

我的肠镜操作心得

2015-08-18 医学界消化频道收藏, 稍后阅读

我的肠镜操作心得.docx

2018/05/07 16:23, 17.76KB

一直想把自己对肠镜的理解写下来，但碍于文笔有限，一直没有勇气，最近在长海进修ERCP，空闲时去看符老师做肠镜，和他一交流，发现很多观点不谋而合，而我的内镜水平，从胃镜受到天狼星胃镜操作心得的影响很大，也想把自己的想法和大家共享，中间可能引用部分工藤的结肠镜插入法的内容（我差不多看了十遍），但绝对不是抄袭。

作者：苏州大学附属第二医院 祝建红

来源：医学界消化频道

第一部分：肠镜为什么难学

很多人在学习肠镜，但肠镜确实很难学，能做了但要做到病人不痛而且很快到回盲部更是难上加难，为什么呢，这是很多人问我的问题，也是我刚学肠镜时困惑的问题，其实主要是：肠镜没有固定的招式，不像胃镜，路是固定的，到贲门口肯定是左转后右转，大钮up，一招一式很清楚，但肠镜则不是，肠子的走向千变万化，不可能谁会告诉你到哪应该怎么走，怎么动钮，所以肠镜只有原则，套用武侠的一句话：只有心法，没有固定招式，修行在自身。

第二部分：那些肠镜的基础

1.操作肠镜时的姿势，个人很强调操作肠镜时的姿势，就像“练武”时的马步，我当初初学肠镜时就是没注意这一点，现在想改有点改不掉，基本姿势如图：

图中的重点是：a右手不能离开镜子，b：右手距离肛门口30cm左右（我当年就是没注意这一点，现在在努力改正中），大家初学时一定要坚持这样的姿势，对于你以后的肠镜高度有很重要的作用，相当于练武时的基本功。

2.关于肠镜本身，我们一直在操作肠镜，但你了解你使用的武器的基本结构和原理吗，当然，我不是指它的钮什么的，我是指镜身，下图可帮助你们理解，肠镜是竹节样结构的，这就解释了为什么我们的镜子不能推，要旋和拉的基础。

上图工藤的书里用来解释为什么要保持镜身的直，也就是保守镜身的自由度，但为说明如何保持，却写得很含糊，我自己总结出两个字，旋和拉，其实镜身的结构和玩具蛇是一样的，你拉，它会变直，你旋，它也是直的，而且，你把蛇扭出个圈，你转它尾巴，它不但会变直，蛇头还会往前走（你们能理解我这句话吗，如果理解就往下看，如果不理解去买个玩具蛇玩玩）。

第三部分：肠镜的精髓

个人认为，肠镜的精髓在于保持镜身的直，也就是自由度，那么如何保持镜身的直呢，拉和旋，而且旋比拉重要，因为旋不但能接袢，还能让镜身继续前进，特别是过乙状结肠，尽量旋，那么，往哪个方向旋呢，往正确的方向（等于没说），怎么判断方向正确？1.镜身变松（襻没了）；2.镜头在向前，所以我一般前面（直乙及乙降）以旋为主，基本不拉，只是保持镜身向后的张力，而且有时旋的幅度很大，甚至可能超过270度，旋到镜身的自由度出现为止。不管体外的镜身扭成什么样（和工藤的观点不同），一般在横结肠和过肝曲要大幅度拉镜，右旋，拉，而且把镜身的硬度调到2,有助于拉镜的效率，很多初学者抱怨拉镜没效果，其实是旋的不够，为拉而拉（特别是前面）。

第四部分：一些过弯的技巧

1.我们做肠镜，最先面临的应该是过弯的技巧。在此，我要提出一个观点，肠镜不应该是循腔进镜，起码不是把整个腔摆好了进，而是判断出肠腔方向，通过旋镜挤过去，然后再马上回复，而旋镜的方向也是有讲究的，如果你现在往左旋能使镜身变松，即使腔在右边，你也先往左旋，通过调钮把腔摆左边后通过，也就是说，镜身的松弛（自由度）是第一位的，不能光顾这过弯。

2.对于锐角弯如何过：很多人碰到锐角弯发现无从下手，滑镜又不敢（估计大部分人都不敢），而即使滑过去，病人也很痛苦，医生也害怕，我现在自己找到了一个方法（不是什么吸气使锐角变钝角）。我称之为：半推半就法，就是说，我大体判断腔的走向，轻轻靠近粘膜，稍微顶一下镜身（类似半滑），但以病人不痛为基础，然后动大小钮找腔，这时你大小扭动是安全的，因为顶在肠壁（着力点）的是镜身而不是镜头，看到腔后，不要急，不能顶，通过轻轻旋转镜身（方向判断见上），把镜身转入肠腔，这样做的好处是病人不痛，因为是利用镜子本身的弹性过弯，安全的。

第五部分：肠镜中最难的部分——气体的控制

肠镜中最难的应该是气体的控制了，个人认为少注气比吸气更重要，你只要把旋和拉掌握好，吸气并没有那么重要，但一定要少注气，因为有些袢，特别是乙状结肠，完全充开的话可能必须顶过乙状，在降结肠大幅度的旋镜才能解袢，有时必须护士按压。而少注气意味着路途短，不容易结袢。而控制气体通过，1.注气时调到中低当（对于初学者尤其有用）；2.半吸引方式，即充开肠壁看清方向后轻吸引，使肠腔缩小，但不是吸住粘膜看不见，这样你反而要充更多的气。（掌握吸引空到在五点钟方向，把镜头摆在腔中吸引至腔缩小，但不是闭合）。

第六部分：总有那么一些难做的病人

没有人敢说没有做不进去的肠镜，因为总归有些是难做或者做不进去的，那么哪些人难做呢？个人观点：1.手术病人，特别是妇科手术病人；2.回盲部有肿瘤的病人（特别是可能粘连的）；3.腹围特别大的病人（特别是老太）。因此，及时的让护士按压腹部或者改变体位很重要，因为越晚弄越难做（充气的关系），个人认为以下几种情况要果断要求按压：1.20 cm左右就结袢，而且解不了（这个部位结袢，如果你是高手，那么肯定病人直肠固定袢，解不了，初学者结袢可能是直乙没过好，能解），那么按压。2.过了直乙发现一路是直的（往往发生在接手或者前面过的不顺），那让护士按压，过了乙状到降结肠再旋拉。

（本文图片来自工藤进英结肠镜插入法）