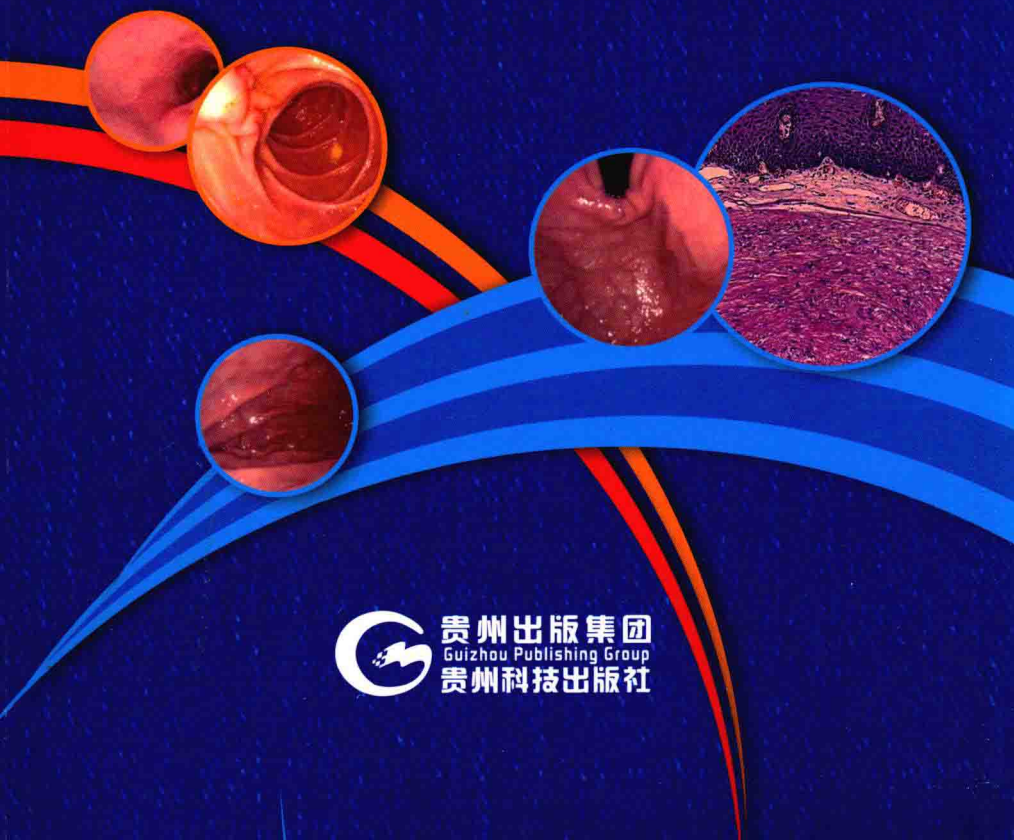


简明 JIANMING WEICHANGJING JIANCHA 胃肠镜检查

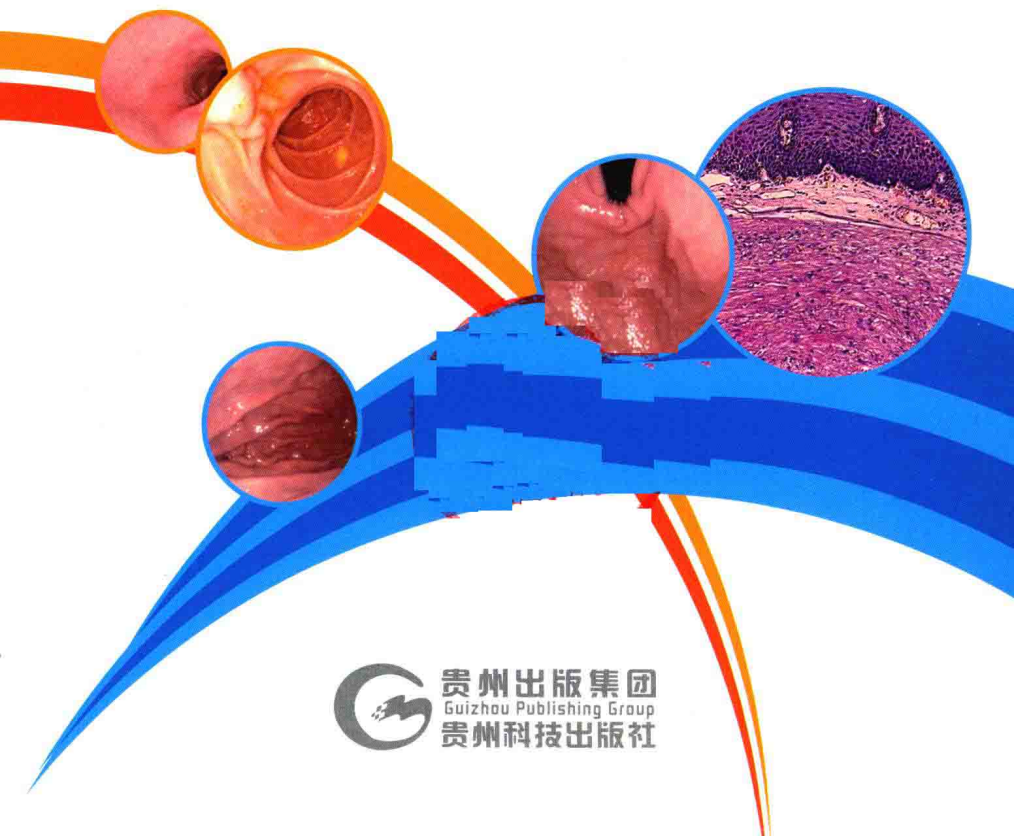
黄秀江 李笑云◎编著



贵州出版集团
Guizhou Publishing Group
贵州科技出版社

简明 JIANMING WEICHANGJING JIANCHA 胃肠镜检查

黄秀江 李笑云◎编著



贵州出版集团
Guizhou Publishing Group
贵州科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

简明胃肠镜检查 / 黄秀江,李笑云编著. —贵阳:
贵州科技出版社, 2014. 7

ISBN 978-7-5532-0250-1

I. ①简… II. ①黄… ②李… III. ①胃镜检—图谱
IV. ①R573-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 131007 号

出版发行: 贵州出版集团 贵州科技出版社

地 址: 贵阳市中华北路 289 号 邮政编码 550004

网 址: <http://www.gzstph.com> <http://www.gzkj.com.cn>

经 销: 贵州省新华书店

印 刷: 贵阳德堡快速印务有限公司

版 次: 2014 年 7 月第 1 版

印 次: 2014 年 7 月第 1 次

字 数: 80 千字

印 张: 5

开 本: 889mm×1 194mm 1/32

书 号: ISBN 978-7-5532-0250-1

定 价: 25.00 元

第一章 上消化道内镜检查 / 001

- 一、胃镜检查相关的解剖 / 001
- 二、上消化道各部位的通过 / 006
- 三、上消化道各部位的观察 / 007

第二章 上消化道疾病内镜及病理 / 009

- 一、食管疾病 / 009
- 二、胃部疾病 / 024
- 三、十二指肠疾病 / 051

第三章 下消化道内镜检查 / 064

- 一、大肠镜检查相关的解剖 / 064
- 二、大肠镜检查前准备 / 071
- 三、大肠镜操作的基础 / 074
- 四、大肠镜单人操作的基本姿势 / 078
- 五、大肠镜单人操作的基本方法 / 080
- 六、大肠镜单人操作的辅助方法 / 083
- 七、大肠各部位的通过 / 087
- 八、退镜观察 / 092

九、进镜并发的肠穿孔及其防治 / 094

十、大肠镜单人操作的培训 / 097

第四章 下消化道疾病内镜及病理 / 101

一、末段回肠疾病 / 101

二、大肠炎症性疾病 / 104

三、大肠肿瘤性疾病 / 117

四、大肠其他疾病 / 143

第一章 上消化道内镜检查

一、胃镜检查相关的解剖

1. 上消化道解剖

食管 食管上端在环状软骨处与咽部相连接，下端穿过横膈膜肌 1~4cm 后与胃贲门相接。从门齿到食管入口处的距离约 15cm，到贲门约 40cm，食管管径平均约 2cm。食管一般分为颈、胸、腹三段。食管有 3 个生理狭窄：第 1 个狭窄位于环状软骨下缘食管入口处，即相当于第 6 颈椎下缘平面；第 2 个狭窄位于主动脉弓及左主支气管横跨食管前壁处；第 3 个狭窄位于横膈膜肌的食管裂孔处。在胃镜检查时，为了便于描述病变的部位，将食管分为上、中、下三段，上段为食管入口至左主支气管压迹处，将左主支气管压迹处至胃食管连接处一分为二，分为中段和下段。

胃部 胃位于食管和十二指肠之间，上端与食管相连的入口部位称贲门，下端与十二指肠相连接的出口为幽门。左侧缘为大弯侧，全长 36~42cm，在胃底处与食管形成一切迹，为贲门切迹（His 角）。右侧缘为小弯侧，全长 12~15cm，小弯上段向前下行，在胰腺网膜结节下方转向右侧，形成胃角切迹，是胃体与幽门部在小弯的分界。将胃小弯和胃大弯各作三等份，再连接各对应点可将胃分为 3 个区域：上 1/3 为贲门胃底部；中 1/3 是胃体部；下 1/3 即幽门部（胃窦）。

十二指肠 十二指肠是小肠始段，长约 30cm，十二指肠的形

状呈“C”形，包绕胰头，可分球部、降部、水平部和升部四部。降部左侧紧贴胰头，此部的黏膜有许多环状襞，其后内侧壁有胆总管沿其外面下行，致使黏膜呈略凸向肠腔的纵行隆起，称十二指肠纵襞。纵襞的下端为圆形隆起，为十二指肠大乳头，是胆总管和胰管的共同开口。大乳头稍上方，有时可见十二指肠小乳头，此为副胰管的开口。

2. X 线下胃的形态

胃的形态存在个体差异，常随年龄、性别、体型和充盈程度不同而变化，在 X 线钡剂检查时可分为牛角型、钩型、瀑布型、长钩型四种形态。

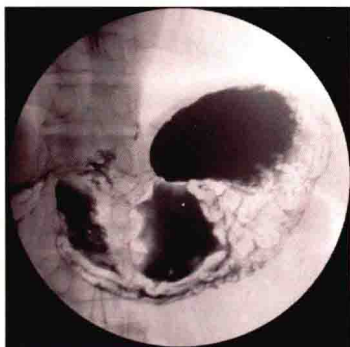


图 1-1 牛角型胃

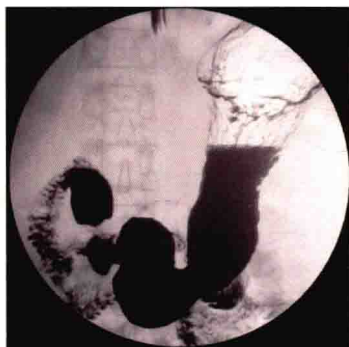


图 1-2 钩型胃

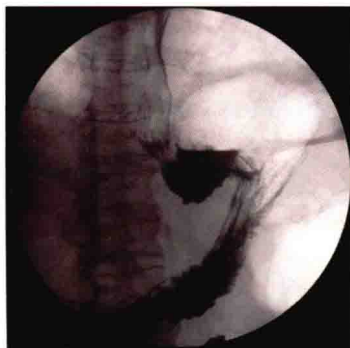


图 1-3 瀑布型胃



图 1-4 长钩型胃

3. 上消化道内镜下特征

口咽部 经口插入内镜依次可见舌根、悬雍垂、咽后壁、会厌、杓状软骨、声门。



图 1-5 会厌

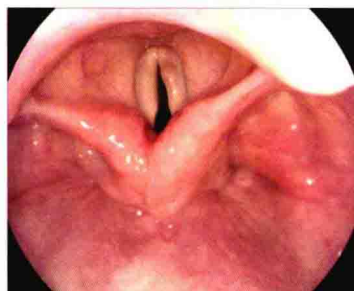


图 1-6 咽喉

食管 食管黏膜呈粉红色，表面光滑，在充气扩张时可见到黏膜血管网，上段的小血管为平行分布，与食管长轴一致，中段的毛细血管为网状，下段的血管是平行的栅状血管。在距离门齿 23~25cm 处可见外部压迫内腔斜行突起，此为左主支气管压迹，食管下段距离门齿约 35cm 处可见左心房的压迹和搏动。有时在食管上段可见类似黏膜下肿物的缓坡状隆起，有一个至数个沿长轴方向并列，此为胸椎的压迹。

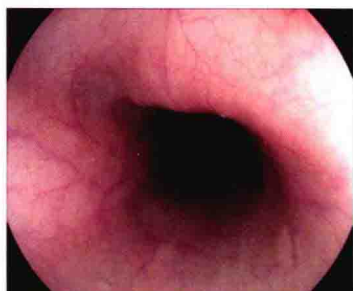


图 1-7 食管中段

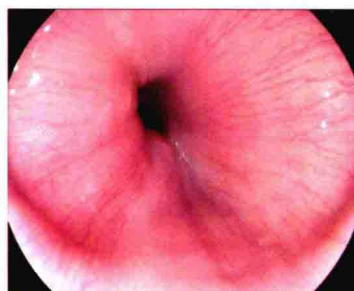


图 1-8 食管下段

食管胃连接部 鳞状柱状上皮交界处 (SCJ) 是食管和胃的黏膜性连接, 两者颜色明显的不同使 SCJ 在内镜下能被很好地辨认: 鳞状上皮外表光滑反光不强, 而胃上皮相反有黏液覆盖显示高反光; 鳞状上皮呈特征性的桃红-灰白色, 柱状上皮呈橘红色。通过充气使腔部分扩张, 在这两类黏膜交界处可见典型的不规则形状或锯齿状 (Z 线)。

食管胃连接部 (EGJ) 是食管和胃的肌性连接, 在内镜检查中直接观察食管与胃之间的壁内肌肉连接显然是不可能的, 内镜下代表 EGJ 最准确的解剖学定位是正常 SCJ 水平与胃贲门纵行黏膜皱襞近侧缘水平。倒镜观察可见在胃贲门大弯侧有半圆形 His 角。

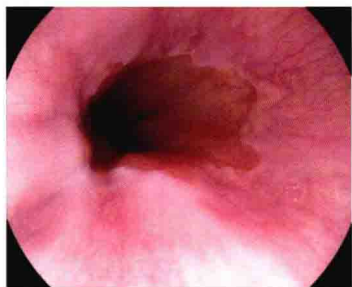


图 1-9 食管胃连接部



图 1-10 食管胃连接部

胃部 胃底充盈时呈穹隆状, 胃体上段后侧壁可见脊样隆起, 为胃底和胃体腔的分界。胃体大弯侧可见数条蛇形皱襞沿长轴方向平行走行, 其上方可见胃液潴留。胃体和胃窦的分界是角切迹及其向大弯的延长线, 在近幽门 2~3cm 的区域称为幽门管, 但在内镜下并不呈管状, 因而又称为幽门前区。



图 1-11 胃底



图 1-12 胃体



图 1-13 胃角



图 1-14 胃角



图 1-15 胃窦



图 1-16 幽门

十二指肠球部和降部 球部为十二指肠起始部，呈圆球形，从球部至降部呈近似直角的方向改变，其弯曲称上曲，与弯曲相对的肠壁成角称上角。降部为环形皱襞，在降部内侧壁可见到十二指肠乳头，乳头右侧伴有纵行的小系带。



图 1-17 十二指肠球部

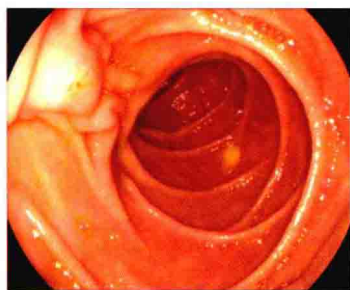


图 1-18 十二指肠降部

二、上消化道各部位的通过

1. 食管入口的通过

内镜通过舌根、咽后壁即可看到会厌和声带，食管入口通常处于关闭状态，患者取左侧卧位，内镜稍向杓状会厌襞的左侧缘倾斜方向插入，在麻醉状态下，患者咽反射消失，咽部肌肉张力减低，内镜插入此处时可见一膜状结构，选择视野右下方行进即可进入食管。在非麻醉状态下，常伴有一定阻力，内镜稍向下向右旋转，即可进入食管。遇插入困难时，可让患者做吞咽动作，待咽部张开时顺势推送内镜入食管；内镜先端部通过食管入口后术者会有“突破感”。

2. 食管胃连接部的通过

进入食管入口后，应先注气使食管在扩张状态直视下插入内镜，进镜 38~40cm 处可看到贲门及齿状线，多数时候贲门呈收缩状态，因腹部食管多偏向左侧，可将内镜先端部稍向上弯曲，内镜向左旋转约 30 度，向前推送内镜，可顺势插入胃腔内。

3. 胃腔的通过

进入胃腔注气后可看到胃体大弯侧的黏液池，应将黏液池的胃液抽吸干净，沿着胃大弯侧的皱襞接近胃体上段，稍微调节内镜先端部向上，右旋内镜约 60 度，沿胃体大弯侧皱襞指向可将

内镜送达胃体胃窦移行部，继续调节向上角度钮然后向胃窦远端推送内镜，即可看到幽门环。

4. 幽门的通过

幽门环大多时候呈开放的状态，不断调整角度钮并旋转镜身，始终将幽门保持在视野的中央，使内镜先端部接近幽门，当内镜先端靠近幽门时，常伴有一定阻力，缓慢持续推送内镜即可通过幽门环进入十二指肠球部。

5. 十二指肠上角的通过

内镜进入球部后可看到十二指肠上角，此时肠腔一般在视野的右上方，内镜靠近十二指肠上角，调节角度钮稍向上并向右旋转镜身 60~90 度（此时不要向前推送内镜），内镜即可进入十二指肠降段。保持内镜右旋的状态回退内镜，此时内镜视野不退反进，可更深入地插入十二指肠降部以远。

三、上消化道各部位的观察

1. 十二指肠降部及球部

应把找到十二指肠乳头作为胃镜插入的终点，当内镜插入十二指肠降部乳头以远，稍左旋内镜并缓慢回拉内镜，即可在降部内后侧发现乳头。仔细观察乳头的形态，有无肿瘤，是否有结石或蛔虫嵌顿，有否乳头旁憩室等，部分患者乳头稍上方（距离乳头 1~2cm 处）可见副乳头，需与息肉等新生物鉴别。若农村患者十二指肠降部发现散在出血点，应注意观察有无十二指肠钩虫。对皮肤过敏性紫癜的患儿，应注意观察十二指肠降部有无过敏性十二指肠炎的表现。

十二指肠球部是溃疡的好发部位，球部前壁容易观察，但后侧壁的病变容易漏诊，退镜观察时内镜容易滑脱，应再次将内镜插入球部，对球部后侧壁重点观察。对于消化道大出血的病人，肠黏膜苍白，球部的小溃疡等病变容易漏诊，应将球部存留的液

体抽吸干净并注气将球部充盈，然后仔细观察。

2. 胃窦及胃角

应从幽门开始慢慢退镜观察，溃疡、肿瘤等病变容易发生在胃窦小弯侧，应重点观察。对于萎缩肠化等病变，应对胃窦黏膜进行远景和近景的交替观察，对黏膜隆起或凹陷等病变应重点观察，还要观察胃窦的蠕动情况。将内镜置于胃体胃窦移行部大弯侧，充气使胃腔充盈，内镜角度向上调节，内镜先端呈U型，稍向前推送内镜，即可看到胃角，并可看到黑色的镜身及胃体和胃窦两个腔，左右旋转内镜可对胃角处前、后壁黏膜进行观察。

3. 胃体及胃底

胃体小弯侧亦是病变特别是早期肿瘤的好发部位，直接退镜不易观察，应在行U型反转观察胃角后，保持内镜U型反转的状态，缓慢回拉内镜，对胃体小弯侧进行观察，并不断旋转内镜，移除镜身对小弯侧黏膜的遮蔽。回拉并旋转镜身，对贲门及胃底进行全面的观察。松开向上的角度钮，回复内镜弯曲部的准直线状态，继续将内镜插入胃体胃窦移行部，充分注气将胃体大弯侧的皱襞展开，缓慢退镜并对胃体大弯侧进行观察。

4. 贲门及食管

完成胃腔的观察后，应充分抽吸胃内的气体，在观察食管胃连接部时应确定食管裂孔、贲门及齿状线的位置，在麻醉状态下，贲门常持续收缩，应将内镜先端反复插入胃内再回退内镜，利用内镜先端的支撑作用，对食管胃连接部反复观察。应观察右心房及主动脉弓的搏动及压迹，特别是有尖锐异物嵌顿时，需留心它们之间的位置。退镜在食管上段时应了解有无食管胃黏膜异位等情况。从食管入口到咽喉部也应缓慢退镜，以了解咽喉部有无异常。



第二章 上消化道疾病内镜及病理

一、食管疾病

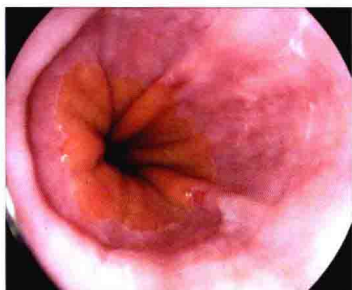


图 2-1 反流性食管炎 A 级

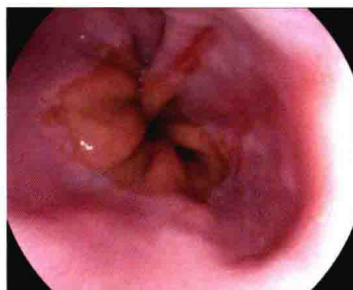


图 2-2 反流性食管炎 A 级

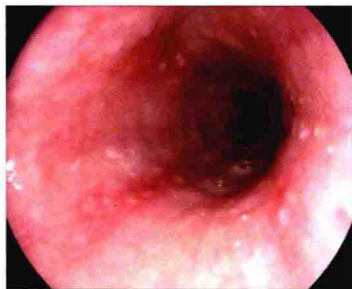


图 2-3 反流性食管炎 B 级

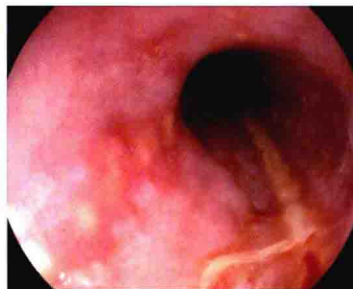


图 2-4 反流性食管炎 B 级

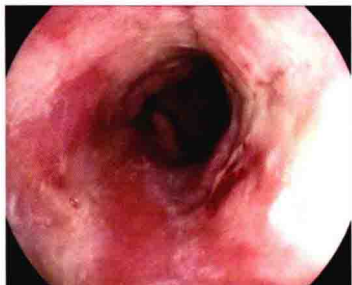


图 2-5 反流性食管炎 C 级



图 2-6 反流性食管炎 C 级

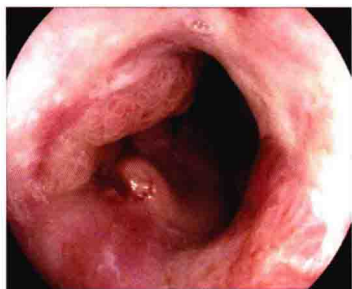


图 2-7 反流性食管炎 D 级

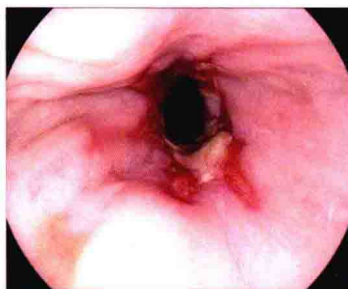


图 2-8 反流性食管炎 D 级

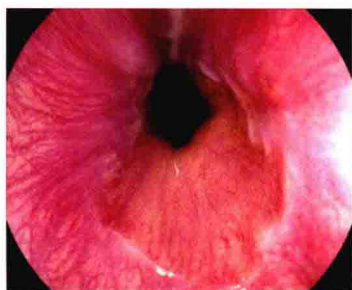


图 2-9 Barrett 食管 (舌形)

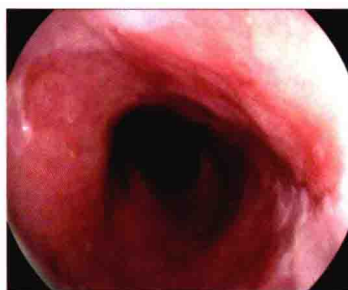


图 2-10 Barrett 食管 (环形)

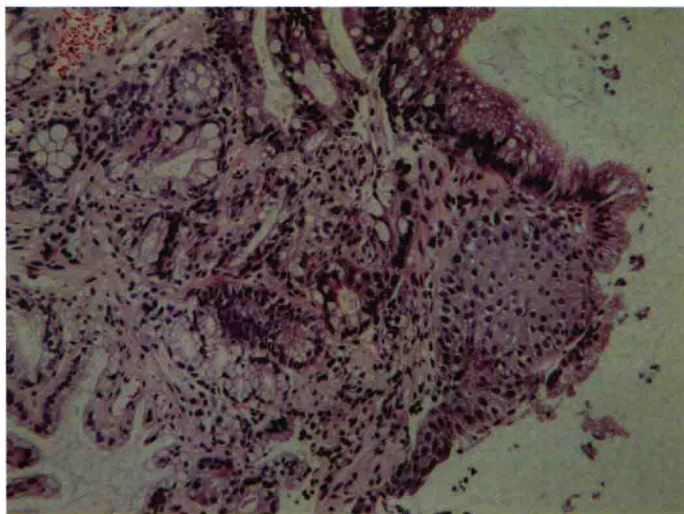


图 2-11 Barrett 食管 (食管黏膜见肠化腺上皮 HE×100)



图 2-12 食管上段胃黏膜异位

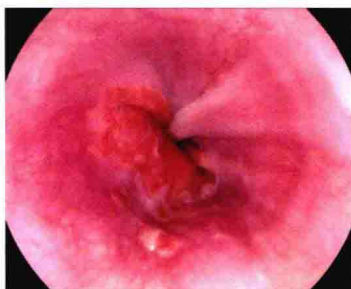


图 2-13 食管下段胃黏膜异位

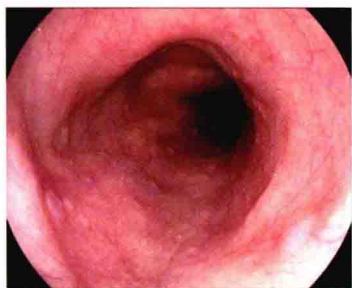


图 2-14 食管糖原棘皮症



图 2-15 食管糖原棘皮症



图 2-16 白色念珠菌性食管炎

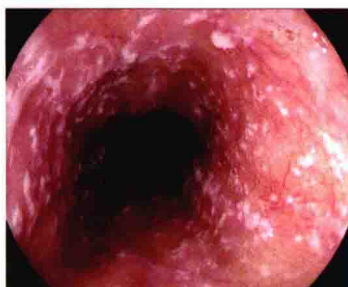


图 2-17 白色念珠菌性食管炎



图 2-18 药物性食管炎



图 2-19 药物性食管炎