

消化内镜专业质控工作改进目标“提高结肠镜腺瘤检出率”工作方案（2022 – 2023 年）

结肠镜腺瘤检出率是国际公认的评价结肠镜质量的结局指标。提高结肠镜腺瘤检出率，可以有效降低结直肠癌发病率和死亡率。为贯彻落实《国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知》（国卫办医函〔2022〕58 号）、《关于公布河南省 2022 年质控工作改进目标的通知》（豫卫医质控〔2022〕3 号）等要求，为进一步加强消化内镜诊疗质量管理与控制，提升我省消化内镜诊断技术水平，河南省消化内镜诊疗质量控制中心以 2022 年国家消化内镜专业质控工作改进目标“提高结肠镜腺瘤检出率”为重点持续开展质控工作，并结合工作实际，制定本方案，供各级卫生健康行政部门、质控组织和医疗机构在工作中参考。

一、总体要求

贯彻落实《“健康中国 2030”规划纲要》《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》等要求，以 2022 年消化内镜专业质控工作改进目标“提高结肠镜腺瘤检出率”为导向，进一步规范医疗机构结肠镜诊疗操作，全面提高结肠镜腺瘤检出率，降低结直肠癌的发病率和死亡率，提升全省消化内镜专业人员诊疗同质化能力。

二、工作目标

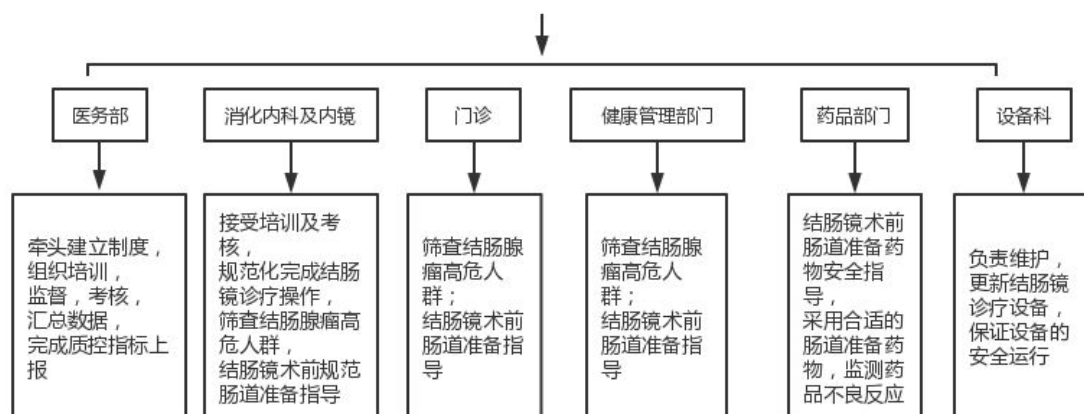
进一步加强医务人员对结肠镜腺瘤检出重要性的认识，提升医务人员结肠镜诊疗规范化水平，改善患者结肠镜术前准备，提高患者结肠镜术前清肠质量，提高结肠镜腺瘤检出率。2023 年计划结肠镜腺瘤检出率达到全国平均水平（17.59%）。

三、核心策略

（一）加强组织建设

医疗机构应当根据实际情况，由医务部组织牵头，医务、消化内科及内镜中心、门诊、健康管理中心、药学、设备科等部门组织工作小组，明确职责和任务（如图，供参考），建立健全工作机制，指导、监督结肠镜诊疗工作。消化内科及内镜中心应按照《中国消化内镜诊疗中心安全运行指南（2021）》、《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南（2019 版）》《中国结直肠癌癌前病变和癌前状态处理策略专家共识 2022》等内镜专业技术要求开展诊疗工作，强化职责落实。

责任分工



（二）关注高危人群

开展结肠镜诊疗操作应重点关注具备以下结肠腺瘤及癌前病变的重要危险因素的人群：年龄大于50岁、男性、家族史、吸烟、超重或肥胖、糖尿病、炎症性肠病（IBD）、不良生活方式如高脂低纤维饮食、饮酒、运动量减少等。针对具有上述危险因素的人群进行结肠镜筛查有助于提高结肠腺瘤检出，减少癌前病变的发生。

（三）合理准备肠道

合理的肠道准备，有助于改善内镜下肠道黏膜观察视野，提高结肠腺瘤检出率，需规范以下7个方面的操作：

1. 把握内镜检查及口服肠道清洁剂的禁忌证。消化道梗阻或穿孔、肠梗阻或胃潴留、重度活动炎症性肠病、中毒性巨结肠、意识障碍、泻药成分过敏、无法自主吞咽、回肠造口术后。

2. 患者告知及宣教。术前宣教包括：肠道准备的重要性、肠道清洁剂的使用时间、剂量及方法、饮食限制的时间和要求、其他措施的应用，强调依从的重要性，以及出现不良反应的应对措施。有条件的单位可联合电话、短信和微信等辅助方式指导患者进行肠道准备。有效的术前宣教可显著提高患者的肠道准备质量。

3. 术前饮食限制。饮食限制可减少肠道中食物残渣，从而提高肠道准备质量。推荐采用低渣、低纤维饮食，亦可采用清流质饮食。术前饮食限制一般不超过24h，术前1天进行即可。

4. 常用肠道清洁剂选择与用法。应充分考虑患者的整体健康状况、病史、服药史、偏好、既往肠道准备情况等因素，结合清洁方案的疗效、成本、安全性和耐受性等条件，制定个体化肠道准备方案。

5. 祛泡剂使用。在内镜检查过程中，黏膜附着的泡沫可影响对消化道黏膜及病灶的观察，建议联合应用祛泡剂，可有效增加肠道清洁度（肠道清洁度波士顿评分量表见附件），改善内镜视野的清晰度，提高腺瘤检出率。具体方案：祛泡剂可与最后一份泻药同时服用，或者于泻药服用后 30 ~ 60min 内服用。

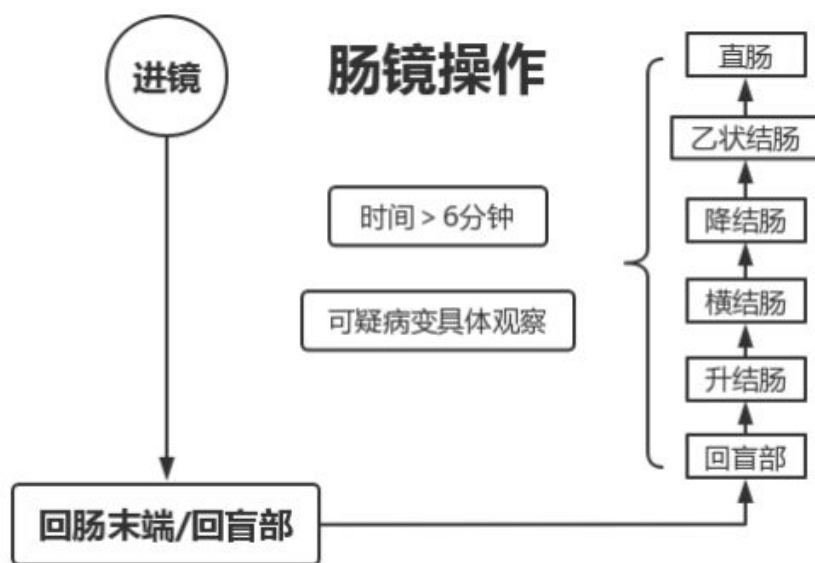
6. 特殊患者的肠道准备。包含具有肠道准备不充分危险因素的患者，如肥胖、男性、年龄较大、既往结肠外科手术史、伴有其他疾病（如糖尿病、帕金森病等）、服用抗抑郁药物等因素，可影响肠道准备效果。以及活动性下消化道出血、炎症性肠病、孕妇、儿童患者等。肠道准备具体应用情况请各医疗机构按照《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南（2019 版）》专业技术要求进行。

7. 肠道准备不充分的补救方案。若内镜检查过程中发现患者肠道准备不充分，可改期行内镜检查。也可以采用以下补救措施：补救性灌肠或内镜下直接冲洗等。

（四）规范肠镜操作

肠镜操作应从直肠开始循腔进镜直到回盲部，必要时可进入回肠末段进行观察。退镜时依次从回盲部、升结肠、横结肠、降

结肠、乙状结肠、直肠退出。退镜时依次全面观察，尤其是皱壁后及转折处，注意观察结肠黏膜的色泽、光滑度、血供情况等，必要时可反转镜身观察升结肠、直肠末段及肛门部，退镜时间应不少于6分钟。检查过程中，如有黏液和气泡影响内镜视野可应用清水或祛泡剂及时冲洗。可考虑使用高清白光和光学放大内镜、电子染色内镜技术（NBI、FICE、I-SCAN、LCI和BLI等图像增强技术）对黏膜表面的毛细血管及腺管开口等细微结构进行观察，对于判断腺瘤的存在有重要价值，有助于提高腺瘤检出率。如发现可疑病变则需确定病变的具体部位和范围，并详细在内镜报告中记录。



（五）规范内镜报告

1. 为确保完整了解观察结肠和直肠，图片采集中应保证内镜图片数量和质量，建议内镜系统工作站留图如下：回盲瓣2张；阑尾隐窝2张；盲肠、升结肠、肝曲、横结肠、脾曲、降结

肠、乙状结肠、直肠应至少留 1-2 张，共 12-20 张。如发现异常，需额外留图，同时需保证每张图片的清晰度。

2. 肠道准备质量在结肠镜检查完毕后使用波士顿量表进行评分，便于后期寻找肠道准备不充分原因及指导患者随访措施，同时将发现腺瘤情况一并记录在内镜报告上。

3. 腺瘤的内镜下描述推荐采用巴黎分型描述，病变分为 0-I 型（隆起型）、0-II 型（平坦型）和 0-III 型（凹陷型）。0-I 型根据病变形态，在内镜下可分为 0-Ip 型（带蒂型）、0-Isp 型（亚蒂型）和 0-Isp 型（无蒂型）；0-II 可进一步细分为 0-IIa（浅表隆起型）、0-IIb（完全平坦型）和 0-IIc（浅表凹陷型）3 个亚型，采用巴黎分型可初步评估腺瘤的浸润深度及内镜下可切除性。

（六）加强结果反馈

各级质控组织、医疗机构要做好监测与反馈工作，依托信息化建设平台，常态化收集、监测质控数据，确保数据填报准确、全面、完整。通过对数据的收集整理，查找影响结肠镜腺瘤检出率的影响因素，反馈结果，协助临床部门查找及解决执行过程中的问题。

四、工作要求

（一）提高思想认识，强调目标导向

各级质控组织、医疗机构要高度重视 2022-2023 年度消化内镜诊疗质控工作改进目标，按照本方案要求，抓好落实。医疗

机构要提高思想认识，在各级质控中心指导下积极改进，切实通过结肠镜规范化诊疗措施，提高腺瘤检出率。

（二）强化措施落实，推动质量持续改进

各级质控组织、医疗机构要根据本方案制定的核心策略，结合本单位实际，制定针对性的落实措施。医疗机构的消化内科及内镜中心、门诊、健康管理中心、药学、设备科等部门、科室要按照工作职责，扎实做好落实工作。消化内科及内镜中心要加强专业质量管理与控制，发现工作中存在的问题，要及时、针对性提出改进措施并落实，不断提高结肠镜规范化诊疗水平，推动诊疗质量持续改进。

（三）建立激励机制，营造良好氛围

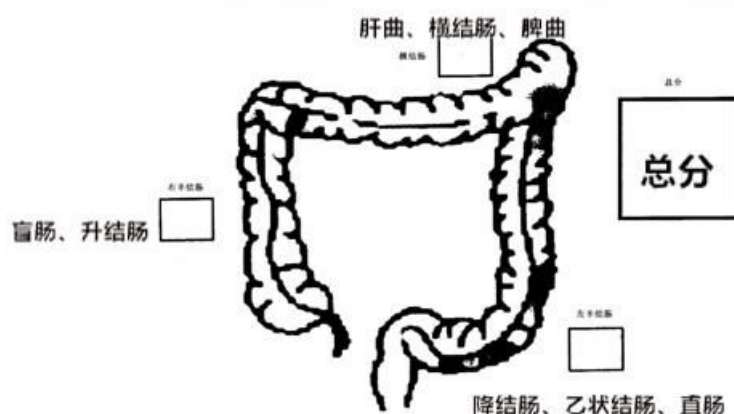
医疗机构要在推进本单位医疗质量持续改进工作中建立激励约束机制，按季度进行数据分析，反馈，并将目标改进情况纳入绩效考核，充分调动医务人员积极性，鼓励专业医师不断提升结肠镜诊疗水平。各级质控中心在工作中发现质控指标改进较大、工作开展较好的情况，要认真梳理经验方法，反馈至省质控中心，以便于及时推广经验，树立先进典型，营造良好氛围，持续提高结肠镜腺瘤检出率。

附件：肠道清洁度波士顿评分量表

附 件

肠道清洁度波士顿评分量表

将整个大肠分为三段分别进行肠道清洁度评分，这3段分别是（盲肠和升结肠；肝曲、横结肠和脾曲；降结肠、乙状结肠和直肠）。



按照最差～最清洁分为4级，分值记0-3，总分0—9分。

波士顿量表结肠各段清洁度评分标准	
0	由于无法清除的固体或液体粪便导致整段黏膜无法观察
1	由于污斑、混浊液体、残留粪便导致部分黏膜无法观察
2	肠道黏膜观察良好，但残留少量污斑、混浊液体、粪便
3	肠道黏膜观察良好，基本无残留污斑、混浊液体、粪便

根据波士顿量表，每段肠道的评分 ≥ 2 分，总体大于8分为合格。

抄送：国家卫生健康委医政司。

