

胃 镜 图 谱

Klaus Krentz 著

赵立吟 译

吴锡琛 李宇权 审校

福建科学技术出版社

一九八五年·福州

责任编辑：陈秀庄

胃 镜 图 谱

Klaus Krentz 著 赵立吟 译

吴锡琛 李宇权 审校

*

福建科学技术出版社出版

(福州得贵巷27号)

福建省新华书店发行

福建新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米 1/16 4.75印张 36插页 107千字

1985年10月第1版

1985年10月第1次印刷

印数：1—3,760

书号：14211·92 定价：7.75元



目 录

一、胃镜检查术的现状.....	(1)
二、胃镜检查术的适应症和禁忌症.....	(5)
(一) 胃镜检查术的适应症.....	(5)
(二) 胃镜检查术的禁忌症.....	(6)
三、食道和穹窿部的病变.....	(8)
四、遗传性出血性毛细血管扩张症的胃粘膜改变 (Osler's Disease).....	(11)
五、胃粘膜糜烂.....	(13)
六、胃憩室.....	(19)
七、胃溃疡.....	(21)
(一) 胃小弯处典型溃疡.....	(21)
(二) 幽门前溃疡.....	(23)
(三) 高位胃溃疡.....	(25)
(四) “放射线易于遗漏的”高位胃溃疡.....	(26)
(五) 多发性胃溃疡.....	(27)
(六) 愈合中的胃溃疡.....	(28)
八、胃癌.....	(33)
(一) “早期癌”.....	(33)
(二) 穹窿部高位癌.....	(34)
(三) 窦部癌.....	(36)
(四) 盘形癌.....	(39)
(五) 息肉癌变.....	(40)
九、胃壁肉瘤与白血病.....	(45)
(一) 淋巴肉瘤.....	(46)
(二) 胃壁的白血病浸润.....	(46)
(三) 网状细胞肉瘤.....	(46)
(四) 平滑肌肉瘤.....	(47)
(五) 纤维肉瘤与血管内皮瘤.....	(47)
十、胃良性肿瘤、异位胰腺组织、腺瘤、胃息肉.....	(48)
十一、皱襞增生、巨大皱襞肥厚性胃炎、渗出性胃病 (Menetrier病).....	(52)
十二、孤立的窦部皱襞增生.....	(54)
十三、胃结核.....	(55)
十四、罕见的胃疾病.....	(57)
(一) 胃粘膜黄色瘤.....	(57)
(二) 异物.....	(57)
十五、胃手术后.....	(59)
(一) 胃次全切除术后 (Billroth I).....	(59)

4528366-86/5/29-7.753

(二) 胃次全切除术后 (Billroth I).....	(59)
(三) 迷走神经切断术及幽门成形术后.....	(61)
十六、胃癌术后局部复发.....	(65)

一、胃镜检查术的现状

1958年,胃镜检查术进入了一个新的时代。当时,Hirschowitz等在华盛顿哥伦比亚特区世界胃肠病学会大会上,曾展示过目前称之为“标准型胃镜”。有了这种器械,使得已经有些停滞不前且无何进展的胃镜检查术,又开始了一个新的发展。这种新的器械具有很大的可屈性,易于插入,能看到更大的胃区,并且证明它优于老式胃镜。与由多个透镜组成光学系统的老式胃镜相比,纤维胃镜的图像亮度更强,而且可以通过联接于接目镜端的照相机获得照片。

但这种“标准型胃镜”也有缺点,它不能看到胃体上部的广大区域,包括穹窿部,也不能做有目的的检查。6年后(1964),日本Olympus厂商出售了首创附有胃内摄影机的GTF型纤维胃镜。该镜为盲目胃摄影机的改进型产品,其照相机不在接目镜端,而在胃镜头端内放置了微型照相机。这种胃照相机操作容易,可在5mm宽的胶片上有目的地摄取精确清晰的胃粘膜的彩色图像,不论用特殊观察器观察或特殊投影机加以放映,均能获得清晰的图像。但此型胃镜也有盲区,而且不能做活检,这是因为放置活检钳使通道管径过分粗大。这两种仪器(纤维胃镜和胃照相机——译者注)超过了所有早年的胃镜,为期达五年之久,使胃镜检查的适应症和禁忌症均有所改变,革新了胃镜检查技术,淘汰了旧的、硬式的,或半屈式的胃镜。日本胃镜在世界胃镜制造事业上属领先地位,始于1965年。

著名学者Yamagata, Morrissey, Hara及Nelson,强调在胃镜直视引导下直接摄影,优于盲目胃内摄影;在1970年哥本哈根世界胃肠内窥镜大会上, Morrissey再次强调这一观点。

图1—1 Olympus GTF-A型纤维胃内照相机

表1—1* Olympus GTF-A型纤维胃内照相机

镜头	$F_1:4.3f=4.3mm$
视像放大率	$\times 12.5$; 正像
观察深度	10—100mm
弯曲角	上下各 70°
视野角	55°
摄影范围角度	80°
带相机先端直径	12.7mm
插入部分管径	10.2mm
有效长度	88cm

* 本表及下列各表均由美国 Olympus 有限公司 Koji Miyata 先生提供的 Olympus 内窥镜器械的规格。

表1—2 Olympus GTF-S型纤维胃内照相机

摄影范围角度	90°
视野角	51°
摄影范围深度	从16mm开始
视野深度	10mm至160mm
视野放大倍数	$\times 12.5$

带相机先端直径	11.5mm
插入部分管径	10.6mm
有效长度	88cm
胶片宽度	4mm
光源	有变压器及自动曝光表
弯曲角	上下各90°

继第一代纤维胃镜之后出现的第二代 Olympus 纤维胃镜的特点，是先端弯曲角可以控制。这种纤维胃镜不仅易于通过幽门，而且可用倒镜检查法观察胃底和贲门部。早年的胃镜，除非溃疡处于正切面，否则胃体下部和中部的溃疡不能看到。如先端稍能弯曲，可充分地从前面观察到这些溃疡，这就有很大的优点。标准的Hirschowitz内窥镜现已重新设计，先端可以弯曲。

日本已经制出能做有目标的活检的纤维胃镜（GF-B型）和供细胞学检查的仪器（GF-C型），它对可疑病变可用液体高压冲洗并采集细胞混悬液进行细胞学研究，但在欧洲并不被广泛采用，这可能是由于活检标本组织学检查容易而更可靠之故。

美国膀胱镜制造厂生产的新型纤维胃镜亦能在直视下取活检。

先端角度无法控制的第一代纤维胃镜，因不能看清胃壁全部已被淘汰。

现又研制出检查十二指肠用的细而长的前视型镜及侧视镜。

这些器械有助于寻找上消化道出血灶，因此种器械置于高位食道时即可见到食道下段的静脉曲张，因此明显的食道静脉曲张不再是食道、胃、十二指肠镜检查的禁忌。

图1—2 有活检通道的GF-B I纤维胃镜。

目前欧洲常用的胃镜介绍如下：

1. Olympus GFB-k型是GF-B型胃镜的改进型。它有特别纤细的纤维束，其先端可向4个方向弯曲，易于取活检或倒镜检查，其特殊的接于接目镜端的照相机，摄取图像极为明亮清晰，但作为常规十二指肠镜检查，则此型嫌太粗太短。

2. 89A纤维内窥镜有一良好的前视镜，长度适中，但难于作倒镜检查及取活检。

3. 町田厂产的FDS型十二指肠内窥镜为侧视镜，其光学系统较好，但往往功能失灵。

4. Olympus JF型十二指肠内窥镜为一细的侧视镜，并能做活检，镜身柔软，易弯曲，除插入幽门时以外，是易倒镜的，其先端可向4个方向弯曲，易于探查乏特氏乳头。

5. Olympus GIF-D型胃十二指肠纤维内窥镜为一前视镜，可以检查食道、胃，亦可检查十二指肠部分。因系前视镜，故很容易插入十二指肠，视角为75°；观察深度从5mm开始到无限远；图像放大倍率为12.5倍；其先端弯曲角上下各150°，左右100°；其插入部直径为12.3mm，有效长度为100cm；以冷光通过纤维束照明，活检管通向正前方开口，便于取活检。

6. ACM F5-A型胃十二指肠内窥镜附有侧面观察之透镜，其光学质量极为优良，各方向的弯曲度可达110°；活检钳或探针由接目镜端的杠杆分别单独控制，工作长度120cm；其先端易于插入十二指肠，并可观察vater氏乳头部，固定焦点放大率为12倍。

图1—3 有观察三棱镜、冷光及活检钳出口的GFB-K型头部。

图1—4及5 GFB-K型伸出活检钳并形成弯曲过程。

表1—3

GFB-K型纤维胃镜

摄影范围角度	50°
观察深度	7mm至无限远
视像放大率	×12.5
先端直径	13mm
插入部分管径	12mm
有效长度	80cm
光源	冷光
弯曲度	上下各90°，左右各45°

7. Olympus GIF-K 型内窥镜是一个较好的器械，有一30°角透镜，其焦点调节范围可由4mm至无限远；本机的视野深度极大，且无变形；其活检钳或探针角度经Albarran 杠杆可抬高45°。

本书胃镜图系经 Olympus GTF-A 及 GFB-K 型的内窥镜摄取。食道镜插图则系经 EF-L 及 GIF-D 型号的内窥镜摄取的。

表1—4

Olympus 纤维十二指肠镜JF-B2型

观察方向	90°侧视
观察深度	5mm至60mm
视野角	64°
接目镜放大倍数	×22.7
上下各方向弯曲角度	120°
左右各方向弯曲角度	90°
插入部外径	10mm
有效长度	137cm
光源	冷光源

图1—6 JF型十二指肠内窥镜。

图1—7 GIF-D型十二指肠内窥镜。

图1—8 ACM F₅-A型侧视型胃及十二指肠镜。

表1—5

GIF-D₂型胃肠纤维镜

观察方向	前视型
观察角	75°
观察深度	5mm至无限远
接目镜放大倍数	×12.5
上下各方向弯曲角度	150
左右各方向弯曲角度	100
插入部直径	12mm
有效长度	111cm
光源	冷光源

表1—6

ACM胃十二指肠内窥镜

视像放大率	12×，直立像
-------	---------

视野深度	5~40mm (固定焦点)
照相时视野角度	侧观75°
摄影视角	75°
先端角度可见范围	全景角度的任何方向可至110°, 顶端两个方向至35°
探针控制	用Albarran杠杆分开, 向上90°
先端弯曲部长度	42mm
末端直径	12.7mm
插入部直径	12mm
有效长度	1200mm
纤维束长度	1552mm
先端角度控制	在近端可用单一杠杆控制
照相机	SLR型照相机备有自动曝光表, 通过透镜拍照
吸引	用唧筒
空气及冲洗液体	用唧筒及喷雾
光源	FCB 1000A 冷光源220V 11 安培 (为检查及摄影用)
胶片	高速Ektachrome EH 135-20 或 EH 36胶卷, 日光型摄影胶片 (160 ASA或23DIN)

表1—7

Olympus GIF-K

光学系统	视角	85° (对角) 60° (垂直及水平) 30°前一斜视
	观察方向	4mm至无限远
	观察范围	可调节
	焦距	导光束系统
先端	照明方法	13.3mm
	外径	16mm
弯曲部	长度	260° (上160°下100°) 200° (左100°右100°)
	弯曲角度	77mm
	(4个方向)	12.4mm
插入部	长度	从先端5mm开始
活检钳	外径	45°
	最短可见距离	1,100mm
有效长度	仰角	1,280mm
全长		
摄影	静止摄影	使用Olympus医用摄影机, 光源备有自动曝光装置
	摄影机	可用C-型连接器

图1—9 ACM全视型内窥镜 (食道、胃及十二指肠窥镜) F8。

图1—10a、10b 镜面倾斜30度的GIF-K型胃镜。

二、胃镜检查术的适应症及禁忌症

(一) 胃镜检查术的适应症

胃镜检查的适应症，为经上消化道放射线检查有可疑发现者。Volkheimer认为，在病史、临床表现和放射线所见3项基本诊断条件中，其中一项不符合而另2项符合者应做胃镜检查。胃镜检查适应症很多，我们只能讨论其中的常见者。

近年来在胃病学诊断上取得了很大进展，由于妥善运用这些检查手段，几乎每天都有新的进展。我们现在综合使用几种诊断方法，有目的地应用同位素、色素检查法，而胃镜检查仍占主要地位。

胃镜检查术目前主要是用于胃癌的早期诊断方面。必须将“早期胃癌”与其它各种晚期癌的早期粘膜的改变，区别开来。由于表皮受损的同时，可能病变业已侵入深层，这样，通过胃镜检查，可能在未发生远处扩散之前及时进行手术。

遗憾的是“早期癌”很少能被诊断，大多数癌肿在确诊时，浸润常常超过粘膜层。

尽管不同类型的胃癌预后很少相同，只有早期诊断才能给病人以希望，因此必须尽力作出早期诊断。

放射线透视时所见到的胃壁僵硬与胃皱襞改变，可能来源于胃壁内的肿瘤生长，只有胃镜检查才能确定或排除可疑的恶变。

所有位于异常部位的、愈合非常缓慢或在愈合后又在原位有早期复发的溃疡，以及在放射线检查中发现边缘不规则的溃疡，都必须作胃镜检查。

胃溃疡，虽位于胃小弯侧，如果酸缺乏或经组织学证明有萎缩性胃炎者，应做胃镜检查。

胃溃疡内科治疗4周以上仍持续存在，并疑为癌变者，应做胃镜检查和取活检。

放射线透视发现胃轮廓缺损者，有可能是良性肿瘤（纤维瘤，脂肪瘤，平滑肌瘤，神经纤维瘤，间皮瘤等），但必须经胃镜证实。同样，胃粘膜息肉样腺瘤常与萎缩性胃炎并存，也应做胃镜检查；无蒂的局部息肉应考虑为癌前期病变，必须定期复查病人，如每年做一次胃镜与活检以发现早期癌变；恶性贫血病人，其胃粘膜萎缩者易于癌变，亦应定期复查。

胃异物常可借助胃镜取出，如异物很小，可用活检钳夹住后随胃镜一齐带出；亦可用前视镜通过强力的吸引，吸附于镜端，随镜带出。

胃镜有助于判断手术后的合并症。胃部分切除后的早期恶心、呕吐，可能是由于输出袢处粘膜水肿引起。术后晚期合并症常由于缝线游离至胃腔内，或由于未被吸收的缝线的周围炎症。

胃镜检查亦可发现X线不能发现的空肠消化性溃疡，及术后残胃可发生原发或继发的癌。胃镜检查可提供极深刻的印象。对于一切较新的传统胃手术，如迷走神经切断术与幽门成形术，窦部切除术后，胃镜检查有助于判断手术在功能上是否成功。

前视镜有一些特殊的用处：如经过食道时可以看到贲门上部有症状的憩室、食道静脉曲张（在安全的距离观察），以及贲门上部癌性狭窄。在上消化道大出血时用这种胃镜可进行

紧急内窥镜检查，以确诊出血位置是在食道，或是胃，或是十二指肠。

十二指肠内窥镜检查可发现十二指肠溃疡及Vater乳头周围的病变。最近作者曾通过胃十二指肠内窥镜检查，看到一例梗阻性黄疸病人总胆管十二指肠吻合处癌变后已侵及十二指肠粘膜。

还有很多适应症，但为少见病，而且临床上亦不如前述内容重要。其中如Osler's病（遗传性出血性毛细血管扩张症）通过胃镜检查可发现其胃内表现。凡不能用其他原因解释的反复上消化道出血者，应考虑有Osler's病的可能性。

（二）胃镜检查术的禁忌症

几乎所有胃镜检查的禁忌症可概括成一句话：凡属禁忌放粗胃管的病人，均忌作胃镜检查。除（罕见的）大的胸主动脉瘤外，只有胃的形态、位置的严重异常，如有胃扭转及巨大膈肌裂孔疝，胃镜检查可发生危险。

胃极度变形时，如用侧视镜，则有可能导致穿孔的危险。此类变形胃，用任何仪器均不能显示良好图像，因此作胃镜检查是无意义的。

图2—2是胃扭转。它显示在这种情况下作胃镜检查的危险性和困难性。巨大膈肌裂孔疝（图2—3，2—4），倒镜检查容易使先端嵌顿入疝内，退镜就困难，下述例1之情况常难以预期（图2—5，2—6）。

过去难以克服的解剖学障碍，如食道憩室，食道静脉曲张，食道癌性狭窄，在直视下用前视型胃镜检查已不再是禁忌症。

由于现代胃镜可以高度弯曲，所以极度脊柱后侧弯也已不再是胃镜检查的禁忌症。对巨大穿通性溃疡应十分细心地充气使其膨胀（当然溃疡穿孔是属于胃镜检查的禁忌症）。

某些疾病如哮喘状态，严重的心力衰竭伴肺水肿及近期的心肌梗死均为胃镜检查的禁忌。

老年人常对术前所用镇静药及麻醉药有反应，可以阻抑生命指标，特别是循环系统。此类患者并非做胃镜检查的禁忌症，但术前用药应注意。

图2—1 严重的穹窿部瀑布胃（侧面观）。

图2—3及4 膈肌裂孔疝直径（5 cm）。

图2—5、2—6 倒镜法胃镜检查，先端进入疝内多次企图退出胃镜均告失败，终于在最后一次成功，图示胃镜顶端嵌顿于疝内。

图2—7 穹窿胃镜图像。

图2—8 裂孔疝胃镜图像。

例1：62岁，女性。

病史：40年前复发性胃溃疡。双侧肺结核，曾做过双侧气胸治疗。现呕血，周围循环衰竭，恶心，眩晕，短暂意识丧失，上腹无不适，为确诊收入住院。

体检：衰竭，皮肤粘膜苍白，上腹轻压痛。

实验室检查：继发性中度贫血，血尿素氮112mg/dl，其他化验正常。

放射线检查：裂孔疝，直径5 cm，疝内有一壁龛提示溃疡，上穹窿部粘膜皱襞呈不规则肥厚。

胃镜检查：胃镜插入容易，在疝处有轻微抵抗感。当病人吞咽时给以轻微压力易通过，

于左侧卧位后，可观察全胃。胃上三分之一粘膜明显变红，皱襞增厚，窦部及幽门区正常。倒镜法胃镜检查，穹窿部清晰可见，除肿胀的皱襞外，其他皆正常。疝内溃疡似良性。

因胃镜插入较深，术者数次退镜均未成功。因有裂孔疝，术者不敢用力，对此考虑有二种可能：一种情况是由于仪器的弯曲机制有故障，另一种情况是先端嵌顿于疝内，放射线透视下显示弯曲部分机件正常，胃镜先端在疝内位置较高，在膈肌水平之上，在放射线透视下多次试图旋转内窥镜出疝，包括令病人站立，用深呼吸与吞液体的办法等，均未成功。最后，术者在荧光屏下向胃大弯侧旋转胃镜，其先端离开疝进入膈下之胃内方取出，并给病人服用广谱抗生素，禁食数日，病人感觉良好。

小结：62岁女病人，因裂孔疝内大溃疡引起上消化道出血。为了排除溃疡型癌，出血停止后做胃镜检查，用倒镜式胃镜检查法，胃镜先端进入疝内不易取出，用放射线阐明了胃镜的位置，旋转内窥镜使其先端重新落入膈下胃内，方易于取出。内窥镜排除了癌变，无合并症。

三、食道和穹窿部的病变

例1: 66岁, 男性。

病史: 数年前因十二指肠溃疡做胃切除手术。4个月来上腹有压迫与发胀感。

体检: 除腹部陈旧疤痕外, 其他正常。

实验室检查: 血沉轻度增快, 其他正常。

放射线检查: 吞咽正常, 食道正常(图3—1)。胃镜检查所见之静脉曲张, 在放射线下未能显示(图3—2)。

食道胃镜检查: 在贲门上4cm处, 食道后壁有青色豌豆大静脉曲张的结节(图3—2)。胃Billroth I型手术后, 吻合口光滑。

小结: 胃镜检查偶然发现贲门上4cm处孤立的食道静脉曲张, 放射线检查未能显示, 即使放射线学家知其存在也难于在放射线下发现它。

例2: 72岁, 男性。

病史: 十年来有不同程度的心绞痛, 伴进展性劳累后呼吸困难。近4年来有4次胃出血, 疑有胃角溃疡。现因大量黑便与呕鲜血及严重的循环衰竭而入院。

体检: 脸色明显苍白, 上消化道有新鲜出血表现, 脉搏112次/分, 血压90/50mmHg, 呼吸快, 腹软, 腹肌不紧张, 无压痛, 有腹胀, 中度腹水, 大约有2个拳头大小之腹疝与皮肤静脉充盈, 肝硬, 肋下3指, 未触及脾。

实验室检查: 严重继发性贫血, 血清蛋白5.3g/dl, 有相对之低蛋白血症。

放射线检查: 食道中部及下部三分之一处有虫蚀样X线透明影及缺损阴影。静脉曲张。贲门部通过正常。胃及十二指肠, 尤其是十二指肠升部粘膜明显增殖(图3—3及3—4)。球部因疤痕而变形(陈旧性溃疡), 无胃溃疡。

食道胃镜检查: 食道下段有明显突出的静脉曲张、糜烂。透过胃粘膜可见淡蓝色血管。贲门显示枕头样静脉曲张。胃粘膜皱襞肥厚(图3—5至7)。

小结: 男性, 72岁, 严重的胃肠出血。由于长期的溃疡反复出血一般状态明显低下, 腹水增加很快, 故疑为胃癌腹膜转移, 但放射线及内窥镜检查确诊为食道静脉曲张。

图3—5至7 食道下段静脉明显曲张与表浅糜烂。

例3: 64岁, 男性。

病史: 2周前上腹有压迫与发胀感, 轻度黄疸。6年前发现肝大。慢性酒精中毒(病人在酿酒厂工作26年)。

体检: 矮胖体型, 营养状态良好, 轻度黄疸, 肝掌, 颈、背部有蜘蛛痣, 肝大肋下2指, 坚硬无压痛, 深吸气时可触及脾下缘。

实验室检查: 血沉稍快, 血红蛋白12.6g/dl, 红细胞290万/mm³, 白细胞2700/mm³, 血清铁240微克/dl, 血胆红素2.1, SGOT57, 凝血酶元时间40%, 用维生素K后无增加, 血清蛋白7.2g/dl, 电泳白蛋白减少(40.1%), 丙种球蛋白增至38.2%, 免疫电泳正常, 红斑狼疮试验阴性。

肝扫描检查: 明显的肝实质性损害, 右叶明显缩小, 放射性碘摄取稀疏, 左叶放射性碘摄取增多。

放射线检查：食道正常，位于穹窿近贲门处有李子大小的息肉样肿瘤，轮廓清楚，轻度陷入胃内，其他消化道部分正常（图3—8至12）。

胃镜检查：内窥镜易进入，视野清晰，粘膜颜色及皱襞形态正常，皱襞光滑，中等量分泌物；近贲门处皱襞增厚，豆粒大息肉样突出，表面光滑及闪光，无恶性证据。胃镜诊断：由于肝硬化引起穹窿部静脉曲张，未做活检（图3—13至14）。

小结：非活动性失代偿性肝硬化。放射线检查食道正常。因贲门下穹窿处息肉样肿瘤做胃镜检查。倒镜检查显示贲门部3个小的光滑的息肉样粘膜结构，参照病史、生化结果及胃镜所见，诊断为穹窿部静脉曲张。由于活检可引起致命的出血，故未做。

图3—9至12 在穹窿近贲门处，边界轮廓清楚的李子大小之息肉样肿瘤，部分陷入胃内，上消化道其他部分皆正常。

图3—13及14 倒镜式胃镜检查：近贲门处皱襞粗厚，有豆粒大息肉样改变，表面光滑、闪光，附近有8个息肉样结构。胃镜诊断：胃穹窿部静脉曲张。

例4：74岁，男性。

病史：“胃神经官能症”已40年。一年前呕鲜血，放射线检查显示穹窿部溃疡。近3周来胸骨后贲门处有固体食物阻塞感。近来有呕吐，呕吐物大部是泡沫，也有食物，体重减轻，无食欲。

体检：一般状态及营养状态低下，面色苍白，无压痛。

实验室检查：血沉正常，不贫血，其他常规化验皆正常。

放射线检查：贲门处食道狭窄，局部钡剂停留，近贲门处癌性狭窄（胃？食道？），肿瘤从贲门伸向穹窿（图3—15及16）。

食道胃镜检查：用前视镜检查，在38cm处有弹性抵抗，为一较大的异物阻塞管腔。术者将内窥镜靠近异物，用强力的吸引将异物吸至胃镜先端，并取胃镜与异物，系3cm直径大的腊肠的肠皮。重新插入胃镜进一步检查，因受累粘膜出血未能进行，但显示有一肿瘤样结节从后壁突出造成狭窄。

两天后食道镜复查，近贲门处食道癌性狭窄，粘膜脆弱，易出血，量多。活检：粘膜间质内有印戒细胞，食道鳞状上皮细胞完整。诊断：穹窿癌侵至食道。

临床经过：手术结果显示有苹果大硬肿瘤与周围粘连，起源于穹窿，侵犯贲门。放置塑料内管，纠正狭窄。病人出院时几乎没有症状。

小结：74岁，男性，数月来胸骨后疼痛胀满及压力感，疑有食道肿瘤发生狭窄，有呕血，体重减轻，无食欲。放射线检查证实狭窄，通过食道镜除去阻塞之异物（腊肠的肠皮）后，可见贲门部肿瘤。活检：穹窿肿瘤蔓延至食道，并经手术证实。放置塑料内管，进行姑息治疗。

图3—15及16 近贲门处食道狭窄，癌性狭窄（胃？食道？）

图5—17 近贲门处癌性狭窄。

食道局限性改变常仅靠内窥镜诊断，侧视镜往往不能检查食道壁，因为只有在内窥镜越过贲门之后方能用来观察，如欲发现食道异常改变，必须使用前视镜，因用这种内窥镜对于既往认为是禁忌症的大食道憩室，已不再禁忌，因用前视镜可以绕过憩室前进。对于食道静脉曲张亦非做胃镜检查之禁忌症，当前视镜之先端到达局部之前即可看到病变，并停止前进。胃镜术者常考虑食道癌有穿孔的可能性而不愿对其进行检查，因在直视下可以安全地进行检查，所以也不是胃镜检查的禁忌症。

近代纤维内窥镜对于寻找上消化道出血灶已成为不可缺少的器械。它的应用对这种病例的诊断有决定性的作用。Palmer (1965), Palmur和Brick (1953) 以及德国的 Krentz (1960) 等曾于1953和1960年积极主张, 对严重上消化道出血的患者采用这种诊断措施。当时只有硬式或半可屈式胃镜, 故对一些精确的诊断受到很大的限制。

Ottenjann (1966) 首先令人信服的指出, 对于原因不明的上消化道出血, 应尽早地做急症胃镜检查。

食道粘膜局部增厚可由于孤立的静脉曲张结节、食道静脉曲张, 或早期的食道癌而引起, 这些都涉及到鉴别诊断问题, 检查过程中及早定诊是很重要的。因在这些病灶附近, 器械的轻微移动均可引起出血, 以致无法进一步的检查。孤立的静脉曲张结节可能由于血管畸形所引起, 因而不受影响, 这往往只能用内窥镜诊断, 如用放射线检查就看不见, 即使放射线学家知其存在并进行搜索亦不能在放射线下发现它。

用放射线检查, 食道静脉曲张呈现典型的波浪状或呈弓状轮廓; 在食道下三分之一常不能全部显示, 但在内窥镜观察下则清晰可见, 常呈现为蛇形弯曲, 往往纵行皱襞嵴部, 此即为充盈弯曲的食道静脉曲张。假如扩张明显, 其嵴部覆盖之粘膜变薄, 则可见静脉变成蓝色条状, 这种改变并不干扰食管壁的正常收缩与蠕动, 但特别在食道下段, 常呈现扁豆大、易于出血的粘膜糜烂。这种糜烂可能是由于血液瘀滞或充血, 或是由于胃酸反流引起的消化作用的结果, 或且两种因素都存在。

当有门静脉高压时, 巨大静脉曲张有时可出现在穹窿部而不在食道, 这可能由于胃后的腹膜间隙中的静脉比较弱, 在此区域存在着胚胎期的门腔静脉间的侧支循环, 特别是胃肾静脉之间的侧支循环。门静脉高压可使这些通路重新开放, 其壁很薄; 血管变成较大海绵状, 丧失血液的排出能力而造成淤积并回流到胃静脉, 从而出现孤立的穹窿部静脉曲张 (Kralik 和 Kalouskova, 1969), 在内窥镜下很容易将这种穹窿部粗糙的结节样改变, 误认为良性肿瘤而做活检, 致造成大出血。往往由于肝脏合成凝血酶元的障碍, 可使此种出血更为严重。

食道下段局限性粘膜隆起也可能由于良性肿瘤 (脂肪瘤, 纤维瘤, 平滑肌瘤) 引起。有时也可发现腺瘤或异位胃粘膜。有目标的活检有助于诊断, 但必须十分小心避免钳取曲张的静脉。

所有造成食道壁僵直的情况并非都是由于浸润, 如未见蠕动, 可在食道下段充气。如粘膜未僵直, 可诱导出蠕动。这种办法尤其适用于穹窿部癌肿扩展到食道下段, 常从外面向食道腔内生长。假如活检结果为印戒细胞, 则可确认为胃源性肿瘤, 在这种情况下, 食道镜检查可作为重要的诊断依据, 如在寻找胃肠出血原因时发现既无食道静脉曲张而又不是贲门粘膜断裂 (Mallory-Weiss syndrome), 则可将内窥镜送至胃内寻找出血原因。

用新型的前视型十二指肠镜可同时检查食道、胃及十二指肠。这样并不增加病人的负担, 甚至在急性出血时期, 亦可做早期急症内窥镜检查。

四、遗传性出血性毛细血管扩张症的胃粘膜改变 (Osler's Disease)

例 1: 34 岁, 男性。

病史: 自幼年脸色苍白, 下唇有点状血管粘膜病灶, 常有鼻衄、贫血、心动过速、气短。

体检: 面色明显苍白, 下唇有很多毛细血管扩张(图4—1), 在手指及甲床下亦有少数。喉部正常。

实验室检查: 血沉正常, 血红蛋白34%, 红细胞 $3,100,000/\text{mm}^3$, 红血球压积 23%, 分类计数正常, 网状红细胞 2.3%, 血小板 $105,270/\text{mm}^3$, 血清铁 $142\mu\text{g/L}$, 总铁结合力 $4300\mu\text{g/L}$, 多次大便联苯胺试验阳性。

直肠镜检查: 进入15cm正常。

放射线检查: 胃正常。

胃镜检查: 胃粘膜苍白、贫血, 胃皱襞正常, 主要在胃体下部近表面有小的点状红色扩张的毛细血管。在后壁胃角上部有针头大小的红色血管病变, 未发现其他出血灶(图4—2)。

小结: 男性, 34岁, 因低色素性贫血, 并因慢性隐性胃肠出血所致的失血症状而入院, 放射线检查正常, 胃镜检查发现符合遗传性出血性毛细血管扩张症的改变。

图4—2 胃粘膜隆起的毛细血管扩张(约 $2\times 3\text{mm}$)。

例 2: 34岁, 男性。

病史: 在上腹部有与应激有关的痉挛性疼痛10年。近来疼痛加剧伴有恶心。入院前胃放射线检查正常。4个月及2个月前均有过黑大便。

体检: 一般状态好, 健康貌, 舌的底面可见有毛细血管样(图4—7)。躯干及右掌心有小毛细血管扩张。上腹轻压痛, 未触及肝脾, 有交感神经紧张度增强表现。

实验室检查: 无贫血, 血沉及其他化验正常。胃分泌功能酸度正常。

放射线检查: 除有十二指肠憩室外, 余皆正常(图4—3及4)。

胃镜检查: 胃粘膜及皱襞皆正常, 窦部有6个针头大小、外表完整之小红点, 其上覆盖正常光泽的上皮。幽门及胃蠕动正常, 近距离观察可见有细的毛细血管网。印象: 胃粘膜的遗传性出血性毛细血管扩张(Osler)。(图4—5及6)

小结: 男, 34岁, 因有严重之胃肠出血(柏油样便)而入院检查。上消化道放射线检查: 无溃疡, 无食道静脉曲张及肿瘤。胃镜检查: 胃窦部粘膜改变符合遗传性出血性毛细血管扩张症。

图4—3及4 胃扩张, 用胃粘膜皱襞造影法未见出血灶。

图4—5及6 胃粘膜之局限性毛细血管扩张, 图4—7舌下面毛细血管及静脉血管扩张与静脉结节样。

上述病例为临床上典型之遗传性出血性毛细血管扩张症, 突出的临床表现为反复鼻衄, 另一典型临床表现则是黑便或大便隐血阳性, 常见贫血。上消化道放射线检查无出血灶, 尽管主诉不典型, 放射线检查未发现溃疡, 但被疑诊为溃疡。仅胃镜检查能发现出血灶。

此类病人大多数是年轻人。此病为显性遗传, 与性别无关, 鼻衄常是第一个症状, 以后可出现口腔、尿路或肠道出血, 可用以解释在一段时间内难以理解的继发性贫血的原因。

鼻、唇、口腔粘膜可有小而多的局限性血管扩张，呈1~5mm暗红色，小点状伴有毛细血管的分支，有如慢性肝病的蜘蛛痣。随后同样的毛细血管扩张亦可表现在皮肤上。这种纤细的扩张血管受损，可引起不同程度的出血。如果这种扩张的血管位于难于接近的部位，可引起致死性出血。更常见的是慢性失血性贫血。它有非常明显的低铁、低血红蛋白与低红细胞值。大量出血易复发。诊断靠病史、粘膜血管扩张以及典型的临床表现。放射线检查是次要的，因为放射线检查仅在于排除静脉曲张、溃疡或新生物。若口腔无毛细血管扩张，则较难诊断，只有纤维胃镜可能找到胃肠失血病灶及其性质。

五、胃 粘 膜 糜 烂

例 1: 67岁, 女性。

病史: 6年前因子宫癌作子宫全切术及放射治疗, 以后觉胃部压迫感与发胀, 与饮食无关, 有恶心。

放射线检查: 长钩形胃, 小弯侧有两个扁平隆起, 并有致密点状阴影及放射状粘膜皱襞(图5—1)。

放射线追踪检查: 6周后胃大弯粘膜粗糙、不规则, 新生物? 胃腔外肿瘤? (图5—2及4)。

胃镜检查: 胃体粘膜明显变红, 在皱襞嵴上有一串糜烂, 胃下部也有。皱襞明显肥厚, 蠕动正常, 无胃内新生物现象(图5—5及6)。

临床经过: 剖腹探查, 发现有胰头癌, 向十二指肠后方扩散, 在胃后壁近幽门部有浸润性改变, 未侵及粘膜。

组织学诊断: 胰腺癌, 有淋巴转移。

小结: 女性, 66岁。无特征性的上腹部不适感, 放射线示有大弯僵直。胃镜检查: 无胃肿瘤, 胃粘膜有广泛糜烂, 胃大弯僵直处系由胰腺癌伴有局部转移, 已侵犯胃壁, 但尚未侵及粘膜层。

图5—2及4 6周后, 放射线追踪检查: 胃大弯处粗糙不规则, 胃肿瘤? 胃外转移瘤所致移位。

图5—5及6 多数大小不同的平坦出血性糜烂。

例 2: 55岁, 女性。

病史: 近期上腹部有压迫与发胀感, 除此之外, 无其他病史。

体检: 右腹中部轻度压痛。

实验室检查: 正常。

胃液分析: 胃液轻度增加, 酸度正常。

放射线检查: 食道正常, 皱襞正常, 钩形胃, 紧张度正常。胃大弯处皱襞略较正常稍宽, 窦部小弯处皱襞内有数个互相接近的圆形缺损, 直径约6~12mm, 在球部底部的近侧。胃壁弹性与蠕动正常。印象: 充盈缺损, 在窦部幽门前小弯侧有小手指头样大小息肉改变。单个的互相靠近的广基息肉, 胃壁轮廓光滑, 弹性存在(图5—7至10), 不支持恶性病变。

胃镜检查: 胃上、中部及皱襞均正常, 中等量清亮胃液, 前壁幽门管有孤立的红肿皱襞, 与针头大小之浅凹, 附近有小的棕色血样渗出, 蠕动不典型, 但规则。印象: 窦部糜烂。(图5—11至13)

胃镜追踪检查: 3周后粘膜表面及皱襞正常, 中等量清亮胃液, 窦部小弯侧增厚之胃皱襞中部平坦回缩, 周围粘膜暗红色, 玻璃样水肿肿胀, 蠕动较正常缓慢, 原先见到的在粘膜皱襞嵴上的缺损已愈合, 仅残留一个小的浅凹。

活检: 基质浆细胞, 淋巴细胞增加(浅表性胃炎)。

图5—7至10 幽门前小弯侧有小指大小的充盈缺损, 为息肉形成。

图5—11 不规则之胃皱襞, 有小结节样增厚与坏死灶, 约1~2mm大小完整的糜烂。

图5—12及13 3周后增厚皱襞已消退, 尚有一孤立的皱襞与针头大小之完整的糜烂。