



实用胃镜学

Practical Gastroscopy

主编 龚钧 董蕾



世界图书出版公司

- 策 划:任 卫 军
- 责任编辑:汪 信 武
- 视觉设计:Look.Book 飞洋设计机构

Practical Gastroscopy

实用胃镜学

ISBN 978-7-5062-8654-1



9 787506 286541 >

定价: 68.00元

实用胃镜学

Practical Gastroscopy

主 编

龚 均 董 蕾

编 者

(以姓氏笔画为序)

万晓龙 王进海 左爱丽 刘 欣

郭晓燕 龚 均 董 蕾 鲁晓岚

世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

图书在版编目(CIP)数据

实用胃镜学/龚均,董蕾主编.—西安:世界图书出版西安公司,2007.5

ISBN 978-7-5062-8654-1

I.实... II.①龚...②董... III.胃镜检—基本知识
IV.R573

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 054775 号

实用胃镜学

主 编 龚 均 董 蕾
责任编辑 汪信武

出版发行 世界图书出版西安公司
地 址 西安市北大街 85 号
邮 编 710003
电 话 029-87214941 87233647(市场营销部)
029-87235105(总编室)
传 真 029-87279675 87279676
经 销 全国各地新华书店
印 刷 人民日报社西安印务中心
开 本 889×1194 1/16
印 张 12
字 数 350 千字

版 次 2007 年 5 月第 1 版
印 次 2007 年 5 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5062-8654-1
定 价 68.00 元

序

我是一个喜欢直观的人。自幼如此,凡事都追求个一目了然。读完医学院后,有人猜我会做个皮肤科医生。然而他们错了,因为我认为皮肤科又“过于简单”,当个医生总要有点儿“神秘之处”。择来选去,最后选中消化内科。因消化内科有胃镜,能像孙悟空一样钻到腹内看个明白,这既符合我的“一目了然”,又满足了“神秘之处”。

于是,我奋斗:1978年,我提前一年本科毕业,考上了“文化大革命”后第一批研究生,如愿以偿来到了消化内科胃镜室。带教老师很有经验,当然就多了几分严厉。为了博得好感,老师还没来我就上班,开窗、打水、接病人……老师下班了我还不能走,拖地、养镜、洗床单……一天下来,腰酸背痛、四肢无力。消化内科人称“内三科”,我称“累散科”,劳累的“累”,散架的“散”,一到下班就散架。更让人难堪的是“累而无功”,一天下来收获不大。当时的胃镜为纤维胃镜,较为落后,老师双手持镜操作,通过目镜观察。我通过一个与老师镜子相连的示教镜追索。视屏很小很小,说实在的,我经常是人在云里雾里。老师“游刃有余”,既前又退,忽左忽右,时上时下,一会儿顺时针 360° ,一会儿逆时针 360° 。我像是进入一个深不可测的溶洞,靠别人打着忽闪忽闪的灯导引,踏着高低不平、左弯右拐的狭长小道,心里没底,不知其然,更不知其所以然。但嘴里还需回答:“是!是!好一派曲径洞天!”

那时我最大的愿望是有一本妙书在手,上班前反复预习,做到心中有数,下班后再对号入座,以求加深理解,不幸的是一直到我学会胃镜还未见到这样一本书。以后我也做了老师,我的学生比我幸运多了。因为近30年消化内镜的发展日新月异,纤维镜换成了电子镜,镜身越来越细,视屏越来越大,清晰度也越来越高,我的学生再也体会不到我学艺时的艰辛了。更为可喜的是,大量相关书籍的陆续出版,图文并茂;大量的影像制品不断问世,动静结合。但专就胃镜术而言,还缺乏一本更为详尽、更为实用的教科书。

龚均教授带领中青年专家,以胃镜检查为专门对象,以自己多年的操作经验及集存下来的资料为背景,写成的这本《实用胃镜学》填补了这项空白。该书通俗易懂、实用性强。不仅对初学者是一本好书,也可供同行参阅。我有幸先读其稿并应邀作序,特向同道推荐。

中国工程院院士
第四军医大学副校长
樊代明

2006年6月6日

前 言

俗语道：“病从口入”，胃肠道疾病属常见病、多发病，在很多医院的内科门诊中，胃肠道疾病占首位。目前，在消化道形态学检查中，胃肠钡剂透视逐渐有被胃肠镜检查替代的趋势，胃肠镜检查已是消化科常用的重要检查手段之一，不仅用于很多疾病的形态学诊断，也用于很多疾病的治疗，如胃镜下止血、息肉切除、异物取除、早期胃癌切除等。因此，胃镜检查技术已成为消化科医生和进修医生的必备技术之一。

我科内镜中心每年都有数十名进修医生、研究生学习胃镜的诊断和治疗技术，我们还连续七年为基层医院的医生举办胃肠镜学习班，在带教过程中我们深感缺少一本实用教材。为此，我们参阅了国内外有关书籍，并根据我科所积累的胃镜图像资料编写了本书。本书分诊断和治疗两部分，分别用翔实的图片展示了食管、胃、十二指肠常见病内镜下各自的形态特点，通过少量文字对病变概念、鉴别诊断进行了必要说明；并对内镜下常用的治疗方法如食管静脉曲张的套扎和硬化治疗、息肉切除、上消化道出血的镜下止血治疗、早期胃癌的胃镜下切除术等进行了重点介绍。全书主要以大量胃镜图像为主，配以简明扼要的文字说明，使读者能一目了然，达到简明实用的目的。本书适用于消化科医师和全科医师参考阅读，特别适用于进修胃镜的医务工作者使用。

需要指出的是：胃镜检查是一种侵入性检查，初学者由于技能不熟练，操作时往往会增加患者的痛苦，这一点必须充分认识。耐心安慰患者，取得患者配合，并尽可能减轻其痛苦是我们的责任，否则，无资格做胃镜医生。除此而外，我们应在体外（或模型上）熟练胃镜操作，并认真学习、仔细观察老师的操作技巧，这对提高我们的胃镜检查技术将大有裨益。

本书由西安交通大学医学院第二附属医院消化科的医生们参与编写。在编写过程中，朱有玲、王学勤二位副主任护师为整理资料付出了辛勤劳动；中华医学会消化病学分会主任委员、第四军医大学副校长、中国工程院院士樊代明教授在百忙之中为本书作序，在此，一并表示衷心的感谢。

由于我们的水平所限，书中不足之处在所难免，希望专家、同道和广大读者提出批评，以便今后改进。

樊 均 董 蕾

2006年6月

目 录

上篇 胃镜诊断学

第一章 概 论	(3)	第四章 胃病的诊断	(45)
第二章 检查方法和技巧	(4)	第一节 胃的实用解剖知识	(45)
一、患者的体位	(4)	第二节 正常胃的形态	(45)
二、医师注意点	(4)	第三节 胃的病变	(49)
三、内镜插入法	(4)	一、急性胃黏膜病变	(49)
四、观察方法	(6)	二、慢性胃炎	(50)
第三章 食管病的诊断	(15)	三、胃溃疡	(56)
第一节 食管的实用解剖知识	(15)	四、杜氏(Dieulafoy)溃疡	(61)
第二节 正常的食管形态	(16)	五、胃的良性隆起性病变	(61)
第三节 食管的病变	(18)	(一)胃息肉	(61)
一、反流性食管炎	(18)	(二)平滑肌瘤	(64)
二、Barrett 食管	(21)	(三)脂肪瘤	(65)
三、念珠菌性食管炎	(23)	(四)血管瘤	(66)
四、药物性食管炎	(25)	(五)胃囊肿	(67)
五、食管异位胃黏膜	(25)	(六)胃迷走胰腺	(67)
六、食管孤立性静脉曲张	(26)	六、胃外在压迫	(68)
七、食管静脉曲张	(27)	七、胃石症	(69)
八、食管息肉	(30)	八、胃内异物	(70)
九、食管平滑肌瘤	(31)	九、胃 癌	(70)
十、食管脂肪瘤	(33)	十、其 他	(73)
十一、食管裂孔疝	(33)	(一)黄色瘤	(73)
十二、贲门失弛缓症	(35)	(二)术后胃	(74)
十三、食管贲门黏膜撕裂症	(36)	第五章 十二指肠疾病的诊断	(75)
十四、食管鳞状上皮癌	(36)	第一节 十二指肠实用解剖知识	(75)
十五、食管胃交界部癌	(39)	第二节 正常十二指肠的形态	(76)
十六、食管憩室	(42)	第三节 十二指肠的病变	(77)
十七、食管-气管瘘	(42)	一、十二指肠炎	(77)
十八、食管异物	(43)	二、十二指肠胃上皮化生	(79)
十九、食管糖原棘皮症	(44)	三、十二指肠淋巴滤泡增生	(79)
		四、十二指肠溃疡	(80)
		五、十二指肠息肉	(84)
		六、十二指肠腺瘤	(86)

七、十二指肠黏膜下肿瘤	(87)
八、外在压迫	(91)
九、十二指肠恶性肿瘤	(91)
(一)十二指肠癌	(91)
(二)十二指肠恶性淋巴瘤	(92)
(三)周围脏器癌浸润	(92)
十、十二指肠乳头病变	(93)
十一、十二指肠的其他病变	(94)
(一)十二指肠憩室	(94)
(二)十二指肠毛细血管扩张	(95)
(三)艾滋病的上消化道病变	(95)
第六章 胃镜检查的并发症	(97)
一、出 血	(97)
二、消化道穿孔	(97)
三、感 染	(98)
四、心脏并发症	(98)
五、肺部并发症	(98)
六、其 他	(98)
(一)咽喉部损伤	(98)
(二)下颌关节脱臼	(98)
(三)喉或支气管痉挛	(99)
(四)拔镜困难	(99)
(五)唾液腺肿胀	(99)
(六)麻醉并发症	(99)
第七章 色素内镜检查术	(100)
一、色素内镜检查的分类及原理	(100)
(一)对比法	(100)
(二)染色法	(101)
(三)反应法	(101)
二、操作方法	(103)
三、常用色素用量及副作用	(104)
四、色素配制方法	(104)
五、临床应用	(104)
(一)食 管	(104)
(二)胃	(107)
(三)十二指肠	(111)

下篇 胃镜下治疗

第八章 常用内镜治疗仪器介绍	(115)
第一节 高频电凝治疗仪	(115)
第二节 氩等离子体凝固治疗仪	(118)
第三节 微波治疗仪	(120)
第九章 上消化道息肉摘除术	(122)
第十章 上消化道出血的止血治疗	(128)
第十一章 内镜下黏膜切除术	(132)
附:内镜黏膜下层剥离术	(137)
第十二章 食管静脉曲张的硬化治疗	(141)
附:胃底曲张静脉的栓塞治疗	(144)
第十三章 食管曲张静脉内镜结扎	(145)
治疗	(145)
第十四章 上消化道狭窄的扩张治疗	(151)
一、狭窄扩张术	(151)
(一)探条扩张法	(151)
(二)球囊扩张法	(152)
二、狭窄切开术	(154)
三、组织破坏扩张术	(154)
四、支架放置术	(154)
附:贲门失弛缓症的治疗	(156)
第十五章 上消化道异物取出术	(157)
第十六章 上消化道平滑肌瘤切除术	(161)
第十七章 经皮胃镜下胃造瘘术	(165)
第十八章 贲门缝合术	(170)
附 录	(173)
无痛胃镜检查	(173)
内镜的消毒方法	(173)
内镜检查诊断和治疗知情同意书	(181)
主要参考文献	(184)

上 篇

胃 镜 诊 断 学

第一章 概 论

自 1868 年 Kussmaul(德国)从吞剑师那里得到启发,首次成功地用长 56 cm、直径 13 mm 的金属管观察胃以来,胃镜检查从硬质镜到纤维镜(1957 年),再到电子镜(1983 年),逐步得到发展,目前已广泛用于临床。

1. 适应证 凡怀疑上消化道(食管、胃、十二指肠)疾病或普查人群无禁忌证者。

2. 禁忌证

(1) 患者拒绝检查或精神不正常、意识障碍者。

(2) 严重心、肺功能障碍患者。

(3) 咽喉部病变患者。

(4) 急性心肌梗死患者。

(5) 其他严重内脏疾病不能耐受检查者。

3. 术前准备

(1) 检查前 12 h 开始禁食,可饮水。

(2) 检查当日起床后可饮少量水或茶水(≤ 200 ml),有些治疗心脏病药、降压药等可一起服用。

(3) 注意询问患者过去有无心肺疾病、高血压及其他重症疾病史;有无食物、药物过敏史;男性有无前列腺肥大,有无青光眼,有无拔牙或受伤后出血不止史。如有上述情况,应做相应处理。

(4) 检查前 30 min 根据情况可选择应用解痉剂、镇静剂。

(5) 术前 30 min 给患者咽部用润滑止痛胶(内含利多卡因)。

(6) 若患者有活动的义齿(假牙)需取出,以免误入食管或气管。

第二章 检查方法和技巧

一、患者的体位

取左侧卧位,两膝屈曲,咬住口圈,下颌微抬(图2-1、图2-2)。患者下颌稍向前上方抬起,此时患者口、咽、食管入口处同一水平直线,易于插镜(图2-3)。

注意:插镜时患者往往会因惧怕心理而改变头部位置,头向后仰;插入后有的患者会因难受而自己用手拔镜,这是危险动作,因此需在插镜前给患者做好解释工作,避免其发生。

二、医师注意点

(1) 确认监控画面,内镜送气、送水无故障

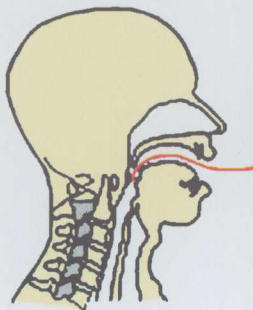


a

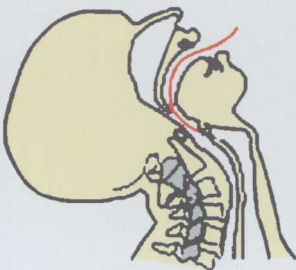


b

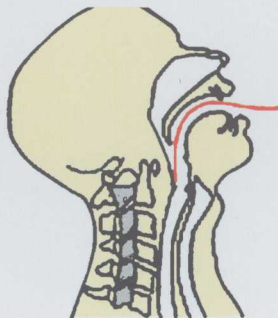
图2-1 患者体位



a. 收颌姿势不易插入



b. 过度后仰易插入气管



c. 为正确姿势,下颌稍向上抬

图2-2 患者头颈部角度

(图2-4)。

(2) 用硅油或润滑止痛胶涂抹镜身(勿涂在镜头前,以免影响视线)。

(3) 左手持内镜操作部,用拇指调节上下、左右旋钮(图2-5)。

(4) 右手执笔式持镜身,手持部位距镜端约25 cm(图2-6)。

三、内镜插入法

内镜医生应面对患者口腔,胃镜的前端由舌根的左侧进入。通过梨状窝,进入食管上口。可让患者配合做吞咽动作(图2-7)。

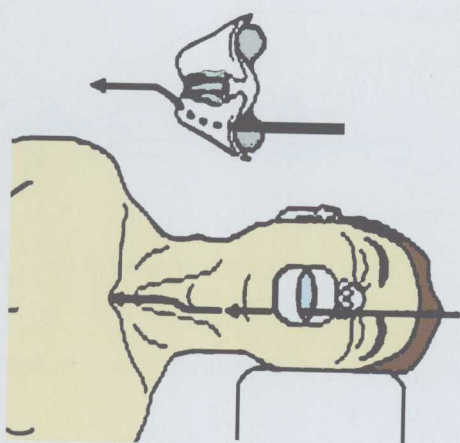


图 2-3 患者口、咽、食管入口处同一水平直线



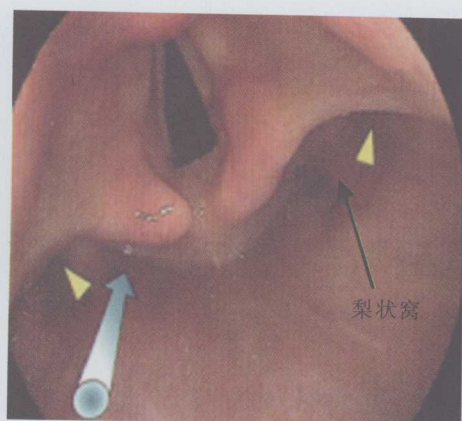
图 2-4 确认内镜无故障



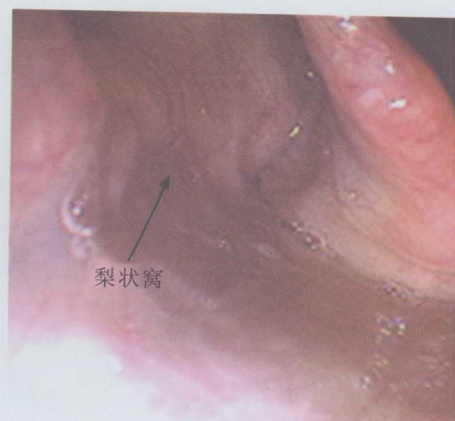
图 2-5 调试旋钮



图 2-6 执笔式持镜



a



b

图 2-7 食管入口处

四、观察方法

如遇阻力不可强行进入,可以左手活动内镜操作部,调节镜端方向。由监控画面可知是否进入食管。有时也可改由右侧梨状窝进入。

注意:有时内镜会在食管内弯曲反折,此时不必拔镜,也不可在食管内解除反折,因有引起食管破裂的危险。可慢慢将弯曲的镜身引入胃内,在宽阔的胃腔内容易解除反折(图 2-8)。

常规胃镜检查,要在最短的时间内取得最好的效果,必须按一定顺序仔细观察,以免漏诊。

(1) 进入食管后,边送气边进镜,首先观察食管与胃连接部(图 2-9),并作记录。

(2) 通过食管与胃连接部进胃后,送气量控

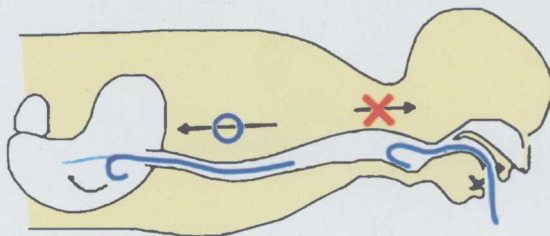
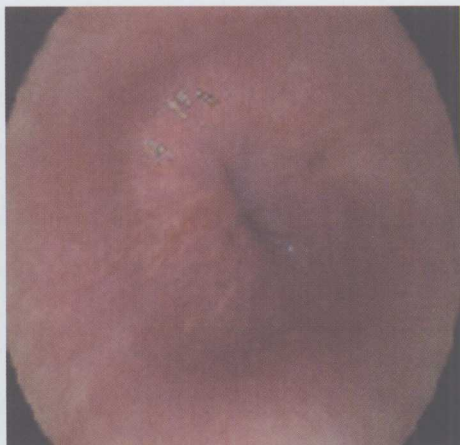


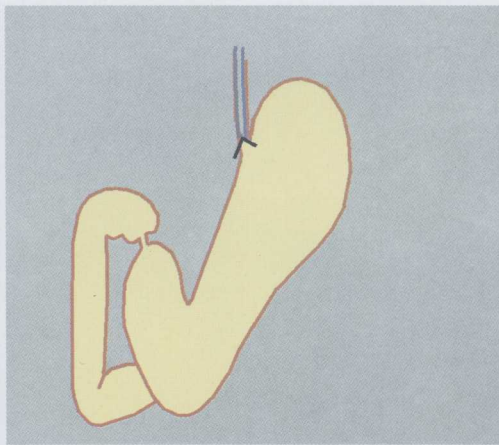
图 2-8 镜身进入胃内解除反折

制在最小量,进到胃窦和幽门部,作观察记录(图 2-10)。

注意:通过胃体时,左手将操作部保持水平方向,到胃角附近,变为垂直方向,并稍为调整控制钮的角度。



a

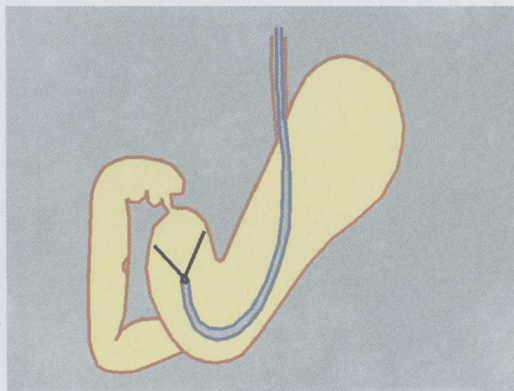


b

图 2-9 胃食管连接部



a



b

图 2-10 胃窦和幽门正面

(3) 调节上下、左右旋钮,使镜头端通过幽门进入十二指肠球部,进入球部后少量送气使球部展开,观察前壁和上壁(图2-11)。

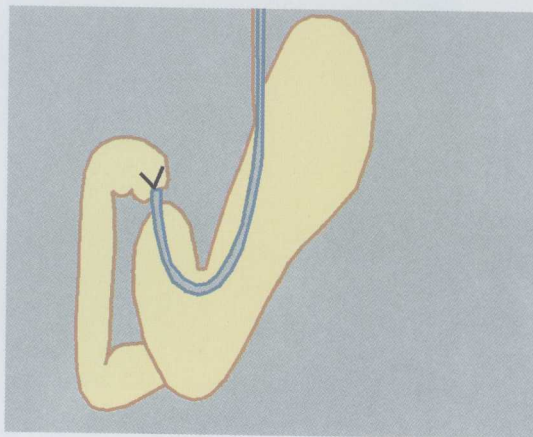
(4) 稍退镜(勿退出球部),观察球后壁和下

壁(图2-12)。如镜退回胃内,需重新插入。

(5) 向上向右调节角度钮,顺时针方向旋转操作部进入十二指肠降部(图2-13),观察注意有无十二指肠炎症、Vater乳头周围癌等病变。

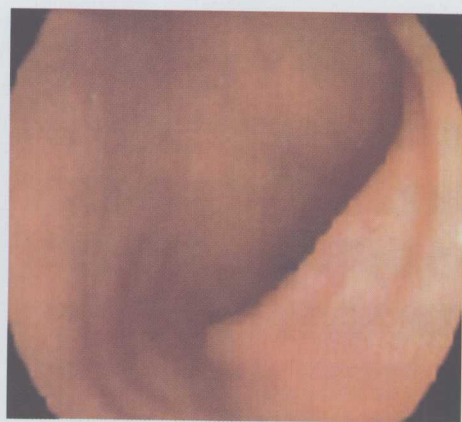


a

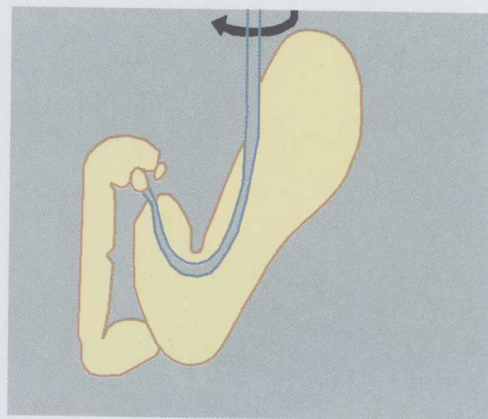


b

图2-11 十二指肠球部前壁和上壁



a

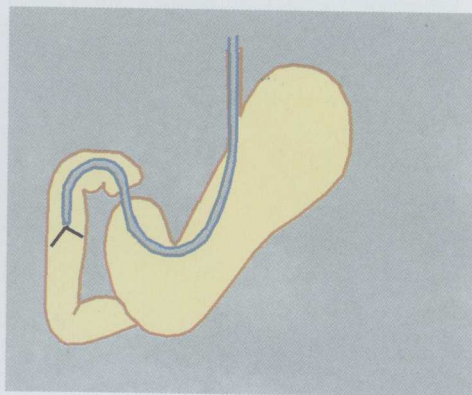


b

图2-12 十二指肠球部下壁和后壁



a



b

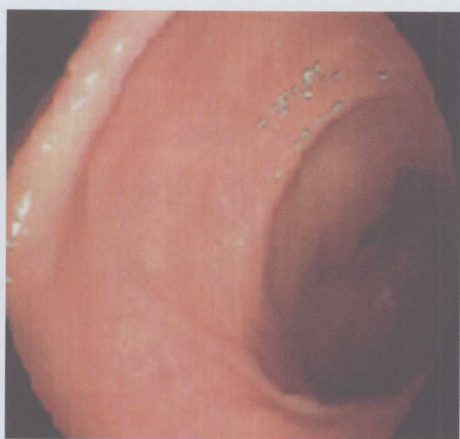
图2-13 十二指肠降部

(6) 退出内镜到胃窦、幽门部, 将操作部逆时针旋转, 观察胃窦小弯侧和前壁(图 2-14)。

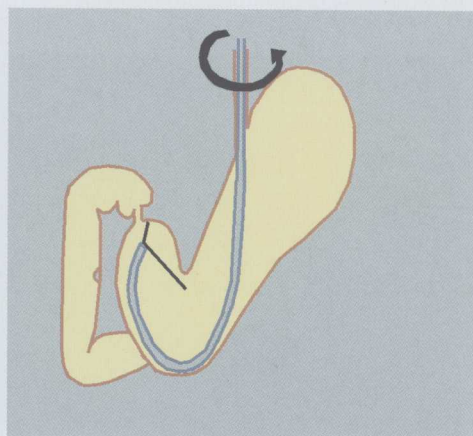
(7) 继续稍退镜, 操作部顺时针旋转, 观察胃

窦小弯侧和后壁(图 2-15)。

(8) 将镜子向医师身前牵拉, 调节钮不变, 可观察胃角部(图 2-16)。



a

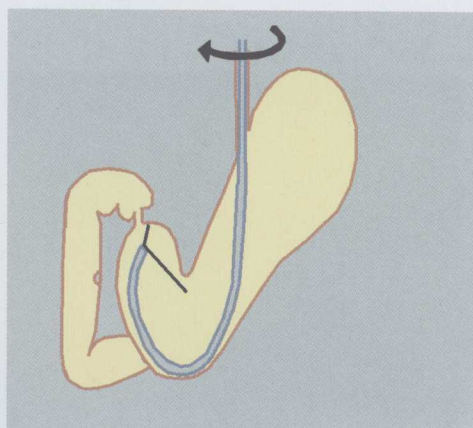


b

图 2-14 胃窦小弯侧和前壁



a

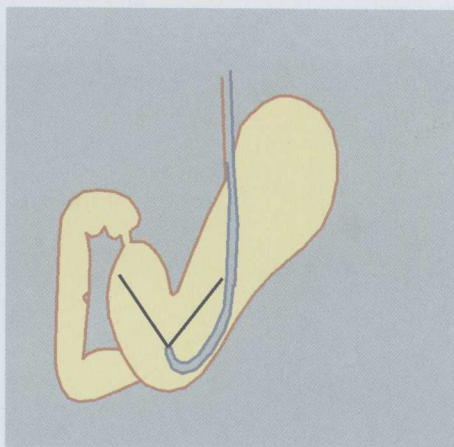


b

图 2-15 胃窦小弯侧和后壁



a



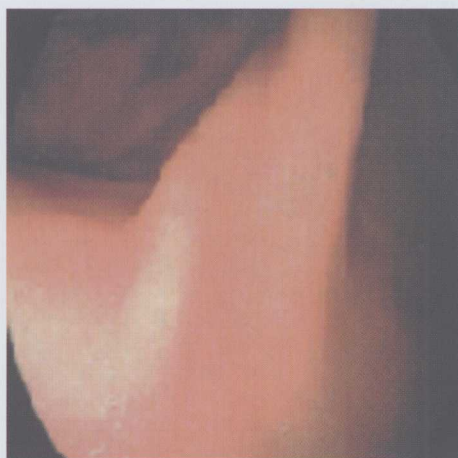
b

图 2-16 胃角部

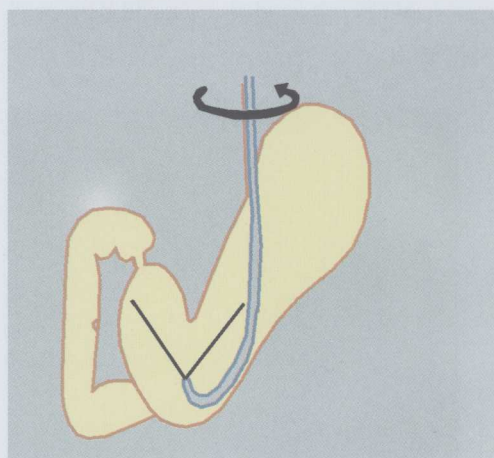
(9) 调节内镜操作部，观察胃角前壁和后壁(图 2-17、图 2-18)。

(10) 向上调节角度钮，沿胃角前壁侧面，越

过胃角，观察胃角垂直部和胃体下部小弯侧(图 2-19)。此时胃体前壁和后壁也有可能进入视野，可以观察之。



a

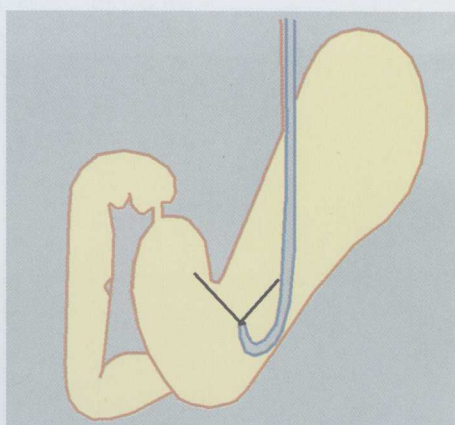


b

图 2-17 胃角前壁



a

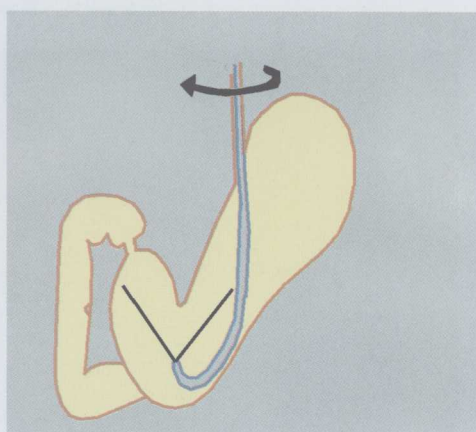


b

图 2-18 胃角后壁



a



b

图 2-19 胃角垂直部和胃体下部小弯侧(镜端呈“J”形)