

呼吸内镜结构式报告标准化内容专家共识

河南省呼吸内镜诊疗质量控制专家委员会

共同执笔人:杨会珍(河南省人民医院),张群成(河南省人民医院),张晓菊(河南省人民医院),陈传亮(河南省人民医院)

专家组成员(按姓氏拼音排序):陈传亮(河南省人民医院),陈凯(永城市人民医院),陈献亮(河南省人民医院),程剑剑(河南省人民医院),郭新枝(郑州市第六人民医院),姜东亮(濮阳市油田医院),李庆伟(焦作市矿务局总医院),李艳丽(商丘市第一人民医院),刘宽(三门峡市中心医院),吕燕平(周口市中心医院),马芸(河南省人民医院),邵润霞(郑州大学第二附属医院),王华启(郑州大学第一附属医院),王新国(鹤壁市人民医院),邢丽华(郑州大学第一附属医院),许新举(焦作市第二人民医院),杨朝阳(济源市人民医院),杨会珍(河南省人民医院),杨五臣(河南省人民医院),张红梅(河南省人民医院),张娜莉(洛阳市中心医院),张群成(河南省人民医院),张晓菊(河南省人民医院),张杨(河南省人民医院),赵兵(驻马店市中心医院),赵江(南阳市中心医院),赵琳(河南省人民医院)

摘要:呼吸内镜诊疗技术是呼吸系统疾病诊疗的重要方法,国内近年来已广泛开展,同时不断加强规范发展,诊疗技术水平迅速提高,但仍存在信息化建设和质量管理与控制工作等方面的不足。目前呼吸内镜电子化图文报告系统尚未普及,缺乏呼吸内镜结构式报告模板。本专家共识制定了呼吸内镜结构式报告标准化条目,对常见呼吸内镜诊断标准术语进行详细阐述,旨在进一步推进呼吸内镜电子化图文报告系统建设,指导医疗机构规范书写呼吸内镜图文报告,以期规范呼吸内镜诊疗技术操作,便于质量管理与控制指标数据的提取和分析。

关键词:呼吸内镜;结构式报告;标准化;质量管理

呼吸内镜诊疗技术近年快速发展,已成为现代呼吸病学进展最迅速也最重要的亚学科之一。为规范呼吸内镜诊疗技术临床应用,保障医疗质量和医疗安全,2019年国家卫生健康委员会制定《呼吸内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》^[1]。该规范对开展呼吸内镜诊疗技术的医疗机构、人员基本要求、技术管理要求及培训管理要求4个方面进行详细阐述,并制定按照三、四级手术管理的呼吸内镜诊疗技术参考目录。中华医学会呼吸病学分会介入呼吸病学学组根据学科发展需求发布《成人诊断性可弯曲支气管镜检查术应用指南(2019年版)》^[2]。同时,国内多个学术团体也积极组织制订关于呼吸内镜诊疗技术临床应用的指南或共识,鼓励开展新技术的同时也强调规范的重要性^[3]。

呼吸内镜报告是对呼吸内镜诊疗整体操作质量评估的重要环节,但目前尚无相关规范性文件指导呼吸内镜图文报告的书写。由于电子化图文报告系统尚未普及,缺乏呼吸内镜结构式报告模板,每位呼吸内镜操作医师经验不同,对呼吸内镜下的病变描述暂无统一格式,导致呼吸内镜报告书写质量偏低,不利于疾病诊断和治疗,同时也不便于质控数据提取及统计分析。

为进一步统一呼吸内镜诊断标准术语,指导医疗机构规范书写呼吸内镜图文报告,同质化提升呼吸内镜诊疗技术操作水平,促进呼吸内镜中心建设,依据国家卫生健康委员会颁布的相关文件和临床指南,结合我国临床实践需求,河南省呼吸内镜诊疗质量控制中心组织专家反复讨论并修订形成本专家共识,主要包括总体要求、基本内容、诊疗过程、诊疗结果4个方面,并随临床研究和实践的发展进一步完善更新。

1 总体要求

呼吸内镜报告是重要的医疗档案,术者必须认真、规范书写。医疗机构需不断完善呼吸内镜电子化图文报告系统;报告应客观、真实记录内镜所见及诊疗项目,图片与文字描述相呼应,未观察的部位不应杜撰;术者于内镜诊疗术后即刻完成报告书写;无内镜诊疗资质医师书写的内镜报告应由上级医师审核签名;报告书写术语规范,报告签名后生效,不得私自修改。

基于此标准化内容形成的呼吸内镜图文报告可进行呼吸内镜诊疗质量控制的结构指标、过程质量指标和结果质量指标的提取与统计分析^[4],包括患者基本信息、内镜设备品牌与型号、诊疗过程、诊疗结果和随访信息等相关内容。

2 基本内容

呼吸内镜报告基本内容包含患者、检查设备、检查日期等相关信息,主要包括:患者姓名、性别、年龄、申请科室、住院号、床号、术前诊断、术前检查结果[包括

doi:10.13507/j.issn.1674-3474.2023.06.003

基金项目:河南省国外智力引进计划(GZS2020010);河南省医学科技攻关计划联合共建项目(LHGJ20220008)

通信作者:张晓菊, E-mail: zhangxiaoju@zzu.edu.cn

血常规、传染病筛查(乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病)、凝血功能、胸部CT、心电图等]、麻醉方式(局部麻醉、全身麻醉等)、心电监护及指脉氧饱和度指标、内镜号及内镜型号、检查日期、报告日期、操作医师、审核医师。

3 诊疗过程

诊疗过程应详细记录内镜插入过程、图像采集过程、镜下表现及操作相关内容、术中用药情况。

3.1 内镜插入过程 记录内镜插入途径(经口/鼻腔/喉罩/气管插管/气管切开套管/T管/造瘘口等),并描述插入过程是否顺利。

3.2 图像采集过程 采集图像完整、清晰,至少包括气管、隆突、双侧主支气管、各叶支气管及病变所在叶及段支气管。部位标记准确无误。

3.3 镜下表现及操作相关内容

3.3.1 正常部位描述 完整记录正常气道的管腔及黏膜情况。

3.3.2 异常病变定位 以文字叙述及图片形式记录病变所在位置。

3.3.3 常见病变类型^[5-6]

3.3.3.1 管腔内新生物 管壁组织异常增生形成的凸向管腔的赘生物。

3.3.3.2 黏膜病变 (1)充血:黏膜因毛细血管充血而发红,一般看不清扩张血管。(2)水肿:也称肿胀,黏膜苍白,有增厚感,表面光滑,致管腔狭窄,分嵴增宽,软骨环间隙变浅或消失。(3)肥厚:黏膜色泽较差,有增厚感,表面欠光滑。(4)环形皱褶:黏膜表面积缩小、萎缩,形成环状褶皱。(5)纵行皱襞:黏膜呈纵行条带状增厚,类象皮样改变。(6)陷窝:可陷入黏膜表面,可能为黏膜腺孔扩大所致,也可由黏膜表面的环形皱褶和纵行皱襞交错形成,于慢性支气管炎中常见。(7)瘢痕:黏膜呈收缩状,色灰白,可使管腔变形、狭窄或扭曲,表面光滑。(8)血管扩张:黏膜表面血管增粗或扭曲。(9)粗糙:黏膜呈细小颗粒状凹凸不平。(10)浸润:黏膜凹凸不平,伴黏膜肿胀,软骨环及软骨环间隙变浅或消失。(11)坏死:乳白色或黄白色似膏状或糊状或膜状或条带状物质,一般附着于黏膜病变表面。(12)溃疡:黏膜坏死脱落形成内陷的创面,周围可有红晕,底部可有坏死组织或肉芽组织增生。(13)色素沉着:常见为黑色炭末沉着,多因煤尘吸入或结核感染等原因导致。

3.3.3.3 异物或结石 非正常气道结构的有形物质因误吸或由邻近脏器刺入气管或支气管,形成气道内异物,分为植物性、动物性、金属性或其他;如有形物质为气管或支气管钙化的淋巴结磨破气道壁突入管腔内

形成,称为气道结石^[7]。

3.3.3.4 管腔内分泌物 常为黏稠性、稀薄性、脓性及血性等。

3.3.3.5 管腔结构性改变 (1)阻塞:分为截断型、贯通型等。(2)狭窄:分为环型、偏心型、不规则型等。(3)膨隆:局部气管或支气管膜部向管腔呈抛物状凸起,黏膜表面光滑。(4)扩张:管腔直径较正常增大,黏膜变薄,分嵴变锐利,易窥及远端多级支气管。(5)移位:气管或支气管因外压或扭曲等因素,偏离正常解剖部位。(6)变异:叶或段支气管开口位置异常,或在完整的气管支气管树结构以外存在多余支气管开口,或多个段支气管共开口,或某一段支气管亚段数量增加或减少。(7)支气管残端:手术切除后支气管吻合口,一般可见外科缝线或吻合钉。

3.3.3.6 管腔动力性病变 管腔形态随呼吸或咳嗽时的异常改变,多呈管腔塌陷、气道痉挛及膜部膨隆等改变。

3.3.3.7 瘘口 气管或支气管壁因物理损伤或肿瘤浸润等因素而穿孔。

3.3.4 常见病变特点 (1)形态:常见球形、菜花状、蕈样、息肉状、桑葚状、扁平状、结节状、颗粒状等,表面坏死物附着情况酌情描述。(2)血运:常见血管充盈、血管丰富及血管扩张迂曲等。(3)大小:进行超声探查时需测量并记录。(4)累及范围:管腔内病灶需描述病变累及范围,以指导外科手术切除方案或后续呼吸内镜下介入治疗方案,尤其对关键解剖部位,如邻近分嵴是否受累、病变与关键解剖部位(声门、隆突、第二分嵴等)的距离等。(5)声像特征^[8]:应用支气管腔内超声技术(包括凸面超声支气管镜和环形超声支气管镜)时,需记录探查结果,至少记录是否探查到目标病变。进行凸面超声支气管镜检查时,记录有临床意义的超声特征如病变血流情况、弹性成像评分等;进行环形超声支气管镜检查时,记录超声探头与病灶的关系,有条件者记录病灶边界、回声是否均匀、是否存在坏死区域、血管情况、线性支气管充气征等特征。(6)管腔狭窄长度和程度^[9-10]:可在CT影像基础上,支气管镜联合球囊估测并记录。

3.3.5 操作项目及标本送检情况 记录镜下进行的各项诊断性或治疗性操作项目,留取标本类型(如活检组织、刷片、灌洗液等)及送检项目(如病原学、细胞病理、组织病理等)需详细完整记录。

3.3.6 操作过程中使用的器材 需记录器材名称、品牌、型号、规格等,使用的耗材信息可通过粘贴至耗材清单的耗材条码追溯^[1]。

3.4 术中用药(不包括麻醉药物) 记录呼吸内镜诊

术中镜下用药及静脉用药情况,如去甲肾上腺素、凝血酶、垂体后叶素等止血药物。

4 诊疗结果

诊疗结果包括镜下诊疗效果、并发症情况、呼吸内镜诊断及术后随访结果。

4.1 镜下诊疗效果 至少对操作过程是否顺利进行整体描述。如有多项诊断和/或治疗性项目,需对各项诊疗项目逐一进行详细描述,如支气管肺泡灌洗液回收率以灌洗液回收量/总灌洗液量表示,活检标本获取情况以有效活检标本数量/总活检次数表示,介入治疗前后病变改善情况用文字叙述治疗前后改变程度,并辅以病变部位治疗前、后对比图片。

4.2 并发症情况 记录有无并发症、并发症名称(出血、气胸等)、并发症处理措施、并发症镜下控制情况。对呼吸内镜诊疗术中及术后相关严重并发症(恶性心律失常、心跳骤停、重度或极重度出血、大量气胸等)^[7],需注明术后去向(普通病房/重症监护病房/紧急手术干预等)。

4.3 呼吸内镜诊断 呼吸内镜诊断描述准确、完整,包括镜下诊断和组织病理/病原学诊断。术者于呼吸内镜诊疗术后即刻完成镜下诊断记录,需有镜下进行的各项操作项目及准确的手术分级。按照三、四级手术管理的呼吸内镜诊疗技术项目名称参考《呼吸内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019年版)》^[1]。组织病理/病原学诊断结果可于术后随访期录入电子化图文报告系统。

4.4 术后随访结果 (1)对诊断性操作,需有本次呼吸内镜操作送检项目的组织病理或病原学诊断结果,并将患者最终诊断、随访情况录入电子化图文报告系统;(2)对治疗性操作,至少有出院时患者状态随访评估;(3)对存在呼吸内镜诊疗相关并发症患者,需有术后24h患者状态随访评估。

参考文献

[1] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于印发内镜诊疗技术临床应用管理规定及呼吸内镜诊疗技术等13个内镜诊疗技术临床应用管理规范的通知[EB/OL]. (2019-12-12)[2023-02-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3585/201912/994f74193202417e957adbclfc601fb5.shtml>.
National Health Commission of the People's Republic of China. Notice of the General Office of the National Health Commission on issuing management regulations for clinical application of endoscopic diagnosis and treatment technology and 13 clinical application management standards for respiratory endoscopic diagnosis and treatment technology [EB/OL]. (2019-12-12) [2023-02-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3585/201912/994f74193202417e957adbclfc601fb5.shtml>.

- [2] 中华医学会呼吸病学分会介入呼吸病学学组. 成人诊断性可弯曲支气管镜检查术应用指南(2019年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2019, 42(8): 573-590.
Interventional pulmonology group of the Chinese Thoracic Society, Chinese Medical Association. Guideline for diagnostic flexible bronchoscopy in adults (2019)[J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2019, 42(8): 573-590.
- [3] 李时悦. 我国介入呼吸病的现状与发展[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(12): 1029-1031.
LI S Y. Current status and development of interventional respiratory in China[J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2021, 44(12): 1029-1031.
- [4] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于印发超声诊断等5个专业医疗质量控制指标(2022年版)的通知[EB/OL]. (2022-05-27)[2023-02-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657/202205/56765f0f512f4f058efc4169a0e1c639.shtml>.
National Health Commission of the People's Republic of China. Notice of the General Office of the National Health Commission on issuing five professional medical quality control indicators for ultrasound diagnosis (2022 Edition) [EB/OL]. (2022-05-27) [2023-02-01]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7657/202205/56765f0f512f4f058efc4169a0e1c639.shtml>.
- [5] IKEDA S. Atlas of Flexible Bronchofiberscopy[M]. Tokyo: Igakushoin, 1974: 58-72.
- [6] 刘长庭. 纤维支气管镜诊断治疗学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003: 65-78.
LIU C T. The Diagnosis and Therapeutics of Fibrobronchoscope [M]. Beijing: Peking University Medical Press, 2003: 65-78.
- [7] 金宇星, 姜格宁, 丁嘉安, 等. 支气管结石症27例诊断及治疗评价[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33(12): 946-947.
JIN Y X, JIANG G N, DING J A, et al. Evaluation of diagnosis and treatment of 27 cases of broncholithiasis[J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2010, 33(12): 946-947.
- [8] 韩宝惠, 孙加源. 超声支气管镜技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 110-114.
HAN B H, SUN J Y. Ultrasonic Bronchoscope[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2012: 110-114.
- [9] 北京健康促进会呼吸及肿瘤介入诊疗联盟. 恶性中心气道狭窄经支气管镜介入诊疗专家共识[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2017, 10(6): 647-654.
Respiratory and Tumor Interventional Treatment Alliance of Beijing Health Promotion Association. Expert consensus on transbronchoscopic intervention for malignant central airway stenosis[J]. Chin J Lung Dis (Electronic Edition), 2017, 10(6): 647-654.
- [10] 中华医学会呼吸病学分会. 良性中心气道狭窄经支气管镜介入诊治专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2017, 40(6): 408-418.
Chinese Thoracic Society. Expert consensus on bronchoscopic intervention for benign central airway stenosis [J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2017, 40(6): 408-418.

收稿日期: 2023-03-01 修回日期: 2023-05-29 本文编辑: 王君秋