

胃 鏡 檢 查 对胃部病变的诊断

С. М. СЛИНЧАК 著

吳 錫 琛 譯

江苏人民出版社

胃鏡檢查对胃部病变的診斷

С. М. СЛИВИЧАК 著

吳錫琛 譯

江 蘇 人 民 出 版 社

С.М.СЛИНЧАК
ГАСТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ЖЕЛУДОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ
ГОСМЕДИЗДАТ УССР 1936

胃鏡检查对胃部病变的診斷

吳錫琛譯

江蘇省書刊出版營業許可證出〇〇一號

江蘇人民出版社出版

南京湖南路十一號

新華書店江蘇分店發行 南京郵電印刷廠印刷

開本787×1092 1/32 印張3 $\frac{9}{16}$ 插3 字數76,000

一九五八年六月第一版

一九五八年六月南京第一次印刷

印數1—3,100

譯 者 的 話

胃鏡檢查術在國內醫學界還是一項新的知識，在蘇聯已經有數十年的歷史，我國國內尚缺乏有關這方面的書籍。譯者于工作之暇，翻譯此書，供從事此項工作的醫師參考。

本書共分五部分：第一部分敘述胃鏡發展的過程；第二部分敘述口腔、咽喉、食管及胃的解剖特點；第三部分介紹胃鏡檢查的方法；第四部分敘述正常及病理胃腸的胃鏡和X綫形象；第五部分敘述胃鏡及X綫檢查法，在胃部疾病診斷價值上的比較。

本書譯後，蒙大連醫學院內科基礎教研組陳鏞耕師代為校正，特此致謝。

吳錫琛 于南京人民鼓樓醫院

緒 言

一般胃部病变的診斷，尤其是胃癌的診斷，到現在为止还是相当困难的。特別棘手的是胃癌的早期診斷問題。根据大多数医师的意見，虽然临床及X綫檢查的方法与技术有了发展，胃癌的診斷主要还是在第二期甚至第三期，也就是說，当胃癌的治疗已很少效果或甚至不可治的时候才被发现。

国内外主要的临床医师所发表的資料說明，胃癌患者根治手术的百分率比較低。在不同的机构里，这个百分率波动在27—61%之間，也就是說，胃癌适宜手术率平均約为40%。而根据А. И. Савицкого氏及Н. С. Стечкина氏的意見，在根治手术者中，生存五年的总百分率刚刚达到3—5。但是国内外作者的多年經驗指出，在疾病的第一期及第二期中进行手术，59.7%的病人能繼續活过五年，而在第三期及第四期进行手术的病例中，只有20.1%——21.4%。从上述的材料看出，診斷确定得愈早，治疗的結果就愈好。这些令人鼓舞的資料驅使医学界找寻早期識別胃癌的新方法。这些方法之一就是胃鏡檢查。胃鏡檢查的主要优越性在于可以研究有生命的胃粘膜及其顏色的一切特点，并根据这些特点，确定粘膜表面最微小的变化。这就保證了胃癌的早期診斷。所謂胃癌早期診斷，意味着肌肉层未受浸潤，当癌肿以局限的結节的形状出現在胃粘膜的表面或在潰瘍的边緣时，就发现了癌肿。

由此可見，胃癌早期診斷問題，依靠于胃癌前期疾病——息肉、萎縮性胃炎、肥厚性胃炎及潰瘍的診斷。

胃癌前期疾病轉变为癌的可能性，以有无胃癌特有的临

床症状为前提,所以确定早期胃癌的任何症状是不可能的。化驗檢查的結果(檢查胃液及糞內隱血),以及各種生化反應(血液中溶癌性質喪失,偏振光分析術等),僅在有相應的臨床材料時,才能予以重視。洗胃液體的細胞學檢查可以有一定的診斷意義,而這個方法還處在探討和研究階段,還沒有廣泛地應用到醫學實踐中去。因此,現在診斷胃癌的主要方法是X綫檢查。但是必須指出,當診斷胃癌的主要X綫征候——充盈缺損及蠕動減退——出現時,腫瘤已經很大了(Р. А. Лурия氏),癌腫已經浸潤到所有胃壁各層,並在極大多數的病例,已經有遠程的轉移了。除此之外,這些症狀往往也在良性病變中發現——潰瘍病、胃竇部胃炎及胃周圍炎等,這些情況是造成錯誤結論的根基(根據А. С. Федореву氏為20%,而根據Ю. Н. Соколову氏為36.6%)。由此可見,X綫檢查對胃癌的早期診斷貢獻很少。因此為了在其開始的時期查明胃癌,必須採用能夠查出胃粘膜炎非常微小變化的方法,而正如大家所知道的,這只有用眼睛直接來檢查胃粘膜炎才有可能。大多數的外科學家及放射學家都持有這種見解。Гутцейт氏和Геннинг氏認為,在檢查結果的準確性上,胃鏡檢查勝過X綫檢查的材料,因而胃鏡檢查得到極大重視。

Шиндлера氏指出,每一個年齡超過35歲有胃病的人,經過4—6周的治疗而沒有效果時,必須進行胃鏡檢查。

雖然從19世紀末已採用胃鏡檢查病人,在俄羅斯這個有價值的方法還沒有獲得廣泛的推行。應用胃鏡於臨床工作的俄國學者中,必須提到В. И. Добротворского氏,Г. С. Белевского氏,А. А. Якобсона氏。在蘇聯胃鏡檢查術的發展中,Н. С. Смирнов有卓越的貢獻,他寫了許多有興趣的著作及胃鏡入門書。在蘇聯,不僅在大的臨床醫院,即在地區醫院也有順利

地进行胃鏡檢查的一切条件。現在我們的工业部門出产了优良的可曲式胃鏡 这种胃鏡保證了檢查的安全性, 促进胃鏡的应用。工作實踐指出, 当遵守适应症、禁忌症和遵守謹慎的基本原則时, 檢查并不产生些許严重的併发症。除了經過胃鏡用眼研究胃粘膜以外, 有可能利用 Генинга 氏照相机进行胃粘膜摄影。現在彩色照相的方法已經拟制成功。

虽然我們极重視胃鏡檢查, 認為它是胃癌及癌前期病变診斷更加准确的方法, 但并不認為它是单独的可代替 X 綫檢查的方法, 胃鏡檢查仅是病人綜合性临床檢查中有价值的一个环节。根据个人在檢查病人中的临床經驗及文献的研究, 我們建議胃鏡檢查須与其他方法合併应用。

目 录

緒 言

第一章 关于胃鏡檢查发展的文献資料	(1)
胃攝影术	(3)
第二章 口腔、咽喉、食管及胃的解剖生理特性	(5)
口腔	(5)
咽喉及食管的入口	(6)
食管	(6)
胃	(8)
第三章 胃鏡檢查的方法与技术	(12)
胃鏡的結構	(12)
檢查前病人的准备	(13)
插入胃鏡的技术	(14)
用胃鏡檢查胃部	(15)
胃鏡檢查輔以适量触診的方法	(19)
胃鏡檢查的适应症与禁忌症	(24)
第四章 正常及病理胃脏的胃鏡及X綫形象	(26)
正常胃粘膜的胃鏡特征	(26)
肥厚性胃炎的胃鏡特征	(29)
肥厚性胃炎在X綫檢查中的胃粘膜雛形	(33)
萎縮性胃炎的胃鏡現象	(36)
萎縮性胃炎的X綫形象	(37)
淺表性胃炎的胃鏡及X綫形象	(38)
胃潰瘍的胃鏡形象	(39)

胃潰瘍的X綫診斷	(44)
胃癌的胃鏡現象	(50)
X 綫診斷胃癌的主要資料	(57)
胃息肉的胃鏡現象	(64)
X 綫診斷胃息肉的主要資料	(66)
第 五 章 胃鏡檢查及 X 綫檢查法在胃部疾病診斷價值上的比較	
胃鏡檢查及 X 綫檢查資料在胃癌診斷價值上的比較	(70)
X 綫檢查及胃鏡檢查對胃潰瘍診斷價值的比較	(81)
胃良性腫瘤的診斷	(88)
X 綫檢查及胃鏡檢查法對胃炎診斷的比較資料	(90)
結 語	

第一章 关于胃鏡檢查发展的 文献資料

在1868年, *A. Куссмауль (Kussmaul)* 氏企图实现用眼直接观察胃粘膜的理想, 把长47厘米、直径13毫米的直管插入吞剑者的胃内。仅经过11年, 在1879年, *B. Нитце (Nitze)* 氏制成了最初类型的胃鏡。

在1881年, *Микулич (Mikulicz)* 氏按膀胱鏡的形式, 制成了一种弯曲 150° 角的器械, 利用这种器械来检查胃腔。检查者能确定某些胃病理状态, 甚至能诊断肿瘤。但是由于器械的不够完善及应用的困难, *Микулич*式胃鏡同样没有获得广泛的推行。在1895年 *Розенгейм (Rosenheim)* 氏提出了直式胃鏡采用这种胃鏡使胃鏡插入及胃内检查特别容易。

俄国医师 *П. М. Ревидцов* 氏企图使胃鏡插入简易化, 并改良其构造, 于1897年倡用彈式胃鏡。这种器械的特点是: 它的外管是软的, 可以象胃管那样插入, 而经过外管, 再插入互相套迭的金属的中央管及内管, 在中央管的末端, 固定一小灯泡, 并有一个三稜鏡的开口; 内管本身装有三稜鏡、光学系统及接目鏡。

在1898年, *Келлинг (Kelling)* 氏倡用可曲式胃鏡。这种胃鏡的下端, 是由許多圆柱形的环所构成。在胃鏡的末端, 固定着喙状突起, 长约10厘米, 与胃鏡成鈍角。由于器械有喙状突起及可曲的下端, 插入胃鏡非常容易。但胃鏡光学构造及照明设备的不够完善, 迫使人们放棄应用这种胃鏡。

Ленин及Штида(Loening及Stieda)氏于1908年制造了一种由两部分组成的胃镜,外端硬部留在牙齿的外面,内端弯曲部,通过食管。经过这个管子,插入带有光学系统及小灯泡的直管。

以后于1912年С. М. Рубашев氏提出了新的胃镜检查方法,并确定了检查时病人最适当的位置。同一年,В. Н. Добротворский在“关于胃溃疡外科治疗问题的现代情况”的著作中,提供了检查胃个别部位的详细记载,并且首次描述了癌变初期的溃疡。

Г. Эльснер(Elsner)氏倡用末端有软导管的硬胃镜制造了光学及照明系统,并奠定了系统地检查胃粘膜的基础之后,胃镜检查获得了较广泛的推行。

自从1922年出现了Шиндлер(Schindler)式胃镜的时候起,特别从他的胃镜图谱及胃炎分类出版的时候起,用胃镜检查胃的方法开始非常迅速地发展。

在1929年,Г. С. Белевский拟订了并制造了利用食管镜的新胃镜检查法,这个方法的优点是:利用这种方法,易于检查胃贲门部及胃小弯的末端。在这同一年,А. Г. Гагман氏改变了Вольфа式的胃镜,以金属轴代替了带有细导子的闭塞器,在这个金属轴的末端装有直的半弹性的导管。这种导管使胃镜容易插入,并防止胃贲门部的损伤。Н. С. Смирнов氏利用这种胃镜进行了56次胃的检查,从未有合併症。

采用胃镜检查的俄国学者中,应当提到Лихтендорфа氏(1912年)及А. А. Яковсона氏(1929年)。

最后在1932年Шиндлер及Вольф(Wolf)氏倡用不可拆开的可曲式胃镜,现在大多数检查者都利用这种类型的胃镜,这种胃镜方便的地方是:插入胃镜十分安全,并且不引起特别

的困难，它那良好的光学及照明系統，使我們有可能仔細檢查胃粘膜。

在苏联胃鏡檢查的发展中，*Н. С. Смирнов* 氏有卓越的貢獻，他出版了許多有关胃炎及胃潰瘍診斷的饒有兴味的著作。

Н. С. Смирнов 氏所出版的胃鏡入門书，給科学界带来了特別寶貴的貢獻。

在最近时期內，出版了 *И. М. Фунта* 氏，*И. А. Шеختера* 氏，和 *В. А. Головинича* 氏，*Г. М. Сагателяна* 氏的某些著作，这些著作涉及胃鏡檢查的各种問題，并引起了很大的实际的和理論的兴趣，*В. И. Добротворский* 在这个領域內做了很多工作，他比較了胃鏡檢查及 X 綫檢查的方法，写道：“無論 X 綫檢查的成就何等巨大，無論其将来有何等成就，这个間接判断的方法，未必能确定許多可能用眼直接觀察的潰瘍。因此，关于研究胃鏡檢查法的必要性是勿庸爭辯的。”現在，我們結合胃鏡檢查与 X 綫檢查使之相輔为用，已逐漸有可能解决象胃癌早期診斷这样的复杂問題。

在苏联，有着发展胃鏡檢查，并在医学實踐中广泛运用它的一切条件。但是，尽管胃鏡的技术及器械的改善有了发展，胃鏡檢查的方法还推行得不够，这是由于广大的医师大众不熟悉这个方法，因为这个方法在文献上报导得很少。

胃 攝 影 尤

在1892年，*М. Эйхгорн* (*Einhorn*) 氏第一个企图經胃鏡攝取胃粘膜，因为器械不够完善及胃的照明問題未获解决，他的嘗試以及他繼承者 (*Форахиты* 氏，*Эльснера* 氏及 *цтида* 氏等) 的嘗試沒有成功。

直到1928年苏联学者 *Максютову* 氏及 *Г. Д. Фельдштейну*

氏解决了光学器械及胃的照明問題，用他們所制造的摄影装置，完成了100多張胃部分粘膜的照片。这个器械很小，包含有六个安置成圓周形的鏡頭，其中两个鏡頭是立体的，照片是这样进行的：器械固定在粗的导管上，导管中間有电綫及注气用的瓣門，患者把这套器械及导管吞下，經過导管注入600—800毫升空气入胃 此时进行快速的照相，包括全部胃壁，在螢光板下确定照相器械的位置。С. С. Вайнштейн 氏利用这个器械，进行了120多次照片，Г. Д. Фельдштейн—100多次。这些檢查者获得极其令人鼓舞的結果，使他們想創立特殊的胃动描写器的处所。Геннингс 在1931年也能用他自己所制造的照相机，固定在胃鏡接目鏡上，攝得令人滿意的照片。

現在，正在研究摄取胃粘膜彩色照片的問題。

第二章 口腔、咽喉、食管及 胃的解剖生理特性

为了正确地进行胃鏡檢查，必須对于消化道的某些部位有明确的概念，因胃鏡在进入胃腔之前，先通过这些部位。这就有必要了解这些器官的解剖知識，因为这对順利地进行麻醉也具有一定的意义。同样必須对正常的及病理的胃的构造与位置，要有明确的概念。胃的形状与位置依人的体质、病理改变的部位与位置而異，也依檢查时病人的位置而異。因此，关于胃全部及个别部位位置的知識，对胃鏡檢查有巨大的意义，这样可以給插胃鏡的医师提示檢查时可能发生的困难并能拟訂消除这些困难的办法。

考虑到这一切情况，拟对口腔、咽喉、食管及胃的解剖进行簡短的敘述。

口 腔

当經過口腔插入胃鏡时，口張开的寬度，門齿的大小，舌的厚度及口腔軸与咽喉軸所成角度的大小都有一定作用。口張开得愈寬，胃鏡愈容易插入。病人若有特別紧密及直立的牙齿，口腔的入口处变小了，插入胃鏡較困难；病人若有矮而稀疏的牙齿，口腔的入口处寬，胃鏡檢查就相当容易。

年老的人完全没有牙齿时，插入胃鏡特別容易。

舌的大小对插入胃鏡也有不少意义。肥厚的、活动迟鈍的舌头，使咽喉部入口处縮小，由于这个緣故，胃鏡插入发生困

难。因此为了使胃鏡易于插入，必須用左手兩指把舌向下向前压住。

口腔与食管之間，天然的直角也使胃鏡插入发生困难。头极度后仰能使这个角度变得平坦，成为鈍角。对于頸部的細长灵活的人 这是很容易做到的。頸部短胖的人，口腔与咽喉之間的角度很难使之平坦，因为头仅能略向后仰，因此在这种人，插入胃鏡是非常困难的，而有时不得不完全放棄檢查。檢查后1—2天内，短頸的人觉得咽喉部有輕微的疼痛，但从未遇到，胃鏡檢查后咽喉部发生功能的障碍的。

咽喉及食管的入口

咽喉是逐漸向下狹窄的管腔，長約14厘米。咽喉部分为三部分：上部——鼻咽部，中間部——口咽部及下部喉咽部。

口咽部及喉咽部位于第2—6頸椎的平面。口咽部的前壁是由舌根、咽喉部皺折（由舌至会厌軟骨），喉部入口，杓状軟骨及环状軟骨所构成，这个前壁形成隆起，向后凸出。胃鏡可以很容易沿此脫入梨状竇，梨状竇是由杓状軟骨及环状軟骨所构成的。因此为了不損伤梨状竇，插入胃鏡时应当緩慢，并且不用暴力。胃鏡处在梨状竇里时，在消瘦的病人可以肉眼看見頸部的变形；而在肥胖的人，胃鏡插入有輕度阻力，病人訴咽部不适及頸部触診，可以示明胃鏡在梨状竇內。在大多数病例，經咽喉部插入胃鏡不发生特別的困难。

食 管

为了沿食管安全地推进胃鏡，必須考虑其某些特点，本章将敘述这些特点。

食管是一个肌肉构成的管腔，长25—27厘米。食管入口

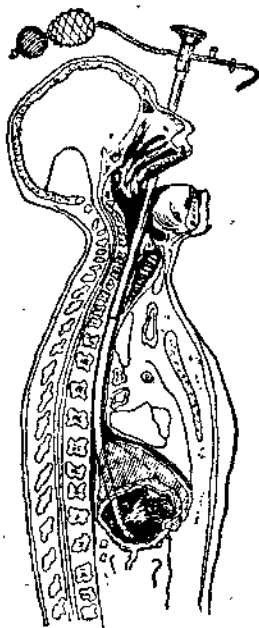
位于环状软骨的下缘，而食管的贲门部——在第10—11胸椎的平面。

在通向胃的过程中，食管形成三个弯曲与三个狭窄。在其起端，食管位于中线；在胸部，食管略向左偏；而在中央部，它被主动脉弓压挤至中线的右边；到达第7—8胸椎时，食管重新偏向左侧；而当转入胃时，食管离开脊柱向左约2厘米。所有这些弯曲处，在插入胃镜时，除了贲门部外，没有些微重要的意义，因为这些弯曲表现得不显著，而食管周围松软的脂肪组织，允许食管具有向各方面的很大移动性。

在胃镜插入的过程中，胃镜遇到的第一个障碍是食管的咽端，在这个部位，胃镜插入困难，因为食管非常狭窄（4—5厘米直径），并且咽部缩肌的肌索在这个部位编入食管，这段肌肉的痉挛可以成为胃镜插入时的严重障碍，因此为了顺利地进行胃镜检查，必须在咽部及食管起端进行适当的麻醉。要使胃镜容易插入，必须叫病人作吞嚥动作，这种动作促使胃镜较迅速地推入食管，并较少损伤食管。

位于气管分叉处平面的第二个狭窄不妨碍胃镜的推进。

第三个狭窄位于第10—11胸椎的平面，也就是膈肌的平面。



第一图 胃镜的形式及胃镜在胃内的位置（按H. С. Смирнов 氏的图案）

在这个部位，食管最为固定，而明显地偏向左边，因此食管胸段与腹段之間形成很大的角，胃鏡通过食管的这个部位是最困难的。此处必須非常小心地和謹慎地推进胃鏡，因为这里最容易給病人造成重大的损伤。

当胃鏡通过食管的賁門部时，病人常常感到疼痛。因此，若在这个部位遇到比平常大的阻力，最好放棄檢查，使不损伤病人。通常軟式胃鏡很容易通过賁門部，我們从未因此而放棄檢查。但 *Мутье (Moutier)* 氏及 *Р. Шиндлер* 氏提出，有 3—5% 的病例，不能够插入胃鏡。在某些病例，正如 *Н. С. Смирнов* 氏正确的提到，以旋轉运动，或者注入少量空气入食管，使易于插入胃鏡。*Шиндлер* 氏建議，在这个时候把胃鏡的外端轉至口腔的右角。通过食管之后，胃鏡就插入胃內（見第一图）。

胃

成年人的胃，大部分隱藏在左季肋下部，較小部分在上腹部，位于中綫的右边。在正常情况下，胃賁門部位于第11胸椎的平面，中綫的左边，而胃幽門部位于第一腰椎的平面，中綫的右边。

賁門部及幽門部是胃固定最紧的部位。

胃可分为入口部（即所謂胃穹隆部或賁門），出口部或幽門部，中央部或体部、位于二者中間的部位。

幽門部可以分成：接近胃体部的开始部分、幽門竇，及末端部分、幽門口，轉入十二指肠。在胃小弯的下行部分轉入上行部分的地方，是大小不等的胃角，胃角的大小决定于胃的形状与位置。

胃的位置与形状在人生活过程中变化无常，是决定于肌肉层的发育及緊張力，韌帶装备的状态，它的生理功能的状态