

中华医学会第一届全国消化系 内窥镜学术讨论会论文选编

(摘 要)

中华医学会上海分会

目 录

上消化道纤维内窥镜诊治进展	南京市鼓楼医院 吴锡琛(1)
上海市纤维胃镜发展情况的调查研究	上海市内窥镜协作组(2)
沿海地区胃病患者纤维内窥镜调查	江苏省连云港市连云医院 韩守岭(4)
纤维胃镜检查 56192 例分析	湖南省纤维内窥镜协作组 赵善灿等(5)
11411例纤维胃镜检查分析	上海第二医学院附属瑞金医院 陶嘉泳等(6)
2200例胃粘膜活检的病理组织学研究	沈阳军区总医院 唐谊海等(7)
胃、十二指肠手术236例术前胃镜检查符合率分析	天津市南开医院 李方儒等(8)
胃镜观察、胃液分析对胃部疾病的诊断价值	佳木斯医学院附属医院 张淑宏等(9)
胃体粘膜下蓝色血管的诊断价值	白求恩医科大学第一临床学院 宋国培等(10)
提高胃粘膜活检质量的几个问题	南京部队总医院 王年吉(10)
纤维内窥镜下对病变大小判断的探讨	解放军57医院 刘廷魁等(11)
胃镜检查应用的又一个方面—胃镜下钳取组织开展基础的临床研究	
	第四军医大学一院 张学庸等(11)
麻醉在胃镜检查中的应用	新乡市第二人民医院 付福铭(12)
经纤维内窥镜诊断食管、贲门慢性炎症可靠性的探讨	
	河南医学院第二附属医院 刘勋臣等(13)
100例纤维内窥镜检查对慢性食管炎发病率的观察	湖北省宜昌县人民医院 邓培基(93)
内窥镜下食管念珠菌感染的诊断	湖南省怀化地区第二人民医院 陈昆光等(13)
早期食管癌内窥镜下定位和体表定位的探讨	上海第一医学院肿瘤医院 沈 俊(14)
146早期食管癌的内镜检查随访结果	河南省医学科学研究所 杨观瑞等(14)
贲门粘膜撕裂症的诊断与治疗(15例分析)	第二军医大学附属长海医院 许国铭等(15)
食道静脉曲张内窥镜所见红色征象对出血与预测出血的探讨	黑龙江省医院 朱雅琪等(15)
纤维胃镜检查对肝硬化食管静脉曲张诊断的价值	河南医学院第二附属医院 刘益清(16)
紧急内窥镜食道透明气囊管压迫止血法治疗食道静脉曲张破裂大出血	
	上海市纺织工业局第二医院 许根其等(16)
经内窥镜注射硬化剂治疗食道静脉曲张出血	上海第一医学院华山医院 林庚金等(17)
栓塞硬化剂治疗食道脉瘤	西安市中心医院 李增烈等(17)
经内窥镜注射5%鱼肝油酸钠治疗食管曲张静脉破裂出血	
	上海第二医学院附属瑞金医院 蒋吕品等(18)
高位胃炎的特征和临床意义—65例经内窥镜诊断的病例分析	
	南通医学院附属医院 孟宪镛等(18)
^{99m} TC-EBIDA 胃显象诊断的胆汁返流性慢性胃炎的研究	
	上海第二医学院附属瑞金医院 唐振铎等(19)
纤维胃镜诊断返流性胃炎168例	宁夏回族自治区人民医院 周心明等(19)
胃镜下抽取胃液测定胆酸含量—附137例检测结果	中国人民解放军总医院 汪鸿志等(20)

伴肠上皮化生的30例萎缩性胃炎随访中的特点与发展	北京部队总医院	周 兰等(20)
从胃粘膜活检研究溃疡病与慢性胃炎的关系—506例资料分析		
中重度肠腺化生患者早期胃癌的临床研究	江西医学院第一附院	王崇文等(21)
227例萎缩性胃炎10年随访探讨胃癌的发病	上海第二医学院附属瑞金医院	江石湖等(22)
贲门癌53例临床内窥镜病理观察	解放军105医院	金乃时等(22)
贲门癌内窥镜检查方法的研究和改进	上海市静安区中心医院	柳恕中等(23)
纤维胃镜确诊的1451例贲门癌的临床分析	新疆医学院第一附属医院	王厚岫等(94)
早期胃癌28例分析	上海市内窥镜协作组	陶嘉泳等(24)
从胃溃疡的随访中发现早期胃癌	北京医学院附属第三人民医院	林三仁等(24)
提高早期胃癌的诊断率—附24例早期胃癌总结	包头市肿瘤研究所	康交阳(25)
胃镜检查与术后病理诊断早期胃癌及癌前疾病127例报告	河北医学院第四附属医院	胃癌组(26)
微小胃癌内窥镜下诊断的探讨	兰州医学院第二附属医院	赵怀玉等(26)
纤维胃镜诊断进展型胃癌709例分析	上海市长宁区中心医院	郭孝达等(27)
高位胃体肿瘤的内窥镜诊断与临床分析	首都医院	陆星华等(28)
纤维胃镜下直观、活检、刷检联合应用对胃癌诊断的评价	上海第一医学院华山医院	林庚金等(30)
纤维胃镜诊断胃癌 542 例分析——贲门癌与其他部位胃癌比较	解放军253医院	毕利克图等(30)
纤维胃镜和钡餐X线检查对进展期胃癌的诊断价值—附72例胃癌手术病例分析	山西医学院第一附院	徐大毅等(31)
胃癌与消化性溃疡的诊断—内窥镜与X线检查比较	广西桂林医专附属医院	阳正煦等(31)
54例早期胃癌内窥镜所见与癌浸润深度之间关系的探讨	上海第一医学院中山医院	杨蕊敏等(32)
色素内窥镜的临床应用—双重染色对早期胃癌和微小型胃癌的诊断价值	第三军医大学一院	徐采朴等(32)
刚果红染色法内窥镜检查在胃和十二指肠疾病中的诊断意义	上海市长宁区中心医院	郭孝达等(33)
纤维胃镜活检探讨胃癌和癌旁病变的关系—附70例分析	第二军医大学附属长海医院	许国铭等(35)
纤维内窥镜诊断进展型食管、胃癌 959 例分析	内蒙古医学院附属医院	高中明等(36)
胃恶性淋巴瘤胃镜下表现和病理学诊断—附20例分析	福建省立医院	潘秀珍等(36)
胃异位胰腺的内窥镜诊断及治疗	上海第一医学院肿瘤医院	沈 俊等(37)
恶性贫血患者的内窥镜所见及胃粘膜组织病理学改变	空军总医院	李学甫等(38)
纤维胃镜检查在术后胃 343 例分析	上海第二医学院附属第三人民医院	张达荣等(38)
胃切除术后残胃病变随访观察—418例胃镜检查及临床资料分析	衡阳医学院附二院	曾明新等(38)

- 武汉医学院第二附属医院 尹朝礼(39)
- 509例残胃病变的分析..... 上海市第一人民医院 陈仕尧等(40)
- 180例 Billroth 氏胃肠吻合术后纤维胃镜检查结果分析..... 兰州军区总医院 赵世民(41)
- 纤维胃镜诊断的老年胃病1142例分析..... 浙江医科大学第一附属医院 黄怀德等(41)
- 50岁以上胃溃疡153例胃镜检查与临床、手术及病理对比分析
- 广州医学院第一附院 易淑倩等(42)
- 急症内窥镜镜检查诊断老年人上消化道出血—221例病因分析..... 北京友谊医院 裴 瑛等(42)
- 胃泌素细胞、胃泌素与慢性萎缩性胃炎、胃癌关系的研究
- 上海第二医学院附属瑞金医院 吴云林等(43)
- 胃肠道病变的血清 CEA 初步观察—内窥镜诊断及放射免疫测定
- 上海第一医学院华山医院 姚 诤等(44)
- 胃粘膜病变的扫描电子显微镜观察..... 首都医院 鲁重美等(45)
- 内窥镜直视下胃粘膜电位差的测定..... 中山医学院第二附属医院 董兴海等(45)
- 经纤维胃镜取出上消化道特殊异物4例报告..... 第二军医大学附属长征医院 李桂生等(46)
- 上消化道内异物的内窥镜处理..... 第二军医大学附属长海医院 周岱云等(46)
- 国产纤维胃镜取胃内异物8例报告..... 嘉兴市第一人民医院 顾履冰(46)
- 上消化道息肉的纤维镜下治疗及随访观察—附301例分析..... 南京鼓楼医院 吴锡琛等(47)
- 食管、胃吻合口狭窄的内窥镜下切开术..... 第二军医大学附属长海医院 周岱云等(47)
- 内窥镜非血卟啉荧光物质(荧光素钠)对胃癌诊断价值
- 上海第二医学院附属新华医院 王秀玲等(48)
- 内窥镜血卟啉荧光诊断胃癌的研究..... 上海第二医学院附属第三人民医院 萧树东等(48)
- 急性上消化道出血的内窥镜激光治疗—国产 Nd-YAG 激光系统临床应用体会
- 上海第二医学院附属新华医院 王秀玲等(49)
- Nd-YAG 激光治疗急性消化道出血..... 上海第一医学院华山医院 林庚金等(49)
- 内窥镜 Nd: YAG 激光治疗上消化道出血的初步临床应用..... 武汉市第三医院 黄 经等(50)
- 内窥镜 Nd: YAG 激光治疗上消化道出血的实验研究..... 武汉市第三医院 黄 经等(50)
- 血卟啉—激光技术治疗消化道癌肿..... 北京市肿瘤防治研究所 金懋林等(50)
- 消化道内窥镜 Nd: YAG 激光的临床应用
- 上海第二医学院附属第三人民医院 胡运彪等(51)
- 内窥镜 Nd: YAG 激光治疗上消化道肿瘤..... 武汉市第三医院 黄 经等(52)
- 经内窥镜 Nd: YAG 激光胆管截石术的临床应用和实验观察..... 中日友好医院 张齐联等(52)
- 原发性十二指肠炎588例分析及病因与分类的探讨..... 沈阳市中心医院 陈 笠等(53)
- 原发性十二指肠炎的内窥镜变化与胃酸关系的观察—附156例资料分析
- 贵阳中医学院第一附属医院 程一钦等(54)
- 十二指肠球部炎内窥镜诊断与活检标本立体显微镜检查、病理组织学检查对比
- 吉林省人民医院 李 维等(54)
- 十二指肠球部炎胃上皮化生的观察—附135例分析..... 吉林省人民医院 李 维等(55)
- 350例非特异性十二指肠炎的内窥镜与病理组织形态学分型探讨
- 解放军222医院 杨恩凤等(56)

高龄十二指肠球溃疡—119例内窥镜分析·····	第二军医大学附属长海医院	许国铭等(57)
十二指肠球后溃疡—纤维内窥镜检出21例分析·····	第一军医大学附属南方医院	张子其等(58)
纤维胃镜诊断十二指肠球后溃疡73例分析·····	江西医学院第一附属医院	向荣成等(58)
十二指肠球部溃疡时的胃部病变—1307例内窥镜分析 ·····	第二军医大学附属长海医院	许国铭等(59)
500例十二指肠溃疡与胃部病变关系的分析·····	浙江医科大学附属第二医院	钱可大等(60)
关于胆囊疾病诊断方法的探讨·····	首都医院	陆星华(60)
经 ERCP 检查胆道结石与癌148例与手术结果对照观察·····	解放军总医院	程留芳等(62)
逆行胰胆管造影中容易误诊的一些假象·····	沈阳部队总医院	安戎等(62)
经内窥镜逆行胰胆管造影对胰腺癌的诊断价值 ·····	哈尔滨医科大学附属第二医院	张安田等(63)
肝包囊虫病逆行胰胆管镜检查的价值—附12例分析 ·····	新疆医学院附属第一医院	桂郁馥等(64)
64例拟诊胆道蛔虫病的内镜检查——临床诊断及取虫术的探讨 ·····	第一军医大学附属南方医院	冯福才等(64)
经内窥镜诊断与治疗胆道蛔虫性胰腺炎·····	福州市第一医院	陈贻胜等(65)
经内窥镜胆管引流术·····	天津市中西医结合急腹症研究所	沈彬等(66)
十二指肠内窥镜下行胆管外引流术预防 ERCP 的严重并发症 ·····	北京友谊医院	于中麟等(67)
中南五省经内窥镜逆行胰胆管造影并发症调查报告·····	中南五省内窥镜协作组	(68)
110次经内窥镜乳头括约肌切开(EST)的体会 ·····	天津市中西医结合急腹症研究所	鲁焕章等(68)
窥镜下奥狄氏括约肌切开术(EST)47例·····	第二军医大学附属长海医院	周岱云等(69)
纤维胆管镜临床应用62例·····	北京燕山石油化学总公司职工医院	刘振聪等(69)
纤维胆管镜术中应用21例·····	北京燕山石油化学总公司职工医院	刘振聪等(70)
术中术后纤维胆管镜应用42例分析·····	无锡市第三人民医院	马荣贵等(70)
纤维胆管镜在胆道疾病中的应用——附36例报告 ·····	第三军医大学第一附属医院	周永碧等(71)
上消化道息肉80例分析·····	安徽医学院附属医院	林惠珍等(72)
急性胃粘膜出血87例临床分析·····	常德地区人民医院	贺修桃等(73)
内窥镜检查在上消化道出血的应用·····	青岛市立医院内窥镜室	林崇茂等(73)
纤维内窥镜下显性上消化道出血的诊断体会·····	延边医学院附属医院消化内科	裴凤郁等(74)
纤维空肠镜检查术及其应用体会·····	海军总医院	袁汝根等(75)
90例回肠内窥镜检及有关前列腺素E的研究·····	解放军总医院消化科	付启良等(76)
陕西地区1550例(1668例次)纤维结肠镜检查报告·····	空军西安医院	荆文科整理(76)
应用中长型和中型肠镜非透视下肠腔变异走向的插进方法探讨 ·····	上海第一医学院肿瘤医院	沈俊等(77)
在无透视下应用纤维结肠镜的体会·····	西宁市第一人民医院	毛晓天(77)
在非X线透视条件下纤维结肠镜检查的操作要领·····	解放军二〇二医院	佟如三等(78)

非X线下纤维结肠镜检查及治疗——附210例分析·····	龙溪地区医院内窥镜室	施至乾等(79)
经肠造瘘进行纤维结肠镜检查特点与应用价值·····	上海第一医学院肿瘤医院	唐开源等(80)
结肠粘膜染色对炎症性肠病及结肠肿瘤的诊断价值·····	广西柳州市卫校内窥镜室	(81)
慢性结肠炎的病因学研究·····	武汉医学院第一附属医院	张锦坤等(81)
内窥镜对溃疡性结肠炎的诊断价值——附80例临床分析及其内窥镜表现 ·····	首都医院内科	麦灿荣等(81)
成人回肠末端淋巴组织增生症3例报告·····	北医一院	张树基等(83)
下消化道出血纤维结肠镜检查129例分析·····	解放军一六九医院内科	薛红仙等(83)
纤维结肠镜检查对下消化道出血的评价·····	北京友谊医院	王润华等(84)
纤维结肠镜高频电凝息肉摘除498例分析及预防局部并发症的体会 ·····	第一军医大学南方医院消化内科、中山医学院第二附属医院消化内科	(84)
小儿纤维结肠镜临床应用101例报告·····	湖北医学院附属一院	于皆平(85)
用成人纤维结肠镜检查小儿及切除息肉的体会 ·····	第一军医大学第一附属医院消化内科	冯福才等(86)
小儿纤维结肠镜的临床应用——31例检查及11例结肠息肉电切体会 ·····	上海市华东医院	曹克陞(87)
腹腔窥镜检查对结核性腹膜炎的诊断意义·····	南京市鼓楼医院	张志宏(87)
慢性顽固性腹痛136例的腹腔镜检查·····	白求恩医大一院内科	李润泽(88)
腹腔镜检查对肝脓肿诊断价值——附50例分析·····	天津医学院附属医院内科	黄迺侠等(88)
乙型肝炎病毒携带者腹腔镜、肝活检显微与超微结构观察·····	北京天坛医院	任芳璧等(89)
2062例消化道癌纤镜资料分析——兼论消化道癌巢形态与基础分型 ·····	上海第一医学院肿瘤医院内窥镜室	唐开源等(91)
119685例次纤维胃镜检查并发症调查报告·····	广东、广西纤维内窥镜协作组	(91)
光导纤维胃镜消毒方法的研究·····	上海第一医学院中山医院	刘厚钰等(92)
列题·····		(95)

上消化道纤维内窥镜诊治进展

南京市鼓楼医院 吴锡琛

一、新型纤镜的开发:

国外新型纤镜的开发, 趋向于镜身细(如欧林巴斯的GIF-P₃型)、视野角广(如GIF-QW型)、弯角大(如GIF-XQ型及GIF-XP型)、活检钳及通道粗(GIF-1T型)防水性能强(10型)、兼用于诊断与治疗(GIF-2T等)、透光度强及清晰度高等特点。

消化道电子式内窥镜已应用于临床: 其主要组成部分为带电视摄像机的内窥镜、信号处理机、电视显象机, 加有打字机键盘。Glasson用此检查23例, 并与纤镜相比, 认为两者在重要的光学及机械特性、患者的反应及耐受性、图象的清晰度等, 两者相似。

超声波内窥镜已有较大的发展, 目前已制成10MHz的5号机, 它能鉴别胃壁的五层, 探查癌的浸润深度, 诊断胰腺(炎症、肿瘤、囊肿、脓肿)胆道、肝、脾、肾等疾病, 并对心、主动脉、胃肠疾病进行分析, 用多普勒超声波探针, 可探查胃动脉血流。

二、食管方面:

纤镜诊断了白色念珠菌病、药丸所致损伤、血管瘤、糖元性棘层肥厚病、乳头状瘤、淋巴管瘤、假性肉瘤、早期癌、恶性黑色素瘤等。

纤镜下非创伤性食管曲张静脉测压, 与肠系膜上静脉测压及肝静脉楔压结果无差异, 根据压力高低, 估计患者的曲张静脉是否出血及死亡的危险性。浸润于粘膜下的食管癌, 普通活检往往阴性, 经深度X线照射后局部发生糜烂, 可经糜烂处活检获得癌组织而明显诊断。动物试验证明, 不同时期的兔移植性癌, 在病变口侧粘膜注射造影剂, 摄X线片, 尸解后再照X线片, 发现癌局限于粘膜下层时造影剂分

散于病变基底, 而癌浸润至浆膜层及邻近组织时, 造影剂位于病变口侧周围, 未见于病变内部, 临床应用亦如此, 此法可于术前了解肿瘤浸润深度。

治疗方面用气囊扩张导管扩张贲门失弛缓症及食管狭窄成功。纤镜直视下Nd: YAG激光姑息治疗食管癌先从食管腔中央开始, 渐移向食管壁, 癌组织汽化冒烟, 局部呈白色坏死或黑色焦痂, 再次治疗从未经治疗的组织开始, 直到食管腔能通过较粗胃镜。病人症状好转, 可以进食, 体重增加。

三、胃肠方面:

经纤镜测定胃血流量、pH, 色彩等, 以了解疾病与这些生理指数的关系。胃粘膜染色可提高胃癌的诊断率, 发现泌酸区小的十二指肠球部溃疡易于痊愈。染色法研究胃十二指肠交界发现十二指肠球部溃疡多发生于此交界处10mm以内。

上消化道出血的治疗方面, 有纤镜下微结晶纤维素止血剂, 液态CO₂冷冻探头、凝血酶磁铁合剂、微波技术等止血方法。

开展了上消化道纤镜同时检查咽喉部、上消化道及结肠纤镜联合检查。诊断了福马林所致糜烂性胃炎、蛋白漏出性胃病、增殖性胃病、胃囊肿、浆细胞肉芽肿、反应性淋巴网状细胞增殖、淀粉样变、十二指肠淋巴扩张症及异位胃粘膜等。氩激光照射胃及结肠癌新鲜切除标本, 发现癌部位有630及690nm峰, 可作诊断。

治疗方面: 纤镜纠正慢性胃扭转成功, 十二指肠静脉曲张硬化剂注射可止血, 气囊扩张导管治疗幽门狭窄成功, 高频电凝或圈套电灼

治愈10个胃毛细血管病变。在拒绝手术的早期胃癌10例,在纤镜下病灶部位注射 δ -Fu,每周1次,每次250mg,连续3周,隆起处中央崩溃,已追踪2例,1例手术切片疑癌,1例纤镜复查,1年未复发。用激光治疗隆起性病变27例,包括胃息肉24例,早期胃癌2例,1例胃腺癌,无并发症。用Nd:YAG激光治疗8

例胃异型上皮,复查疤痕处未见异型上皮。Nd:YAG激光治疗难治性溃疡7例,2月内治愈,随访4~12月,无1例复发。纤镜下胃造瘘术,经腹壁瘘口喂饲营养物质,用于神经系统疾病36例、口腔及头颈部肿瘤6例、食管疾病1例,反复吸入1例,及皮肤炎1例,获得成功。

上海市纤维胃镜发展情况的调查研究

上海市内窥镜协作组

中华医学会上海分会消化病学会内窥镜组为进一步提高上海市消化病诊治水平,了解上海市各级医院工作进展,我们调查了上海市各类医院的胃镜开展情况,从内窥镜10年来的发展这一侧面,反映上海市消化专业队伍的成长,新技术的普及和提高,并从中找出差距和存在的问题,促进本市消化病临床、科研工作进一步提高,推动国产纤维胃镜的研制,为赶超世界水平而努力。

方法和材料

一、调查方法:

市内窥镜组组长会议讨论决定开展本调查研究,指定静安区中心医院,莘庄医院设计调查表格,由中华医学会上海分会学术交流组印发全市各级医院,指定日期回收后由静安区中心医院负责整理,内窥镜组组长单位审核。

二、调查内容:

各级医院的总床位数、内科床位数、门诊每日平均人次;胃镜检查开始的年份、每年检查例次、至1983年底总例次;胃镜专职和/或兼职医师和护士人数;配备的进口和国产胃镜架数;胃镜检查术前用药、局部麻醉用药、消毒剂的名称和消毒方法;开展紧急内窥镜和治疗的情况;并发症的统计;完成的协作科研课题;对消化病学会及内窥镜组学术活动安排的

意见和要求等。

三、调查结果:

(一)调查表回收的情况:教学及市级医院15所;区中心医院11所;职工医院16所;区级医院13所;郊县医院14所;地段医院7所,共76所医院。

(二)结果分析:

1. 各级医院胃镜检查总例次:(表1)地段医院、郊县医院、区级医院、职工医院、区中心医院;教学和市级医院检查总例次之比依次为1:2.8:5.2:8.3:9.4:42.7。可看出基层单位差距很大。

2. 76所医院胃镜开始的年份:从表中可见1978年以后开展胃镜检查的医院大为增多,且普及到郊县、职工、区级医院。

3. 76所医院每年胃镜检查例次:1974年为1684例次;1975年3622例次;1976年6689例次;1977年9893例次;1978年15672例次;1979年25355例次;1980年31722例次;1981年34378例次;1982年40274例次;1983年45415例次。可见1978年起每年检查例次大幅度上升。

4. 其他:本调查比较了各级医院从事胃镜工作的医师和护士人数、胃镜架数;术前准备、用药、消毒的情况(表1,2);开展紧急内窥镜治疗项目及数目;并发症的百分率等(表3,4)。1980年起市内窥镜组共完成五篇协作科

研课题并发表于杂志上, 其中有一篇发表于国外医学杂志(Gut)上, 为中国发表于该杂志的第一篇论文。

表 1 各级医院配备的胃镜检查的医师、护士及胃镜数

	胃 镜 数		医 师 数		护 士 数		胃镜总例次
	进 口	国 产	兼 职	专 职	兼 职	专 职	
教学、市级医院(15所)	64	32	27	16	7	13	137666
区中心医院(11所)	12	30	30	0	8	5	30433
区级医院(13所)	9	23	28	0	13	0	16734
郊县医院(14所)	7	23	27	0	12	0	8996
职工医院(16所)	28	25	38	2	8	6	26717
地段医院(7所)	0	12	11	0	5	2	3225
总 计	120	145	161	18	53	26	214771
	265		177		79		

表 2 术前准备用药、消毒情况

	术前检查	术前作咽	术 前 用 药			局 部 麻 醉					消毒用药		开展紧急 内 窥 镜
	HBsAg	拭子培养	不用	阿托品	阿托品 安定	利多 卡因	地卡因	达克 罗宁	普鲁 卡因	不用	洗必太	洁尔灭	
医院数	41	0	11	57	8	39	23	6	1	7	67	9	32
占百分比	53.95	0	14.47	75	10.52	51.31	30.26	7.89	1.32	9.21	88.16	11.84	42.11

表 3 内窥镜治疗

项 目	止 血	摘息肉	取异物	其他
例 次	659	526	160	剪残线、取蛔虫、胃癌局部化疗

表 4 并发症

并 发 症	下颌关节脱位	腮腺肿大	咽喉脓肿	出 血		穿 孔	
				轻 度	中 重 度	食 道	胃
例 次 百 分 比	87	40	2	39	25	5	3

讨 论

一、上海市胃镜检查发展的概况:

上海市于七十年代初期引进日本胃镜及首先在国内研制国产胃镜, 并应用于临床, 1978

年上海市胃镜检查工作进入一个新的发展阶段, 其主要原因是开放政策使引进的窥镜数增加; 国产胃镜基本过关; 更重要的是先后成立了消化病学会和市内窥镜协作组, 举办了三期胃镜学习班, 及各种内窥镜学术交流活动, 培

养出一支专业队伍。

二、目前存在的问题和努力方向:

从调查中看到基层医院、郊县医院起步晚、设备差、人员少,检查例次少,因此要提高上海市胃镜检查工作的质量,必需继续加强面向基层、郊县的队伍建设和提高专业人员的业务素质,以及提高国产胃镜的质量。为此消化病学会和市内窥镜协作组正在分别召开郊县、区级、地段医院胃镜医师座谈会,将他们组织起

来,加强培训、交流、协作。

此外,近一、二年来开始向微小型胃癌、胃癌前期病变攻关,开展胃镜中染色法,病理组织化学染色,免疫病理研究等,同时开展内窥镜下治疗,内窥镜下消化器官功能、结构等方面的研究,努力使上海市胃镜检查工作提高到一个新水平。

(柳恕中 姚光弼整理)

沿海地区胃病患者纤维内窥镜调查

江苏省连云港市连云医院胃镜室 韩守岭

胃病是沿海地区的常见病、高发病,尤其是海上渔民更为突出。几年来,我们胃镜室在内窥镜临床实践中发现,海上渔民比沿海居民的胃病患病率明显增高,其中溃疡病高2.11倍,萎缩性胃炎高2.33倍,胃癌高达4倍。现报告如下:

材料来源与调查方法

我们在内窥镜检查中发现,海上渔民特别

是刚出海归来的渔民患者,胃粘膜均有程度不同的点状或片状出血。对此,我们从1982年3月到1984年3月在海上渔民和沿海居民就诊患者中,各取112例,按不同年龄组,性别,进行内窥镜对照检查(附表)。

从附表可看出,海上渔民与当地居民相比,患病率明显偏高,渔民的胃癌发病率比居民高4倍,渔民的溃疡病患病率比居民高2.11倍,渔民的萎缩性胃炎比居民高2.33倍在同样的年

附表 沿海地区渔民(112例)居民(112例)内窥镜检查结果

年 龄 组	21~30				~40				~50				~60				~70				发 病 人 数								合 计			
分 类	渔民		居民		渔民		居民		渔民		居民		渔民		居民		渔民		居民		渔民 92.9%				居民 87.5%				渔 民		居 民	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	%	女	%	男	%	女	%	人数	%	人数	%
胃 癌					1		2		1		2	1	1		2				6	5.3	2	1.78	2	1.78			8	7.1	2	1.78		
胃 溃 疡	9		5	7	9	1	2	2	15		3	1	2	2	3				35	31.3	3	2.67	13	11.6	5	4.46	38	33.9	18	16.1		
萎缩性胃炎	4		1		7	1	2		1		1	1	1		1				13	11.6	1	0.89	4	3.57	2	1.78	14	12.5	6	5.3		
浅表性胃炎	11	1	17	8	18		17	6	7	2	7	3	3		7	2		3	1	39	34.8	3	2.67	51	45.5	20	17.8	42	37.5	71	63.3	
胃 息 肉	2					1													2	1.78			1	0.89			2	1.78	1	0.89		
正 常	5		12		1		2		1	1																	8	7.14	14	12.5		
共 计	21	1	35	15	35	3	24	8	26	3	12	5	8	3	11	3	2		3	1								112		112		

龄组,男性的患病率比女性高。对此问题,我们对海上渔民、当地居民的生活工作情况及饮食习惯作了调查:

一、渔民绝大部分时间生活在船上,始终处于动荡颠簸之中,精神情绪高度紧张。

二、饮食无规律,不定时,暴饮暴食,饮烈性酒,抽烟、喝浓茶等习惯。

三、出海长时间吃不到新鲜蔬菜、水果类,鱼季过后以食咸鱼为主。

四、当地居民不论是农民,工人还是机关干部,生活有规律,吃饭定时,吸烟喝酒较渔民少。

讨 论

海上渔民长期在海上生活,处于颠簸环境中,精神高度紧张、渔汛期作业不定时,呕吐后常以喝茶吃烈性酒来补充,喜抽烟,吃辣等。在非作业时,常常暴饮暴食,使渔民胃粘膜的屏障受到内外因素的破坏,易诱发溃疡形成。

同时,渔民喜吃烤鱼烤虾,缺少新鲜蔬菜,引起维生素缺乏,特别是维生素K缺乏后,胃粘膜易出血。

海上渔民在大风大浪中、情绪恐惧,忧伤,胃液分泌减少,生活枯燥单调,养成抽烟喝烈性酒的习惯,引起幽门括约肌松弛。而导致胆汁反流,引起胆汁反流性胃炎,在慢性胃炎的基础上发生腺体萎缩。

同时沿海渔民,常食咸鱼咸虾,亚硝酸盐成分高,在慢性胃炎和萎缩性胃炎的基础上易发生胃癌。

从上述调查中可以看出,当地居民胃癌胃溃疡,萎缩性胃炎的发病率比渔民相对少的原因是,居住安定,生活有规律,情绪安定。

总之,引起渔民胃癌,胃溃疡,萎缩性胃炎等发病率高,除上述因素外,还有其它诸多因素与生活习惯及饮水有关,有待进一步调查研究。

纤维胃镜检查56192例分析

湖南省纤维内窥镜协作组

本文收集我省16个医院56,192例胃镜检查资料,统计结果:慢性胃炎47.7%,十二指肠溃疡19.2%,胃溃疡9.7%,慢性球炎6.2%,胃癌4.6%。慢性胃炎以浅表性胃炎所占比例最高(87.0%),且多见于胃窦部(85.4%),浅表性胃炎病理符合率93.2%,萎缩性胃炎病理符合率仅43.8%,而肥厚性胃炎60例无一例获得病理证实。慢性胃炎合并肠化18%,胃溃疡患者过半数,合并胃炎其中88.7%为浅表性胃炎。胃癌合并萎缩性胃炎(21.2%)较胃溃疡合并萎缩性胃炎(7.3%)多见,提示萎缩性胃炎与胃癌有关。

1679例上消化道出血早期胃镜检查,找到出血灶者49.0%,其中359例系在入院后48

小时内行急诊胃镜检查,86.6%可见活动性出血灶。显著高于总体百分率。出血病因以溃疡最多,其次为急性粘膜病变及肿瘤。对急诊胃镜检查的优点和可能碰到的困难进行了讨论。本组观察573例术后胃发生炎症、溃疡和癌的时间关系。有一半术后胃于5年内发生炎症。术后溃疡发生率为21.8%,其中多数出现于术后2年内,胃癌残胃5年内复发率为23.7%,5~10年内复发率为3.4%,未发现10年后的残胃复发癌者。其他疾患的术后胃514例,发生癌者13例,占2.5%,其中5例(1%)发生于术后5年内,发生于5~10年及10年后者各4例(0.8%)。

胃镜与钡餐诊断以十二指肠溃疡的符合率

最高(76.5%)慢性胃炎符合率最低(19%)。慢性十二指肠球炎44.9%误诊为球部溃疡。再次说明对慢性胃炎及十二指肠球部溃疡的诊断,

胃镜优于钡餐。

(赵善灿、肖永祥、殷德英、施作榕整理)

11411例纤维胃镜检查分析

上海第二医学院附属瑞金医院内科内窥镜室

陶嘉泳 江石湖 吴云林 胡秀斌 徐家裕

我院内科消化组内窥镜室自1972年起开展纤维胃镜检查工作以来,经使用日本 Olympus K₂、P₂型胃镜及国产 XW-I型、XS-IV型胃镜,共检查了11411人次。兹将检查结果分析小结于下:

本组 11411 人次中、男性 8557 例,女性 2854 例,男女之比约近 3:1,年龄在 20 岁以下者 130 人,20~40 岁者 3814 人,41~50 岁者 3199 人,51~60 岁者 2710 人,60 岁以上者 1558 人。

从上列性别与年龄的分布情况看来,充分反映了我国上消化道疾病的发病高度集中在青年以上的男性,这一年令组正是充分发挥聪明才智与劳动力的阶段,应引起临床上的重视。

本组诊断为食道疾病者仅 561 例(占 4.9%),反映了食道疾病发病率较低,且其中绝大多数为食道炎(452 例),其次为食道癌(34 例)与食道静脉曲张(32 例),由于仅单纯进行胃镜检查基本上未发现食道运动障碍性疾病。

本组中慢性胃炎占 61%(6964 例),其中慢性浅表性胃炎为 3697 例,慢性萎缩性胃炎为 3210 例,而慢性肥厚性胃炎仅为 57 例,且病理组织学的改变均与浅表性胃炎相似。经分析 949 例资料较完整的慢性胃炎的结果为:胃镜检查与病理检查的符合率为 68.4%,不符合率为 31.6%。故当胃镜检查与病理检查不相一致时,需进行综合分析后再下诊断,且同一病人的胃粘膜可同时呈现浅表性胃炎与萎缩性胃炎。

本组中诊断为胃粘膜脱垂症者亦较多(1194 例),占总例数的 10.5%,但由于胃镜直视下正常胃窦部粘膜的蠕动与不正常的胃窦部粘膜脱垂入十二指肠球部的征象很难区别,故诊断本病仍以 X 线钡餐摄片为宜,胃镜的诊断仅能提供参考。

本组中胃溃疡例数(497 例)较十二指肠球部溃疡(391 例)为多,与一般公认的十二指肠球部溃疡较胃溃疡为多见的临床情况不符合,推测可能因胃镜诊断十二指肠球部溃疡只能以见到溃疡为准,而不可能根据其他间接征象来确定,而临床所使用的 X 线钡餐摄片或透视则可根据间接征象来诊断十二指肠球部溃疡之故。

本组中共检出各型胃癌 459 例,占总例数的 4%,其中以增殖型为最多,其次为溃疡浸润型、溃疡型及弥漫浸润型,应注意者,当内窥镜镜检查过程中如注气后胃腔不易扩张或胃腔容量较小等现象出现时应高度警惕弥漫浸润型胃癌。

本组检查了 386 例胃手术后残胃,除 2 例残胃粘膜正常外,其余均为不正常,其中发现残胃癌 16 例(占 4.15%)、残胃炎 185 例、吻合口炎 154 例、吻合口溃疡 20 例。故对病程较长的残胃值得进行胃镜随访。

除上述疾病发现外,胃镜检查尚证实有 1127 人次伴有不同程度的胆汁返流,其中多数患者为中度胆汁返流(1062 人次),在慢性胃炎中更易见到,但慢性胃炎患者不伴有胆汁返流的情况亦较多,反映了慢性胃炎的病因多源性。

2,200例胃粘膜活检的病理组织学研究

沈阳军区总医院病理科 唐谊海 王建清 孙文利 杨 堤 沈宾鸿

一、一般资料：本文按照全国胃癌防治研究协作组制定的胃粘膜活检诊断标准研究了2,200例胃粘膜活检材料。检出慢性胃炎1,261例，占57.31%，包括浅表性胃炎1,014例，萎缩性胃炎164例，返流性胃炎77例，疣状胃炎5例和肥厚性胃炎1例。慢性溃疡225例，占10.22%。息肉39例，占1.77%。肿瘤261例，占11.71%，包括癌250例，淋巴瘤5例，何杰金氏病1例，平滑肌瘤和平滑肌肉瘤各1例。异位胰腺3例，占0.13%。正常胃粘膜22例，占1%。对于临床病理明显不符合，并且诊断不明确而不宜应用疾病诊断名称的病例，采用了“胃粘膜组织慢性炎”这个描述性诊断名称，本组共有392例，占17.81%。认为这样做既反映了送检的胃粘膜组织的病理变化，同时又为胃镜复查提供了依据。此种病例通常有四个特点：(1)临床病理明显不符合且诊断不明确；(2)粘膜组织呈非特异性炎症改变；(3)炎性渗出物和坏死物较常见；(4)肠化和不典型增生较常见，其程度一般也较重。

二、检出结果：本组共检出肠化646例，检出率为29.36%。不典型增生263例，检出率为11.95%。肠化和不典型增生共存127例，检出率为5.8%。胃粘膜的肠化以中老年最为多见。肠化的阳性率随年龄的增加而升高。10~19岁为9%，20~29岁为10.9%，30~39岁为25.6%，40~49岁为27.5%，50~59岁33.7%，60~69岁为34.2%，70~79岁为46%。肠化可发生于各种胃粘膜疾病，其中以萎缩性胃炎、溃疡和癌最为常见。肠化程度以浅表性胃炎较轻，而以萎缩性胃炎和胃癌较重。不典型增生常见于溃疡、萎缩性胃炎、返流性胃炎和胃癌等。其程度以胃癌和溃疡较重，浅表性

胃炎较轻。肠化和不典型增生的程度基本平行。不典型增生愈重，肠化也愈重。肠化常经过不典型增生，尤其是重度不典型增生发展为癌。从而认为，肠化不能视为癌前病变，而中、重度不典型增生则为癌前病变，尤其是重度不典型增生，后者有时和早期癌难以鉴别。

本文对各种疾病的病变分布进行了统计，指出胃窦病变是一个值得注意的问题。无论是胃炎、溃疡、息肉还是癌，以及包括肠化和不典型增生，均以胃窦位于诸部之首。从而认为胃窦是胃的各种疾病的好发或始发部位，可以说胃窦乃“多难之地”，可见对胃窦部疾病的预防和及时诊治是极为重要的。

三、如何提高胃镜检查的准确性：胃镜检查对于胃粘膜疾病有较高的确诊率。胃镜检查包括胃镜直视观察和粘膜活检两个方面。这两个方面的各个环节均与胃镜检查的准确性有关。本组胃镜、病理诊断总符合率为72.5%，低于此值的胃镜肉眼诊断有粘膜下肿物0%，肥厚性胃炎2.9%，溃疡46.7%和息肉65%。此四种疾病的病理诊断同胃镜观察、取材、标本包埋及切片等有密切关系。如较深的粘膜病变及溃疡的肉芽及疤痕组织不易取到，胃镜下的粘膜糜烂而可误认为浅表溃疡；肥厚性胃炎和息肉，如取材不适当难于确诊；由于活检组织碎小，标本的包埋和切片均会发生困难，甚至出现漏诊等，直接影响着诊断的准确性和符合率。此外，本组病例中有11例胃镜诊断胃炎，而病理确诊为癌。鉴于上述问题，有如下几点综合性措施与提高胃镜检查的准确性有密切关系：

一、活检诊断一定要结合胃镜所见，加强病理和临床的联系。

二、检诊人员要相对固定，熟练操作，克

服胃镜观察的人为盲区;胃镜取材要规范化,疑为胃炎也应取粘膜活检,尤其要留心胃窦部检查。

三、胃镜活检的同时,可配合胃刷细胞学检查。本组胃癌中,204例同时做胃刷细胞学检查,其中6例胃粘膜活检阴性,而胃刷癌细胞阳性。

四、必要时做胃镜复查。本组有部分病例在重复胃镜下粘膜活检确诊。

五、注意多数碎小组织的包埋平面和切片质量。采用琼脂——石蜡双重包埋法效果较为满意。本法能将多数碎小组织包埋在同一平面上,可避免组织污染和丢失,并且操作简便,制片质量良好。

胃、十二指肠手术 236 例术前胃镜检查符合率分析

天津市南开医院 李方儒 罗连城 曹焕章

本文选择天津市南开医院1979~1983年五年内有术前2个月内胃镜检查资料的胃、十二指肠手术患者236例,以术后诊断为依据,对胃镜检查符合率做一回顾性分析。男191例,女45例。年龄19~76岁。手术为胃次全切除术毕氏I式或I式吻合223例(94.5%)、高选迷切12例(5.1%),开腹淋巴结活检1例(0.4%)。术中详细探查,结合胃切除标本病理结果为术后诊断依据。包括胃溃疡63例、十二指肠溃疡123例、复合性溃疡35例、胃癌12例、幽门结核1例、胃小弯嗜伊红肉芽肿1例,未发现病灶1例。合并症包括幽门狭窄59例、大出血6例、胃穿孔2例,伴发慢性萎缩性胃炎25例,慢性浅表性胃炎79例。胃镜定性诊断以内镜所见结合部分病理资料确立;将病变纵轴定位称作“部位”,包括贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门、十二指肠球和球后等,将“部位”之前壁、后壁、小弯(侧),大弯(侧)称作“方位”。十二指肠球病变之“方位”分别采用传统法和改良法。手术诊断幽门狭窄以小指端不能通过为准。胃镜下将幽门狭窄分为轻、重二级(前者指幽门变形狭窄至胃镜不能通过,但经孔隙尚能窥见球部情况,或勉强通过易造成损伤者;后者指孔隙狭小至不能窥见球部情况者。)并分为永久性和可变性二类(后者指幽门充血、水肿和激惹明显,或查见活动性病灶、或以开放不全

为主,前者指上述现象不明显、僵硬、开和闭皆不全者)。将胃镜诊断符合率判定标准分为:“符合”:定位、定性皆符合。“全不符合”:定位、定性皆不符合。“定位不符”,“定性不符”顾名思义。“基本符合”,病灶之性质和“部位”与手术相符,但方位未描写。“合理漏检”:幽门或胃窦狭窄致使十二指肠漏检。

结果:胃部“符合”192例,“基本符合”24例,符合率91.6%。“不符合”20例(8.4%)。十二指肠除“合理漏检”56例未计入符合率统计外,其余180例中“符合”103例,“基本符合”33例,符合率75.5%。不符合44例(包括“定位不符”36例)为24.5%。胃镜下诊断幽门狭窄99例,59例与手术相符。

讨论:本文着重讨论不符合的性质和原因及改进方法。胃部不符合20例中,“定性不符合”30例(幽门结核,嗜伊红肉芽肿和胃癌各1例)。“完全不符”10例(胃角溃疡漏诊1例,胃癌因胃腔大量积血未发现1例和平坦型早期胃癌1例,胃镜诊断胃溃疡未被手术证实7例,可能与病情演变或病情浅表有关。)另有7例属“定位不符”。十二指肠不符合44例中36例为“定位不符”,其中16例为“部位”不符,且“球后”病变的误差占比例最大。20例为“方位不符”。本文选择十二指肠局限性病灶,手术和胃镜皆有明确“方位”定位的83例,按胃镜对球部定位

方法分为二组,发现传统法组28例中“方位”符合率46.3%,改良法55例中符合50例(90.9%) ($P<0.01$)说明改良法较优,可供参考。本文将胃镜下诊断的幽门狭窄按符合与不符合分为

2组比较,发现“重度”、“永久性”符合率最高,“轻度”,“可变性”符合率低。并对幽门狭窄胃镜诊断标准提出初步意见。

胃镜观察、胃液分析对胃部疾病的诊断价值

佳木斯医学院附属医院消化科: 张淑宏、田世功、邢友珍等

佳木斯医学院附属医院检验科: 王续武、李静珍等

本文通过胃镜检查,直接抽取胃液、观察其量,颜色,粘稠度, pH值,可滴定酸,乳酸脱氢酶,总氮,总蛋白,粘蛋白的改变。总结并分析了pH值,可滴定酸,乳酸脱氢酶,总氮与胃镜所见相结合对胃部疾病诊断的价值。其结果100例中诊断浅表性胃炎21例,胃窦萎缩性胃炎34例,十二指肠溃疡20例,胃癌25例。

胃液中pH值、本文十二指肠溃疡、浅表性胃炎pH值偏低,十二指肠溃疡较为明显偏低, ($P<0.01$)、胃癌、胃窦萎缩性胃炎 pH 值偏高,胃癌明显偏高, ($P<0.01$),偏高的原因之一为肿瘤代谢产物对胃粘膜的破坏,另一方面腺体功能代偿失调,故胃酸分泌减少 pH 值高。另外,胃窦部萎缩性胃炎与外界因素刺激有关,粘膜长期受刺激可导致胃粘膜腺体破坏,致使胃酸分泌减少, pH 值高,虽然胃癌与胃窦萎缩性胃炎在胃酸低原因不完全相同,通过本文观察还是有一定内在联系,胃镜检查粘膜白相或血管透现象明显者应随时测定其pH值,这样无论对诊断、治疗及追踪都有指导意义,并可防止胃癌发生或早期发现胃癌。

胃液中乳酸脱氢酶胃癌患者明显增高, ($P<0.01$),符合胃镜所见。胃窦萎缩性胃炎的乳酸脱氢酶也明显增高。胃癌增高的原因为癌病本身含量高、癌细胞通透性强、脱落与坏死细胞释放出的此酶以及癌组织对周围正常组织的挤压等。胃窦萎缩性胃炎为什么此酶增高还待进一步探讨,但通过本文可提供两者有密切关系,通过此酶可追踪观察萎缩性胃炎的发展、演变过程。特别是伴有肠化生或间变者增高

更为明显,有的高达350单位/dl。可以看出胃癌与萎缩性胃炎 pH 值,乳酸脱氢酶之间是相平行的,有着密切关系,对早期胃癌或重度胃窦萎缩性胃炎, pH 值高,乳酸脱氢酶高,胃镜可疑者更有意义,本文有3例根据其结果得到及时治疗和早期诊断。

胃液中可滴定酸本文十二指肠溃疡最高,胃癌最低,可滴定酸与胃液 pH 值相结合分析对低酸、缺酸更有意义,特别是高酸时可滴定酸较 pH 值更能反应胃酸的变化,低酸时不如 pH 值灵敏度高,说明对胃镜检查可疑者应先测 pH 值,对胃部良、恶性疾病可做鉴别诊断意义。胃液中总氮含量,胃癌最高 ($P<0.01$),胃窦萎缩性胃炎也较十二指肠溃疡及浅表胃炎高,胃癌增高原因一方面与癌本身分解代谢增加,癌组织破坏有关,也有一部分因为胃内潴留也可增加胃内含氮物质。萎缩性胃炎增加原因还不清楚。

本文患者胃液是在做胃镜过程中直接抽取所得,我们认为此种方法简单,并可减少病人痛苦,缩短诊断时间,一次完成,有的项目可随时测定,立即得到结果,根据结果可进一步分析、提高操作者的注意,防止漏诊,在直视下抽取胃液较彻底,并避免因粘膜损伤而造成的化验误差。抽取胃液前不必加缓冲液,抽取后立即送验,结果一样。其次这样抽取胃液同时结合胃粘膜观察,由一同操作者进行,条件一样,无论在诊断或追踪准确性可靠,对提高早期胃癌提供了条件。特别是方便了门诊病人,并可起到筛选病人的作用。

胃体粘膜下蓝色血管的诊断价值

白求恩医科大学第一临床学院 宋国培 邓少林 龙泽华 高秀媛

胃粘膜下血管显露(除胃底部正常人亦可
见少许血管外)为萎缩性胃炎的主要诊断依
据之一。但我们在多年的胃镜实践中发现胃体中
下部小弯及前壁常可见到粘膜下蓝色血管,呈
树枝状分布,而活检组织病理学检查大多并无
萎缩性病变。

为了排除胃镜检查操作过程中充气过多使
胃腔扩张,胃粘膜过度伸展变薄而出现人为的
胃粘膜下血管显露的假象,我们将胃腔内充气
量定为以胃小弯部粘膜皱襞刚展平为度,若此
时仍可见粘膜下蓝色血管则采取血管旁组织
活检作病理学检查,以验证究竟有无萎缩性病
变。同时详细记载粘膜色泽的情况。由于很大
一部分活检标本,未能采达粘膜肌层或由于病
理切片的方向等原因,病理只能报告慢性炎症
难以分型,今选择记载较完整且病理分型的
130例分析如下(附表)。

附表 130 例胃体蓝色血管、粘膜色泽与萎缩变的关系

粘 膜	桔红 或淡红	红白不 均以红 为主	红相 白间	红白不 均以白 为主	灰 白	灰 红	共 计
萎 缩	2	5	5	3	5		20
无萎缩	34	47	8	3	13	5	110

130例胃体中下部小弯及前壁可见到粘膜
下蓝色血管者中,110例(84.6%)并无萎缩性
病变,尤以粘膜色泽桔红或淡红者94.4%无萎
缩,粘膜色泽红白不均以红为主者90.4%无萎
缩。因此我们认为:胃体中下部小弯及前壁见
到粘膜下蓝色血管并不能作为诊断萎缩性胃炎
的依据,尤其是粘膜色泽桔红或红白不均以红
为主者。胃体部见到粘膜下红色血管网者则半
数病例可发现有萎缩性病变。

胃镜肉眼所见与病理诊断不符的现象,各
地均有报告。轻微的浅表性胃炎,可能只有组
织学改变(显微镜下可见炎性细胞浸润),而肉
眼不易辨别,只有当炎症发展到一定程度,肉
眼才能诊断。同样,见到粘膜下蓝色血管,病
理检查亦不一定有萎缩性病变。我们认为慢性
胃炎病人只要活检取材恰当(包括采取病变的
部位合适,采取的组织标本厚度相宜等),分型
应以病理组织学检查为准,这样才能更准确地
反映客观事物的本质。

因此单凭粘膜下血管显露作为诊断慢性萎
缩性胃炎的主要依据,常使一部分浅表性胃炎
误诊为萎缩性胃炎,使萎缩性胃炎的诊断率扩
大化,这样既干扰了临床的诊断和治疗,又增
加了病人的医源性精神负担。

提高胃肠粘膜活检质量的几个问题

南京部队总医院 王年吉

本文就提高胃肠道内窥镜粘膜活检质量的
问题,进行了讨论。作者根据10年来的实践体

会,总结如下几点:(1)细致地观察,消灭盲
区。(2)提高对早期胃肠道癌肿的识别能力,并

对早期食道癌、早期胃癌及早期大肠癌的形态作了描述。(3)重点讨论了如何正确地进行粘膜活检,如:活检病变的位置应置于视野中心;活检的距离;活检部位的清洁;取材要有代表性;活检的深度;活检的数量;注意多中

心型癌肿的活检及对科研性质的粘膜活检的意见。(4)最后作者对取材后的标本送检,包括:活检组织的正确贴附;固定;详细填写病理送检单等亦作了简要讨论。

纤维内窥镜下对病变大小判断的探讨

解放军57医院 刘廷魁 赵桂兰

目前,国内外对纤维内窥镜下病变大小的判断普遍感到困难。本文对34例病变进行了实地测量、目测估计、活检钳测量及系数相乘法测定。

检查者凭经验估计病变大小,可将实际病变最高扩大到5倍以上,最小可将病变缩小到1/35,物像大小在镜下变化可达175倍。凭经验估计与实际比较, t 值为11.92, $P < 0.01$, 差别非常显著。

活检钳测量法也并非准确,有时可将物像放大到5倍,有时可将物像缩小到1/15,物像大小在镜下变化可达75倍。与实际病变大小比较, t 值为2.7597, $P < 0.01$, 同样差别非常

显著。但优于目测估计。

我们最近创用了系数相乘法,就是将检查者目测估计的大小,根据物镜与病变间距离的长短乘以不同的系数,其乘积作为病变大小的判断。

系数相乘法误差小,最大能将病变扩大到2.4倍,最小能将病变缩小到1/7.8,物像大小在镜下变化达18.7倍。

系数相乘法所测得的数据与病变实际大小比较, t 值为0.0014, $P > 0.05$, 无显著差别。明显优于目测估计和活检钳测量法。

同时本文还验证了LS-2示教镜与不同型号的纤维内窥镜配合时放大或缩小的百分数。

胃镜检查应用的又一个方面

——胃镜下钳取组织开展基础及临床研究

第四军医大学 张学庸 陈希陶 张忠兵 张南征 邢联平
一院消化内科 刘端祺 牟震先 乔太东 李晓红 胡家露

胃镜检查对于各种胃病的诊断价值已为人所共知,并且随着胃镜性能的改进而不断提高。胃镜在治疗上的应用范围也在不断扩大,电凝止血、钳取异物或寄生虫、切除息肉及腺瘤、注射血管硬化剂以治疗食管静脉曲张、血卟啉激光照射治疗恶性肿瘤是这一方面的几个

范例。但截至现在,胃镜下采集胃粘膜组织进行胃肠疾病的基础和临床方面的研究还未得到充分的重视。我们结合近年来的工作简述了利用胃镜下取得的胃粘膜组织进行的各种检测方法及所得的初步结果。其中包括:(1)正常人及各种疾病状态下胃粘膜免疫活性细胞(T淋巴