

上消化道
内镜诊断

秘 籍



编 著 (日) 野中康一 (日) 滨本英刚
(日) 田沼德真 (日) 市原 真
主 译 宫 健 刘 石
主 审 凌亭生

上消化道 内镜诊断



编 著

(日) 野中康一

埼玉医科大学国际医疗中心消化内科 副教授

(日) 滨本英刚

手稻溪仁会医院消化内科 医长

(日) 田沼德真

手稻溪仁会医院消化内科 主任医长

(日) 市原 真

札幌厚生医院病理诊断科 医长

主 译

宫 健 刘 石

主 审

凌 亭 生

辽宁科学技术出版社
· 沈阳 ·

Authorized translation from the Japanese Journal, entitled
上部消化管内視鏡診断マル秘ノート
ISBN: 978-4-260-02848-6
著: 野中 康一 / 濱本 英剛 / 田沼 徳真 / 市原 真
Publishing by Igaku-Shoin LTD., Tokyo Copyright © 2016

All Rights Reserved. No part of this journal may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without permission from IGAKU-SHOIN LTD.

Simplified Chinese Characters published by Liaoning Science and Technology Publishing House, Copyright © 2018

© 2018, 简体中文版权归辽宁科学技术出版社所有。
本书由IGAKU-SHOIN LTD授权辽宁科学技术出版社在中国出版中文简体字版本。著作权合同登记号: 第06-2017-156号。

版权所有·翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

上消化道内镜诊断秘籍/(日)野中康一等编著;宫健,
刘石主译. —沈阳:辽宁科学技术出版社, 2019.2
ISBN 978-7-5591-1021-3

I. ①上… II. ①野… ②宫… ③刘… III. ①消化系
统疾病—内窥镜检 IV. ①R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 259381 号

出版发行: 辽宁科学技术出版社
(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)
印刷者: 辽宁新华印务有限公司
经销者: 各地新华书店
幅面尺寸: 145 mm × 210 mm
印 张: 8
字 数: 200 千字
出版时间: 2019 年 2 月第 1 版
印刷时间: 2019 年 2 月第 1 次印刷
责任编辑: 郭敬斌
封面设计: 顾 娜
版式设计: 袁 舒
责任校对: 尹 昭 王春茹

书 号: ISBN 978-7-5591-1021-3
定 价: 128.00 元

编辑电话: 024-23284363 13840404767
E-mail: guojingbin@126.com
邮购热线: 024-23284502
http: //www.lnkj.com.cn

编译者名单

编 著

- (日) 野中康一 埼玉医科大学国际医疗中心消化内科
 (日) 滨本英刚 手稻溪仁会医院消化内科
 (日) 田沼德真 手稻溪仁会医院消化内科
 (日) 市原 真 札幌厚生医院病理诊断科

主 译

- 宫 健 大连医科大学附属第一医院
 刘 石 大连医科大学附属第一医院

主 审

- 凌亭生 南京大学医学院附属鼓楼医院

参 译 (排名不分先后)

- 祝建红 苏州大学附属第二医院
 刘国伟 银杏内镜医生集团
 赵国刚 天津市第五中心医院
 李雪松 齐齐哈尔医学院附属第三医院
 王维学 大连市中心医院
 余贻汉 湖北省中西医结合医院
 李 鹏 哈尔滨医科大学附属第一医院
 宫爱霞 大连医科大学附属第一医院
 郭世斌 大连医科大学附属第一医院
 梁莉莉 大连医科大学附属第一医院
 徐雪东 大连医科大学附属第一医院
 包海东 大连医科大学附属第一医院
 张经文 大连医科大学附属第一医院
 宫 颖 大连医科大学附属第一医院
 徐国君 大连医科大学附属第一医院
 李忠海 大连医科大学附属第一医院
 郭慧芳 大连医科大学附属第一医院

译者序

初次见到这本书源于哈尔滨医科大学附属第一医院消化内科的师弟李鹏医生的推荐，他在日本学习期间对此书爱不释手。后来机缘巧合，辽宁科学技术出版社的编辑询问我是否愿意翻译此书，于是我二话不说，立即应允。

翻译此书可以说是应了那句话：痛并快乐着。“痛”是因为作者野中康一先生思维活跃，联想丰富，旁征博引，幽默诙谐。比如橄榄球选手精妙配合后的射门得分，再比如每句话必带一个英语单词的搞笑艺人，又比如蒙克的名画《呐喊》……如何组织恰当的语言尽量将作者的原意表达出来，让我十分痛苦。而“快乐”则因为作者的讲解内容新颖，角度奇特，容易理解，妙语连珠。比如学习水囊法后就堂堂正正地去买遍市面上各种品牌的避孕套，再比如把我们对迪厄拉富瓦的错误读音比喻成后人叫他呼吸科的大夫野中康一郎，又比如把观察病变的过程比喻为参加相亲会搭讪美女……让翻译中的我时而会心一笑，时而抚掌大笑，几近癫狂。

通过这次翻译，让我自身内镜诊疗技术又得到了明显提高。也让我学习了更多内镜教学的思路和方法。希望各位读者也能从中得到些许帮助或者启示。同时，因译者水平有限，难免出现内容上或者语句上的错误，也期待各位老师对本书提出批评和建议。

最后，再次向在本书翻译过程中给予我们帮助的各位参译老师，以及多次为我释疑解惑的祝建红（苏州大学附属第二医院）、刘国伟（网名扫地僧一听，银杏集团）等几位良师挚友表示感谢。特别是能够得到中国的ESD之星、也是我一直的偶像之一的凌亭生主任（南京鼓楼医院）对本书审校，中国消化内镜的基石——最尊敬的于中麟老师（首都医科大学附属友谊医院）为本书作序，让我不胜荣幸。再次一并感谢！

大连医科大学附属第一医院

宫 健

2018 年春

推荐序

本书是由大连医科大学附属第一医院消化内镜科宫健医生赴日本研修后，经许多研修医生共同精选的一本很好的学习参考用书，故选出翻译。

消化内镜诊断与治疗学，从 20 世纪 40 年代引入中国以来发展极快，从诊断学到治疗学，其中各种新方法已得到国内认可，成为当今学术活动中最热门、最活跃的一个学科。

本人受译者委托写序而得以先读，受益匪浅。

本书文风与众不同，它集讨论、评论、讲解为一体，并且图文并茂，提纲挈领，对初学消化内镜者会有很大帮助，不愧为秘籍，在形态上、浸润深度、病灶大小的测量以及与病理结合方面都提供了许多新的方法学和利弊的评价。

目前，国内学术会议多以治疗内镜操作演示为手把手的教学方法，每个步骤都达到了学习与提高的目的，受到与会者的好评。但诊断学尚缺乏手把手等方法，本书也为有识的专家、培训中心提供了一个很好的教学方法，那就是读片会，使教授者能与学员共同讨论，不但包括形态特点、分级、分期、鉴别诊断，也包括少见的 Barrett 食管，最近 2014 年日本京都会议指定的慢性胃炎诊断标准，对如何识别幽门螺杆菌感染的胃黏膜，以及与胃癌的关系等，都做了说明。因此本书既可供教授者参考，也为内镜学教学改革提供了方向，使全国的诊疗标准更加规范、统一。

本人由于才学疏浅，本书优点不能一一列举，希望广大读者能以本书为契机，进行更多的学习和磨炼，使消化内镜工作队伍更加壮大，水平更高。

首都医科大学附属友谊医院消化内科教授

天津医科大学名誉教授

于中麟

2018 年 4 月 14 日

前言

上消化道内镜诊断学最初是从判断病变深度发展起来的，它包含了众多内镜前辈经验与数据分析的结晶，是一门非常深奥的诊断学。因为始终无法抱着百分之百的自信去做出诊断，我本人每天仍在坚持学习。然而，对于那些没什么经验的内镜医生而言，最基础的判断病变深度他们能做到吗？依我的观点来看，如果掌握了基本的知识，即便达不到100%，90%的诊断率还是可能做到的。

近几年，我们一直坚持每周举行一次面对年轻医生的内镜诊断讨论会。会上如果让初来乍到的医生们分析0-I型食管表浅癌的浸润深度，通常得到的回答都是很烦恼无助的“哎”。对于0-I型和0-III型食管表浅癌，其实已经有前辈医生们的数据证实90%会发生黏膜下浸润。所以，先把这些结论教给年轻医生们，然后再让大家分析浸润深度是否局限在黏膜内，也许会有更好的学习效果。

我们诊断讨论会的提问还在继续，当问到“食道0-I型和0-IIa型病变的隆起高度分别是多少？”时，大家又面面相觑了。其实在《食管癌处理规范》（第11版）中明确记载着0-IIa型病变的高度不高于1mm。再问到“胃癌的0-IIa型病变高度？”时，当然大家也给不出答案。其实在《胃癌处理规范》（第14版）中也明确记载着不超过2~3mm的属于0-IIa型病变，而超过的一般就认为是0-I型病变。只有像这样将诊断所需的基础知识和研究数据作为问题反复提问讲解，年轻医生们才会牢记在心。

我一直以来都在好奇目前年轻的内镜医生们是如何诊断浸润深度的。在询问参加诊断讨论会的医生们时，得到的基本都是“没什么理由……”或者“上级医生说是黏膜内癌……”这样的回答。这就是年轻内镜医生们的现状。

我从十年前就开始把内镜图片缩印后贴到我的“秘籍”本上，并且自己制作索引反复复习。真正对上消化道内镜诊断有所自信也就在最近两三年。随着窄带成像（NBI）的普及，上消化道内镜的诊断能力飞速提升，我们自身在学会应用NBI后对上消化道的内镜下诊断水平也多少

有所突破。当然这也得益于良师和病理医生在放大内镜和病理方面给予我们的指导。

要想理解 NBI 放大观察的镜下所见，没有病理知识的积累是办不到的。我自己也是经常拿着标本，驱车到很远的病理医生那里求教。但是如果要求年轻内镜医生们也像我那样就显得太残忍了，也不现实。现在的年轻内镜医生们都很忙，如果他们能在短时间内学习掌握这些我用了十年时间收集整理的内镜诊断（尤其是浸润深度诊断）知识，在有效利用时间方面也是非常有意义的。

抱着这种想法，我们坚持举办这种诊断讨论会，逐渐地本单位以外的和并不年轻的医生们也来参加。这些医生中的很多人在感谢我们的同时，也建议把讨论的内容和学习的方式写成读本，让年轻的内镜医生们对上消化道内镜的诊断更加感兴趣。这也是我及几位我所尊敬的和经常求教的内镜医生、病理医生们一起撰写这本书的契机。

需要提请诸位不要误解的是，这本书的内容并不是我们这些年轻的内镜医生们讲述自己的经验，而是基于日本内镜医生和病理医生研究发布的数据（证据）所著。所以请精通上消化道诊断学的专家们忽略本书。本书仅仅是针对那些羞于无法回答提问的年轻内镜医生的手册。

本书也有自己的关键词，也就是在书中出现多次的“酷”一词。这个词作为一个动机，代表着我的活力，请各位不要误解。并不仅仅是希望在异性面前摆“酷”（笑），还希望在讨论会上显得很“酷”（更加有说服力），在部下面前显得很“酷”（受到尊敬），在上司面前显得很“酷”（受到重视），在内镜医生中显得很“酷”（得到患者的信任）。这简单的一个词包含着以上所有的内容。

即便是年轻，只要付出几倍于他人的努力，就一定会很“酷”。这个信念一直支撑着我每天不断地学习。对于刚接触内镜的年轻医生们而言，看了这本书，如果能够对你们在走向“酷”的道路上有所帮助，将使我倍感荣幸。

野中康一
2016 年 9 月

目录

I. 总论

1. 内镜诊断的基础

- 内镜诊断有好方法吗？秘籍告诉你，程序很重要！……………野中康一 2
 确定你自己的诊断程序吧！ 2

2. 肿瘤大小的判定

- 是直接测量，还是大概估算一下？连这个都不会，那可不够“酷”啊！
 ……………野中康一 4
 很“酷”的肿瘤大小估算法（测量法） 5

II. 食管

1. 食管表浅癌（1）

- “榻榻米征的纹理”是什么？让我来教你简单易懂的方法吧！……………野中康一 12
 很意外吧，食管表浅癌浸润深度的判断其实并不难！ 12
 酷！确定自己的诊断程序 12
 适合内镜治疗？不适合内镜治疗？ 13
 难题是 0-II 的浸润深度！ 15
 诊断不了 0-II c 的浸润深度就“酷”不起来了？那么，我们就学会诊断吧！ 17

2. 食管表浅癌（2）

- NBI 观察时所有的“褐色区域”全部是癌吗？这是真的吗？……………野中康一 23
 褐色区域全都是癌吗？ 23
 能用放大内镜判断不同血管分型的浸润深度就更“酷”了！ 25

3. 食管病变浸润深度诊断错误的病例

- 为什么会错？让病理科医生来告诉我们吧！……………野中康一·市原 真 35
 浸润深度诊断错误病例 1 35
 浸润深度诊断错误病例 2 38
 浸润深度诊断错误病例 3 40
 浸润深度诊断错误病例 4 42

浸润深度诊断错误病例 5 45

4. Barrett 食管, Barrett 食管腺癌

- 好像看上去很难的样子, 怎么来诊断呢? 我来教你方法吧! 野中康一 48
- EGJ 是什么? 48
- 先讲 Barrett 食管 49
- Barrett 食管腺癌 51
- Barrett 食管腺癌的浸润深度诊断更“酷”! 54

Ⅲ. 胃

1. 有 *H. pylori* (幽门螺旋杆菌, 简称为 *HP*) 吗? (正在感染)

- 没有感染吗? (未感染) 消失了吗? (感染过、除菌后) 滨本英刚 58
- 先要学会有无萎缩和萎缩范围的判断 58
- 判断萎缩程度的诀窍是什么? 61
- 要学会判定 *HP* 的感染状态! 64

2. 早期胃癌

- 分化? 未分化? 先把这个分清吧! 市原 真 76
- 分化癌的发生 76
- 未分化癌的发生 83
- 无助时的小绝招: 匪夷所思的都市传说! 信不信由你! 第一集 野中康一 89

3. 早期胃癌 (分化癌)

- 红色明显的话就浸润更深吗? 让我来教你简单易懂的方法吧! 滨本英刚 90
- 平坦型: 0-II b 型 90
- 凹陷型: 0-III 型 91
- 隆起型: 0-I 型 92
- 隆起型: 0-II a 型 95
- 凹陷型: 0-II c 型 98

4. 早期胃癌 (未分化癌)

- “皱襞粗大”是什么? 能理解为皱襞粗大浸润就深吗? 滨本英刚 106
- 隆起型: 极为罕见 106
- 凹陷型: 0-II c 型 108
- 早期胃癌 (分化癌、未分化癌) 浸润深度诊断的总结
——SM 深部或更深浸润出现的 4 种表现 115

5. 胃幽门前区 0-IIc 病变的浸润深度诊断

在胃幽门前区,即便是凹陷也是有黏膜内癌可能的,可要注意啊!

野中康一·市原 真 130

关于食管胃结合部癌 130

虽然有点儿不好意思,但是真的很厉害啊(水囊法)! 132

酷吧!胃幽门前区早期胃癌的浸润深度诊断 135

6. 鉴别诊断(胃腺瘤和高分化腺癌)

胃腺瘤和高分化腺癌大家都是怎么诊断的呢?让我来教你吧! 野中康一 140

胃腺瘤和高分化腺癌都是根据什么诊断的呢? 140

7. 胃 NBI (1)

NBI 放大观察所见的模样都是什么?让我来教你简单易懂的方法吧! 田沼德真 146

放大观察都要看什么,能看到什么? 146

NBI 是什么? 147

通过表面构造能知道什么? 147

通过血管构造能知道什么? 147

怎样判断非癌黏膜? 148

癌和非癌的区分方法 154

无助时的小绝招:匪夷所思的都市传说!信不信由你!第二集……野中康一 158

8. 胃 NBI (2)

NBI 放大观察能判断组织学分型吗?让我来教你要点吧! 田沼德真 159

鉴别组织学类型的关键在于“网” 159

高分化腺癌的要点是什么? 160

中分化腺癌的要点是什么? 164

低分化腺癌的要点是什么? 167

专栏 1 耍“酷”必知的胃 NBI 名词……野中康一 173

9. 胃黏膜下肿瘤

镜下表现只是勾选 SMT?我们可不是这样的内镜医生啊……野中康一 178

酷吧!胃黏膜下肿瘤的诊断程序! 178

10. 胃 MALT 淋巴瘤

要是不怀疑可就诊断不了啊!从今天开始,你的正确诊断率和“酷”指数都要达到 90%了! 野中康一 186

胃 MALT 淋巴瘤——虽说发病率低,但是你真没遇到过吗? 186

褪色的凹陷性病变——这可是内镜医生绝对不应该漏掉的表现啊! 189

太酷了!用 NBI 放大内镜观察胃 MALT 淋巴瘤 190

11. 胃溃疡

这个溃疡是良性的？进展期癌？恶性淋巴瘤？蚕食像到底是什么啊？

滨本英刚 196

是良性的溃疡？还是伴有癌的溃疡？太酷了，这些鉴别要点！ 198

是良性的溃疡？还是恶性淋巴瘤？太酷了，这些鉴别要点！ 207

专栏 2 蚕食像……滨本英刚 215

专栏 3 溃疡的硬度是指什么？软的溃疡是指什么？

……野中康一·市原 真 217

12. 鉴别诊断（胃糜烂和胃溃疡）

糜烂和溃疡都完全区分并且诊断了吗？它们的表现都能完全区分开吗？

滨本英刚 221

发红和糜烂的鉴别 222

糜烂的表现 223

溃疡的表现 225

13. 观察术后胃的注意事项

胃变小了，很简单地就看完了吗？要是那样的话可太糟糕了！……野中康一

228

注意到了吗？——术后胃吻合口附近的大虫子样的肥厚黏膜 228

再了解一下残胃新生癌吧！ 232

专栏 4 给 20 年后的你……野中康一 234

专栏 5 正在努力奋斗想成为最“酷”内镜医生的田岛医生给你们的赠言

……田岛知明 236

“酷”知识点大集合…… 237

I

总论

1 内镜诊断的基础

内镜诊断有好方法吗？

秘籍告诉你，程序很重要！

确定你自己的诊断程序吧！

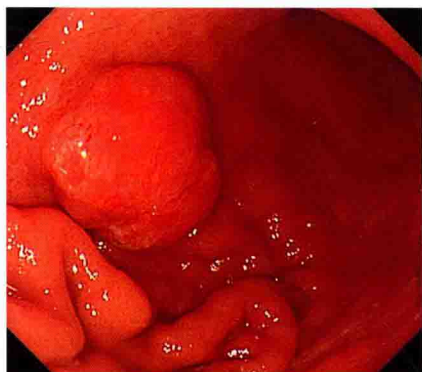


图 1

野中：“那么，请试试诊断一下图 1 的病例吧！”

初次参加者：“可能是癌吧，不过也有可能是增生性息肉……”

第一次参加讨论会的情形基本都是这样……

所有的事情选择时都会有概率高低之分，这个时候程序就很重要了。

2015 年橄榄球世界杯时，焦点选手五郎丸那一记精准的射门得分就是按着一定的程序精妙配合的结果。内镜诊断也一样，按着程序诊断，这是所有方法的基础。

要想显得很“酷”，应该从确立自己的诊断程序开始。先说这个隆起病变是不是癌，你考虑半天说有 50% 的概率，谁听到都会很泄气，因为正

确率 50% 跟抛硬币没什么区别。但是如果在讨论会上你的诊断正确率能达到 90% 以上并且能准确判断浸润深度，那你想不“酷”都难。

这个程序是因人而异的，你可以选用适合自己的程序。笔者一般建议来参加讨论会的年轻内镜医生们应用以下程序。

有病变时的诊断程序

- ①背景胃黏膜如何？
- ②什么位置？
- ③大小（尺寸）？
- ④外观如何（详细描述）？
- ⑤有什么可能？（是癌？SMT？还是溃疡？……）
- ⑥鉴别诊断是什么，浸润深度如何？

做到这些就能有一点儿“酷”了。

尝试着按照这个程序去记载内镜下所见，养成习惯后，你一定会觉得渐渐地就能够诊断了，这种快乐可是很令人享受的。



2 肿瘤大小的判定

是直接测量，还是大概估算一下？
连这个都不会，那可不够“酷”啊！

在前面“内镜诊断的基础”中所建议的程序③是看肿瘤的大小。那么大家如何判断肿瘤的大小呢？

是直接测量，还是大概估算一下？这个都不会的话，可就别指望“酷”了。

之所以这么说，是因为在判断病变是否适合内镜下治疗或者扩大切除时，病变的大小是最重要的依据。这些在其他很多书籍中都有记载，诸位可以参考。举个例子，在早期胃癌的诊断中就一定要判断大小是 2cm 还是 3cm。当然几毫米的误差是难免的，因为病变在经过内镜切除并处理标本后其大小也会有几毫米的改变。重要的是偏差不要太离谱。

在刚刚学做内镜的时候，指导老师让我把几百例甚至几千例切下来的肠息肉或者早期胃癌标本估算大小记录后再进行测量对比，培养我自己的判断能力。这个可以说是内镜医生的生存之本。

然而对于刚接触内镜的研修医来说，这个判断能力的养成需要几年，很明显时间有点儿太长了。急着想“酷”的各位所需的是更简单的、谁都能做到的、并且不必花长时间培养的方法。

下面我就教大家一个很“酷”的肿瘤大小估算法（测量法）。

很“酷”的肿瘤大小估算法（测量法）

■ 内镜用大钳子测量法

因为内镜用的大钳子有 2cm、3cm 等不同的大小，所以在测量前应该先确认一下你们医院的型号。比如图 1 的 M2-4K（奥林巴斯）就是 3cm 的，黑白相间的部分每一段是 2mm。这个可以作为镜下测量病变大小的标尺，直接对着病变测量就可以。如果病变（未分化胃癌）的大小超过了 2cm，那么即便是黏膜内癌，也不适宜行内镜下手术切除。

■ 镜身宽度比较法

这是利用镜身的宽度测量病变大小的方法。如图 2 中胃体上部小弯的病变，把镜身置于病变旁边再留图。

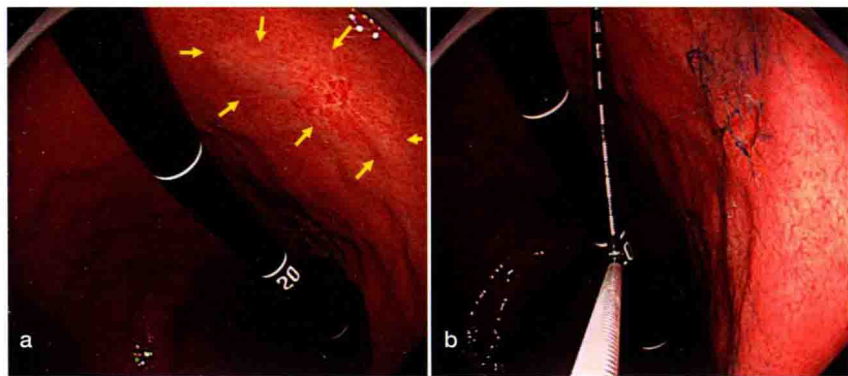


图 1 内镜下用大钳子（3cm）测量肿瘤大小

- a: 胃体中部小弯见片状褪色区，上次检查活检诊断为 sig 并且浸润已经达到黏膜下层，中心部为活检瘢痕。
- b: 3cm 的 M2-4K 型（奥林巴斯）大钳子。黑白相间，每一格 2mm。