维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第1期

(28)
84-85

结肠镜检，操作方法

纤维结肠镜
非荧光透视下循腔进镜的操作体会

R 574.62

第一医院普外科 何代文
内 窥 镜 室 张文育 张世凤

中图分类号 R443.8

作者自1990年开展纤维结肠镜(Olympus TBW)检查。未用X线辅助透视，采用循腔插镜的方法检查病人318例。送达盲肠成功率96.6%。大肠疾病检出率与上海华东医院[1]、广州南方医院相似。送达盲肠最短时间3分钟，最长60分钟。无肠穿孔、消化道出血等并发症发生。现将操作体会简述如下。

操作方法

找腔和跟腔 要想成功的循腔进镜，必须认识肠腔的特点及走向[2]。如遥望很远的肠腔呈隧道状；肠管收缩则可见闭合纹；镜头偏向一侧，视野中只见部分肠腔或斜坡状肠壁。此外，肠管弯角处可见半月形皱折，皱折即为肠腔走行方向。术者除熟习肠腔的特点及走向外，尤其重要的是能熟练地用双手调节角度钮，才能操纵镜头持续跟踪肠腔。插镜时始终遵循寻腔进镜的原则，致少可见部分斜坡状肠壁，决不盲目插镜。如物镜抵触肠壁，视野中只见一片红色或血管纹。此时可根据进镜深度及腹部透光轨迹判断镜头所在肠段，调节角度钮或注气重新找腔；仍不见腔时则应退镜寻腔。

取直镜身 取直镜身有助于插镜成功并可减轻病人腹部不适感。在插镜过程中反复采用拉镜法(即镜头呈取直状态作较长距离退镜)，使镜身一开始即尽量成取直状态。如果随镜身的送入而镜头不进或反退时说明镜身已打弯结袢，需拉直镜身。有时虽然镜头可进，但镜身已明显结袢或受检者腹痛较重时亦需拉镜取直镜身以减轻病人痛苦。尤其当镜头已达降结肠或升结肠而镜身在乙状结肠或(和)横结肠内打弯结袢时，采用单纯的拉镜手法很难取直或取直后再入镜时又重新结袢。此时可采用"跃动"(Jiggle)手法[3]，即将镜身快速进退5—10 cm。跃动的幅度及频度根据镜头的进退情况适当掌握。当镜头开始退或突然跃进时说明镜身已直，应立即停止跃动或相应的迅速退镜，防止镜头突进时穿破肠壁。

腹部手法防袢 腹部手法防袢是插镜成功必不可少的手段，本文仅采用"压推"或"推顶"手法。防止镜身在乙状结肠或横结肠打弯结袢。只要手法得当，防袢效果很好。

注气与抽气 适时适量的注气或抽气与插镜成功与否关系甚大。抽出肠道内气体使肠管柔软，容易像"手风琴风箱"样套迭在镜身上，以利于取直镜身。但在找腔时需适当注气。尤其在肠道弯曲部，如直乙移行部，乙降移行部，脾曲及肝曲等部位。可适当多注气，让弯曲部在注气后肠腔变得宽阔，便于镜头转动自如寻腔。一旦通过弯曲部后即尽量抽出肠腔内气体。

检查体位 开始插镜时均采用左侧卧位。17%的病人单用左侧位即能顺利插入盲肠。平均插镜时间8min。左侧位插入困难时改为仰卧位后46%的病人亦顺利插入盲肠，平均12min。37%的病人需经多次改变卧位方能达盲肠，平均26min。一般说来，通过乙降移行部及脾曲时需右侧卧位。通过肝曲时用左侧位以增大弯曲，使锐角变为钝角。有时

维普资讯 http://www.cqvip.com

(29)
85-86

下颌牙槽嵴严重吸收的全口义齿固位探讨

R783.6

第一医院口腔科 李晓智 裴 帆

提 要 本文报告了下颌牙槽嵴严重吸收时全口义齿的一种修复方法。主要采取尽可能增大基托面积，适当降低垂直距离的方法完成义齿。从而增强了义齿固位，收到了较为满意的临床效果

关键词 牙槽嵴；吸收；全口义齿，总，下颌，义齿固位
中图分类号 R783·1

全口义齿的固位，一直是全口义齿修复讨论的重点，是义齿修复成功与否的关键之一，是义齿行使咀嚼功能的前提。多年来，国内外口腔界采取了不少办法以加强全口义齿，尤其是下颌全口义齿的固位，如前庭沟加深术，牙槽嵴增高术，非手术方法扩展唇颊舌翼总义齿等。笔者在临床上也常遇到牙槽嵴严重吸收，甚至于下颌舌骨嵴几乎与牙槽嵴顶平齐的病例，则采取以下方法予以修复，获得较满意的临床效果。此法简单易行，不需任何特殊设备及手段即可完成。现将其重点介绍如下，供同道们参考：

1. 尽可能扩大基托的伸展范围

① 基托在颊侧翼缘区尽量伸展，甚至略微超过前庭沟底，并使其边缘圆钝，以形成良好的边缘封闭及承担较大殆力。由于此区肌肉活动度较小，不至于因肌肉活动导致义齿脱位。

② 基托在舌侧翼缘区适当向下后伸展，即充分利用下颌磨牙后垫舌侧的组织倒凹，使左右两侧基托互相制约，增强固位。但此延伸应不妨碍舌和吞咽运动，也不应使病人感到恶心。舌翼下缘应越过下颌舌骨

镜头已达升结肠但镜身已在横结肠或（和）乙状结肠打弯结袢，镜头不能再前进。当用其它方法不能取直镜身时，可将病人置于仰卧位，减少侧卧位时横结肠、乙状结肠倾向一侧的重力，反复采用跃动手法取直镜身。再不奏效时可退镜至横结肠，降结肠，甚至退到乙状结肠后重新边抽气边插镜，终可获得成功。

结 论

纤维结肠镜检查时不用X线辅助透视，完全采用循腔进镜的方法是可行的，随着纤镜的不断改进，操作技术的熟练而成功率会不断提高。循腔进镜操作安全，本组无肠穿孔等并发症发生。检查时病员痛苦轻。因为采用循腔进镜，多数病变在插镜时即发现，退镜时再仔细复查，因此漏诊的机会相应减少。

（收稿日期：1992-01-21）

参考文献

[1] 周殿元，等．纤维结肠镜临床应用 第1版 上海科技出版社 1987；6
[2] 周殿元，等.中华内科杂志 1979；18；180
[3] Hunt RH & Waye JD, Colonoscopy, Chapman and Hall London 1981；109:178

（收稿日期 1992-03-04）