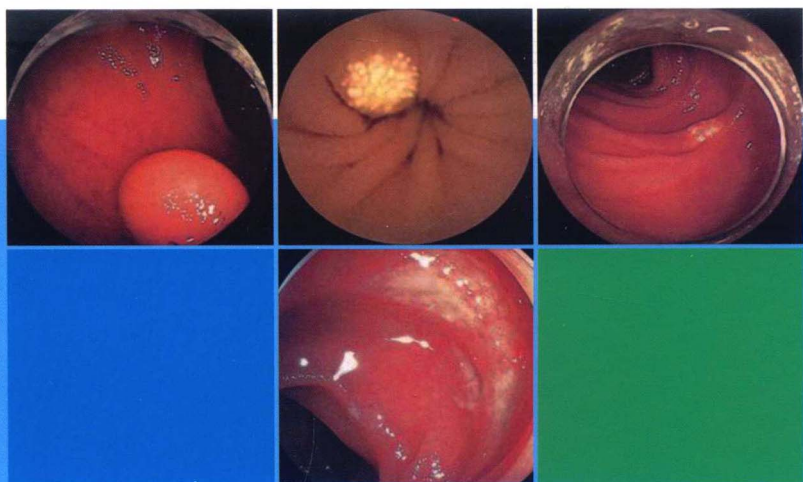


主 编 于中麟

小肠疾病的 内镜诊断

XIAOCHANG JIBING DE NEIJING ZHENDUAN



人民軍醫出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

小肠疾病的内镜诊断

XIAOCHANG JIBING DE NEIJING ZHENDUAN

主 编 于中麟

副主编 张澍田 冀 明 吴咏冬



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

小肠疾病的内镜诊断/于中麟主编. —北京: 人民军医出版社, 2015. 6

ISBN 978-7-5091-8332-8

I. ①小… II. ①于… III. ①小肠—肠疾病—内窥镜检
IV. ①R574.504

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 069111 号

策划编辑: 于 哲 文字编辑: 于明军 刘新瑞 责任审读: 郁 静

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300—8052

网址: [www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装: 三河市潮河印业有限公司

开本: 889mm×1194mm 1/32

印张: 4.25 字数: 78 千字

版、印次: 2015 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—6000

定价: 29.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

本书由多年从事消化科内镜临床一线的专家编写，主要介绍了内镜在小肠疾病诊断中的应用，每种疾病在简介其病因、症状、诊断方法之后，重点介绍内镜检查肉眼所见，以及内镜下与其他疾病的鉴别诊断，最后简述了治疗方法。本书图文并茂、内容实用，可供消化科医师、内镜医师、普通外科医师以及拟从事消化内镜专业的相关人员参考。

前 言

多年来，小肠疾病一直被认为是一种少见的疾病，或者说是认识不足，诊断手段偏少。本人 20 世纪 80 年代赴日本留学期间，发现小肠气对比的 X 线造影能够提高临床诊断能力，应将其掌握。回国后确实也诊断了数例临床上在各地都不能确诊的病人，但病情皆较晚，由于是放射线专业，故未从业，即便如此仍感到前人所称的小肠疾病还是——“黑暗土地”。

1971 年 Olympus 开发了小肠镜，但当时只能推至屈氏韧带，而且很难操作，故未能推广。日本山本博德医师开发了双气囊小肠镜，为这一漫长的小肠疾病的临床诊断起到了重要的推进作用，随之由富士胶片公司推出双气囊小肠镜，继之 Olympus 又推出单气囊小肠镜，“使黑暗土地见到曙光”。

以色列 Given Imaging 公司在 2001 年开发了胶囊内镜，数年之后国内金山公司也生产出胶囊内镜，使检查安全达到无痛苦化。

以上两者结合，无疑提高了对小肠疾病的认识水平。

随着国内各种内镜的使用和普及，也积累了一定的经验，但终究小肠疾病较少，检查费用偏高，检查者经验有限，为此编写本书，以期为初学者提供学习参考，同时为消化科医师对小肠疾病的认识也提供丰富的参考资料。

本书在编写过程中，得到王海寅工程师、牛丹丹同志的大力支持，在此一并予以致谢。由于编者学术水平有限，对书中的不足或错误之处，望读者给予批评、指正。

国家消化疾病临床研究中心
北京市消化疾病中心 于中麟
首都医科大学北京友谊医院消化内科

目 录

一、小肠炎症性疾病(非肿瘤性疾病) / 1

非特异性小肠炎症性疾病 / 1

克罗恩病 / 1

NSAID 溃疡(非甾体消炎药性溃疡) / 4

肠道白塞(Behçet)病/单纯性溃疡 / 7

慢性非特异性多发性小肠溃疡 / 10

缺血性小肠炎 / 13

过敏性紫癜 / 15

嗜酸性粒细胞浸润性小肠炎 / 17

特异性小肠炎症性疾病 / 20

组织移植后宿主病 / 20

胶原病性小肠病变 / 23

小肠结核 / 26

甲氧西林耐药性葡萄球菌性肠炎(MRSA 肠炎) / 28

放射性小肠炎 / 32

二、小肠肿瘤性疾病 / 35

恶性小肠肿瘤性疾病 / 35

原发性小肠癌 / 35

恶性淋巴瘤 / 37

消化道原发滤泡性淋巴瘤 / 40

肠管 T 细胞淋巴瘤 / 44

小肠 MALT 淋巴瘤 / 48

小肠间质瘤 / 51

小肠类癌 / 55

良性小肠肿瘤性疾病 / 59

小肠多发神经内分泌肿瘤 / 59

Peutz-Jeghers 综合征 / 62

Cronkhite Canada 综合征(CCS) / 64

家族性大肠腺瘤病中的小肠腺瘤 / 67

脂肪瘤 / 71

炎性类纤维性息肉 / 72

小肠平滑肌瘤 / 75

海绵状血管瘤 / 78

毛细血管瘤 / 80

脓源性肉芽肿 / 83

淋巴管瘤 / 86

三、小肠血管性疾病 / 90

遗传性出血性末梢血管扩张症 / 94

小肠静脉曲张 / 97

四、小肠其他疾病 / 101

梅克尔憩室 / 101

小肠憩室(不含梅克尔憩室) / 103

蛋白漏出性胃肠病(肠淋巴管扩张症以外) / 106

肠淋巴管扩张症 / 109

小肠气囊肿 / 113

小肠结石 / 116

异位胰腺 / 118

一、小肠炎症性疾病（非肿瘤性疾病）

非特异性小肠炎症性疾病

克罗恩病

Crohn disease

克罗恩病多表现为腹痛、腹泻、肛门部病变，伴有体重减轻、发热等全身症状。

该病为自身免疫异常而呈持续性炎症的一种疾病，目前病因尚不明确。

除肠管外症状尚有贫血、关节炎、口腔溃疡、结节性红斑，坏疽性脓皮病等皮肤症状及虹膜炎，幼年发病尚可致生长发育障碍，病程长久则易发生恶性肿瘤。

临床症状与活动程度并非完全一致。

必须以内镜、造影检查来客观评价炎症程度及病变范围。以往只能以大肠镜评价大肠及回肠末端的病变，自小肠镜应用于临床以来，使过去无法评价的小肠疾病变成为可能。

治疗方面主要是加强营养及药物治疗。自药物英夫利昔单抗（infliximab）、阿达木单抗（adalimumab）为代表的抗体制剂应用以来，药物治疗已成为主要手段，使长期预后得到改善。目前治疗目标以临床症状改善、防止复发为中心，内镜评价指标也进入了“黏膜愈合”这一概念，治疗原则上采取黏膜愈合后再行抗复发治疗这一理念。

[内镜所见]

气囊小肠内镜已达到肉眼可直接观察的水平，小肠病变的铺路石改变及纵行溃疡、不规整溃疡与大肠镜所见相似。阿弗他样溃疡，即病变中央部呈凹陷性溃疡，周边炎症性水肿性隆起，但这些改变在其他病亦可呈现。

克罗恩病变具有纵行倾向的特征，且此不规则之纵行溃疡在其他疾病比较少见，溃疡多发生在肠系膜附着侧，用内镜观察时处于从回盲部至回肠末端，插镜时多在 12 点处（图 1，图 2），若回肠见到的糜烂呈纵行排列，则大多数活检标本都能在切片上看到肉芽肿（图 3）。

虽然小肠造影、胶囊内镜也可能发现病变（图 4），但不如气囊小肠镜清晰，且能取到活检标本，行病理学诊断，还能进行狭窄处的扩张治疗，而胶囊内镜在有狭窄病变时会有滞留胶囊的危险。不过胶囊内镜检查病人痛苦小，易于接受是其优点。

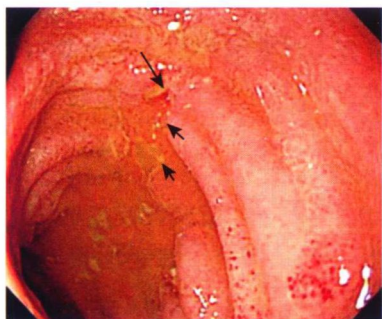


图 1 气囊小肠镜：系膜附着部纵行倾向溃疡



图 2 气囊小肠镜见纵行糜烂

[鉴别诊断与内镜的鉴别]

肠结核：溃疡走行多是横行，或有环形倾向，陈旧病变可见瘢痕性萎缩带。

克罗恩病溃疡多在肠系膜附着处，即内镜插入时多在回盲瓣、回肠 12 点处。尽管如此，实际上鉴别尚存在不少困难。

肠白塞病、单纯性溃疡：多以回盲瓣为中心，呈圆形、卵圆形溃疡，溃疡周边几乎无炎性隆起，极似拔钉孔样凹陷溃疡。

NSAID 空肠病变：多以糜烂为主，至回肠可形成小溃疡，环行溃疡，当克罗恩病发生狭窄时也可以见到。

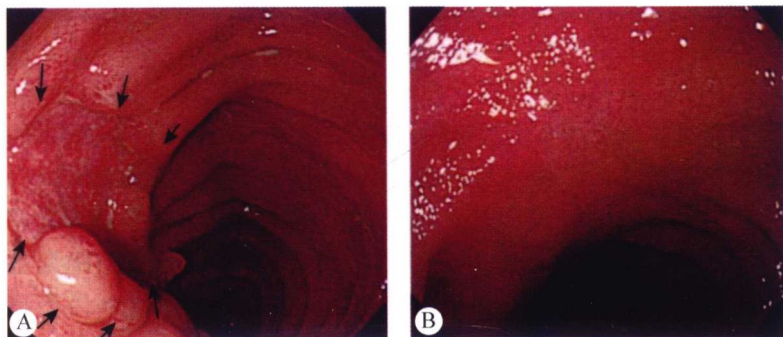


图 3 英夫利昔单抗治疗后黏膜愈合，瘢痕化

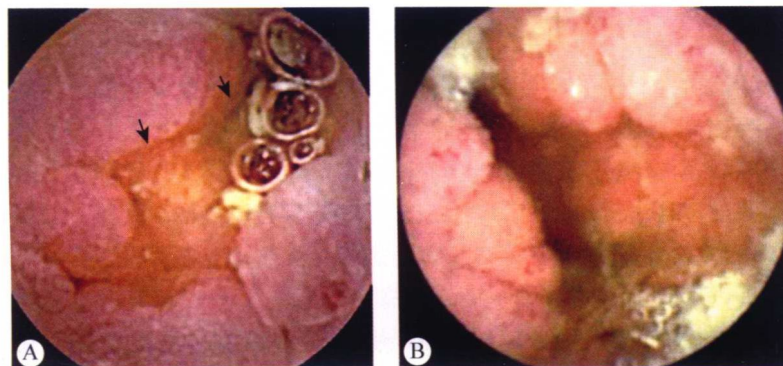


图 4 胶囊内镜所见：回肠纵行溃疡 (A) 和铺路石改变 (B)

[治疗原则]

1. 营养疗法。
2. 药物治疗。
3. 狭窄①扩张术，以 X 线小肠造影为标准，狭窄 $<3\text{cm}$ 为宜； $>3\text{cm}$ 多扩张失败。②择期手术。

NSAID 溃疡（非甾体消炎药性溃疡）

NSAIDs—related ulcers

非甾体消炎药及小剂量阿司匹林（aspirin），不仅会损伤胃、十二指肠黏膜，还可引起小肠溃疡性病变，常为原因不明的消化道出血病因之一。

选择性环氧化酶抑制药 COX-II 亦不例外。在不同种类的 NSAID 药物，以及不同的服用时期，需多长时间才发病尚不清楚。

近年应用小肠胶囊内镜后，经临床研究服用 NSAID 药物者约 70% 的人发生小肠黏膜损伤，高龄与 PPI 并用的重病者发病更为多见。

[诊断标准]

尚不明确，可参考以下项目。

1. 内镜见小肠溃疡且有膜样狭窄。
2. 发病时正在服用 NSAID，停药后病情好转。
3. 除外特异性肠病和感染性病因；无抗生素服用史。

严格地讲第 2 项是必需的。

NSAID 及小剂量阿司匹林，是为了镇痛或抗血栓治疗，切勿为了诊断本病停药而使病情恶化、复发，尤其是在有缺血性心、脑、末梢血管病，正在使用小剂量阿司匹林者，若停药应与相关专科医师会诊后再决定。

〔内镜所见〕

胶囊内镜虽为微创检查，但应在 CT 下小肠造影确定无狭窄情况下进行。有 NSAID 服药史，且确认有狭窄，存在胶囊滞留肠内之可能，应在向病人明确说明后，方可进行检查。若证明通畅，也应充分予以评价后再行检查，因有时即便存在狭窄，胶囊内镜仍可能通过。

内镜下常见表现为阿弗他小溃疡、拔钉孔样溃疡，圆形、不整形地图样溃疡，形态多种多样，而环行溃疡和膜状狭窄为特征性所见，但仅有 2%，长期小剂量服用阿司匹林也有同样报道，而多数仅为红斑及绒毛缺损等微细改变。

病变分布：溃疡多在小肠远端，与肠系膜附着侧或对侧或无关，可经活检孔注入造影剂进一步明确病变分布及狭窄程度或是否在系膜附着侧（图 5、图 6）。

〔鉴别诊断〕

本病内镜表现多种多样很难明确诊断，尽管有环行溃疡与膜状狭窄的特征性改变，但实际上很少出现，因此服药历史是至关重要的。

鉴别疾病如下。

细菌感染性肠炎，肠结核，巨细胞病毒性肠炎，克罗恩病，非特性多发性小肠溃疡，缺血性小肠炎，肠管白塞病，小肠癌，恶性淋巴瘤。上述疾病皆有可能出现溃疡性改变，抗酸菌培养、活检、隐性结核感染血液检查（quantiferon）对诊断有一定帮助。

与克罗恩病有一定差别的是溃疡并不一定发生在系膜附着侧，不伴有定型病变，如口腔黏膜溃疡、外阴溃疡、眼部病变。有时鉴别困难。活检多为非特异性炎症，而看不到肉芽肿变化。

〔治疗原则〕

1. 抑制肠管炎症，防止并发症，改善营养状态。

2. 停药，但注意是否存在使原发病恶化的危险。目前对改用 COX-II 选择性抑制药，是否能预防尚不肯定。

3. 美索拉唑、雷贝拉唑能否预防尚无定论。

4. 大出血、穿孔、梗阻时应外科治疗。

5. 对小肠狭窄内镜下扩张术有可能代替手术。

只有在膜样狭窄 UL-II 溃疡瘢痕时使用，由于尚存在固有肌层，故不会引起穿孔。

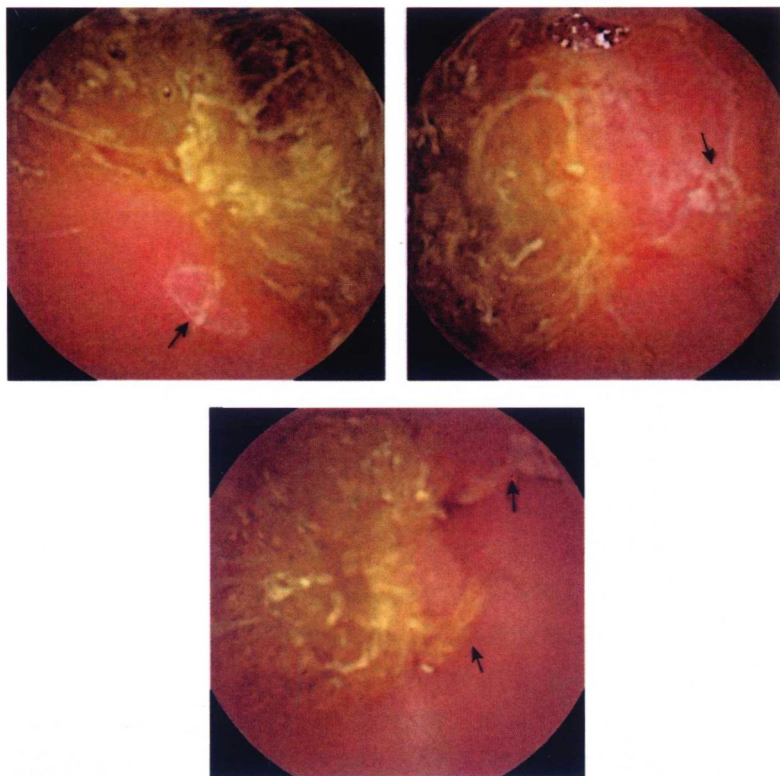


图 5 胶囊内镜：服用小剂量阿司匹林致小肠黏膜损伤残渣较多，下部小肠多发溃疡，形态各异

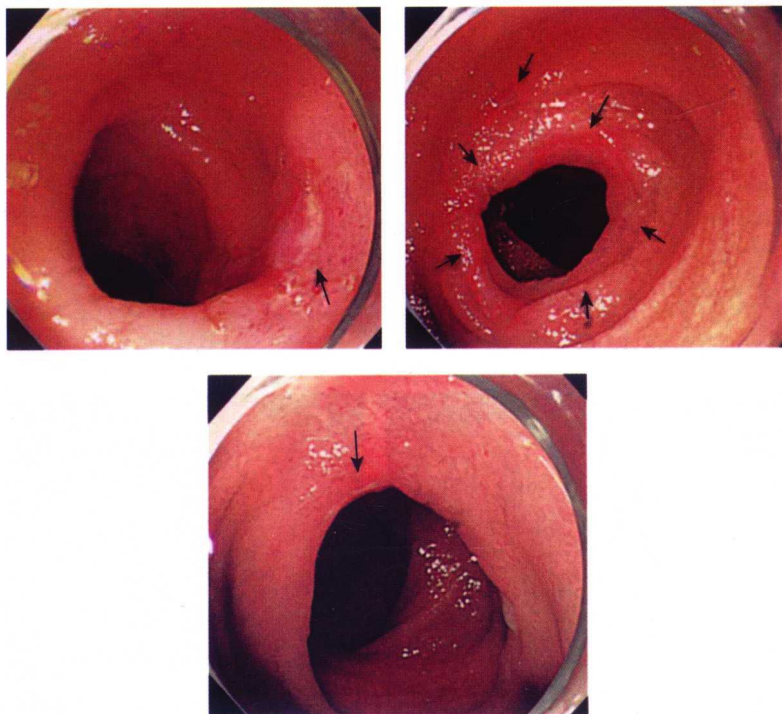


图6 服用小剂量阿司匹林的气囊小肠镜所见，同上病例，以回肠为中心多数溃疡，圆形、地图样，特征性环行溃疡

肠道白塞（Behçet）病/单纯性溃疡 Entero-Behçet's disease/Simple ulcer

白塞病为原因未明的全身性炎性疾病，特征表现为口腔黏膜溃疡，皮肤、眼、外阴部的慢性炎性，以消化道病变为临床改变的为白塞病，多在回盲部形成挖坑样溃疡。

肠道白塞病占总体白塞病的 2%~26%，多为无眼部症状的不完全型。

[内镜所见]

典型者呈边缘清楚挖坑样或拔钉孔样溃疡，其形状呈卵圆形或似圆形，也有呈不规则形，回盲部好发（图 7A），也有呈多发者，两病变中间黏膜无炎性改变。

也有呈阿弗他多发溃疡，形态多种多样。不典型者（图 7B，图 8）多在回盲部，兼有典型病变并存，也有只见不典型者。甚至伴有铺路石样改变。

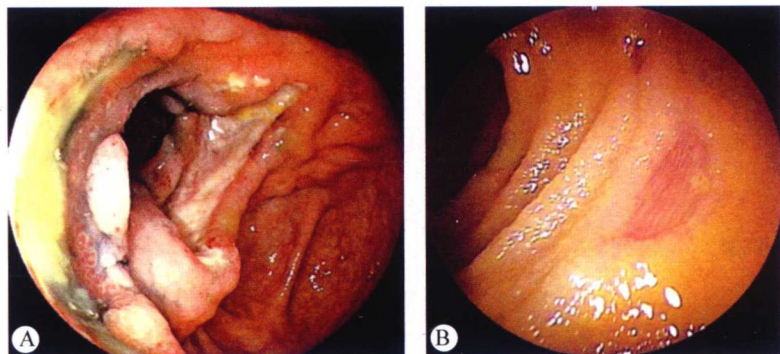


图 7 气囊小肠镜所见

A. 典型病变，回盲瓣上边缘清晰开放性溃疡；B. 非典型，回肠上卵圆形溃疡

[鉴别诊断]

疾病：克罗恩病，肠结核，非甾体消炎药性肠病。

回盲部形成溃疡的感染性肠炎，淋巴瘤，癌。

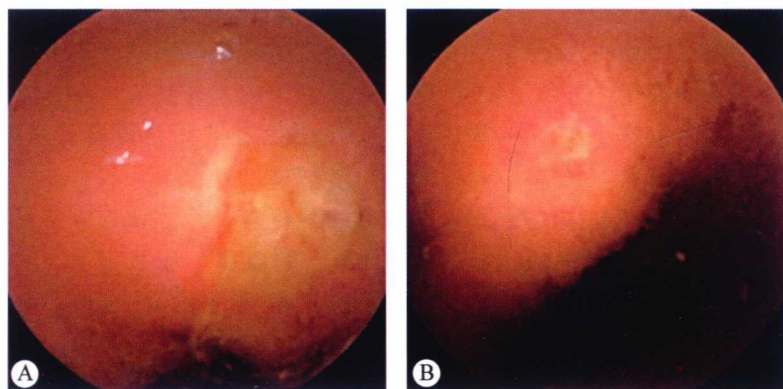


图 8 胶囊内镜所见

A. 回肠类圆形溃疡之典型病变；B. 非典型病变，回肠糜烂灶

形态：从溃疡形态及形状区分很重要。

不典型者从病变分布及排列形态观察也是有用的。

克罗恩病：病灶在系膜附着侧为中心，形成纵行排列。

肠结核：溃疡多以黏膜肌层为中心，好发在肠系膜附着的一侧。

参考条件：服药史，炎性反应、隐性结核感染血清试验，活检（图 9）。

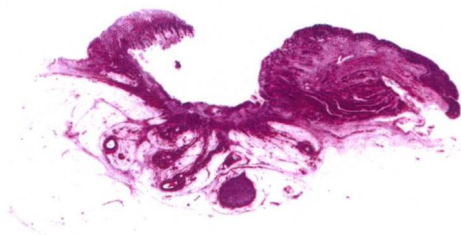


图 9 切除肠管病理切片所见：明显纤维化的挖坑样溃疡 UL-IV

〔治疗原则〕

症状明显时，内镜表现呈明显挖坑样溃疡，先以皮质激素进行缓解治疗，好转后以 5-ASA 维持治疗。

激素治疗无效或减量复发时，使用免疫抑制药巯基嘌呤，注意保持营养，必要时可予以肠营养疗法。

近年有报道称使用 TNF-2 有效，且标准治疗无效时，本药有效。

内科治疗无效或穿孔，形成瘘管时行外科手术治疗。

慢性非特异性多发性小肠溃疡

Chronic nonspecific multiple ulcer of the small intestine

本病表现为持续性潜在出血，导致贫血及低蛋白血症，无自愈倾向的小肠浅而多发的溃疡。

组织学无特异性的慢性炎症性肠道病变，有常染色体劣性遗传家族的表现，可能属于家族性遗传疾病。年幼时出现原因不明的缺铁性贫血起病，青壮年后始获诊断。

〔主要症状〕

贫血，低蛋白血症，伴水肿，肉眼无血便，呈高度低色素性贫血，低蛋白血症，便隐血持续阳性，可有轻度炎症指标上升。

病变发生在回肠，但至末端又正常，小肠溃疡呈横行状或细长三角形，与肠系膜附着部位无关。随肠管长轴方向走行，溃疡亦可呈分支状或有融合倾向，溃疡止于黏膜下，轻度淋巴细胞及浆细胞浸润，溃疡底部有均匀一致的纤维化，溃疡边缘及溃疡间黏膜正常，无绒毛萎缩。