 2012, 83 (3): 183-191.
- [3] ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Acosta R, et al. Routine laboratory testing before endoscopic procedures[J]. Gastrointest Endosc, 2014, 80 (1): 28-33.
- [4] 慎利亚, 李方.《消化内镜诊疗技术管理规范》解读[J]. 中华消化内镜杂志, 2014, 31 (8): 429-430.
- [5] 中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会. 中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014年, 长沙)[J]. 中华消化杂志, 2014, 34 (7): 433-448.
- [6] 房静远, 萧树东. 中国慢性胃炎共识意见(2006, 上海)解读[J]. 中华消化杂志, 2007, 27 (3): 182-184.
- [7] 陶海燕, 李鹏, 周萍, 等. 内镜下胃溃疡性病变鉴别诊断的数学模型[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32 (3): 180-186.
- [8] Negreanu L, Preda C M, Ionescu D, et al. Progress in digestive endoscopy: Flexible Spectral Imaging Colour Enhancement (FICE) -technical review[J]. J Med Life, 2015, 8 (4): 416-422.
- [9] Yao K, Oishi T, Matsui T, et al. Novel magnified endoscopic findings of microvascular architecture in intramucosal gastric cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56 (2): 279-84.

[收稿日期: 2017-05-03]

关于基层卫生专业技术人员继续医学教育管理对策的探讨

郭薇薇

【摘要】继续医学教育是医学教育的重要组成部分, 是卫生专业技术人员参加工作后更新自身知识体系、提高专业技术水平和工作能力的有效途径, 更对帮助基层技术人员实现医学科技知识与人文知识交融具有不容忽视的作用。就目前基层卫生技术人员继续教育中存在的问题进行分析与思考, 并对解决问题的建议进行总结, 以期对日后更好的提高继续医学教育质量提供参考依据。

【关键词】基层卫生专业技术人员; 继续医学教育; 加强审批; 加大投入; 远程教育

【中图分类号】R192 **【文献标志码】**A

【文章编号】1004-6763 (2017) 08-0004-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-6763.2017.08.003

作者简介: 郭薇薇 (1987-), 女, 研究实习员, 研究方向: 继续医学教育管理。

作者单位: 天津市宝坻区初级保健办公室人事科, 天津 301800

近年来随着医疗事业的不断发展, 现代医学越来越重视新的理论知识与技术方法, 越来越多的基层医疗卫生技术人员通过继续医学教育这类新的教育模式接触到最新的理论与技术^[1]。但从我国现状分析我们发现, 我国的继续医学教育仍存在部分缺陷, 如区域、城乡、医疗卫生机构间的发展不平衡; 教育模式的不完善及继续培训教育内容的针对性、实施的协调性与结果的有效性仍需进一步改进等。由于基层卫生技术人员是与普通群众直接接触的人, 只有了解这一类技术人员在技能、专业知识方面的确切需求, 才能更好的帮助其提高自身知识水平与操作技能并降低各类医疗事故发生的概率, 使其更好地为临床工作服务, 本文从基层卫生人员继续教育过程中存在的不足及解决对策方面进行深入探讨。