

小肠疾病 病理学诊断

H. F. Otto 编著
J-O. Gebbers

吕 翔 编译

5

山东科学技术出版社

小肠疾病病理学诊断

H. F. Otto 编著
J-O. Gebbers 编译
吕 翔

山东科学技术出版社

小肠疾病病理学诊断

H. F. Otto 编著
J-O. Gebbers
吕 翔 编译

*

山东科学技术出版社出版
(济南市玉函路 16 号 邮编 250002)
山东科学技术出版社发行
(济南市玉函路 16 号 电话 2014651)
山东莱芜市印刷厂印刷

*

850mm · 1168mm 32 开本 7.25 印张 150 千字
1999 年 10 月第 1 版 1999 年 10 月第 1 次印刷
印数:1 3000

ISBN 7-5331-2365-4
R·719 定价 20.00 元



H. F. Otto

德国 Heidelberg 大学病理学院主任、
教授、医学博士、荣誉医学博士



吕 翔

南京大学医学院附属医院

南京鼓楼医院

副主任医师、医学博士

前 言

小肠疾病种类繁多,且不易诊断,然而小肠疾病对人体健康产生的危害却不容忽视。近年来,随着内窥镜活检技术的不断发展及小肠手术切除标本的不断增多,小肠疾病的病理学诊断以其准确、可靠和易于开展已越来越受到人们的重视。鉴于此,我们认为有必要通过这本专著来系统地论述有关小肠疾病的病理学诊断。本书从病理诊断的实际需要出发,在论述各种疾病时,力求将病理形态学的变化与各种疾病的临床表现联系起来,以期通过这种方式,使其成为一门功能形态学,借此可以增强临床和病理医生之间有关诊断的必不可少的“会话”联系。

本书较为全面地阐述了小肠疾病的病理形态学特点、病理诊断标准和鉴别诊断等内容,并引进了新的技术和方法,同时对正常小肠的组织结构作了阐述,这有利于将正常小肠与其生理变异及病理变化进行对比,以便作出准确的病理诊断。

本书原著由 Otto 教授和 Gebbers 教授用德文所著,由吕翔博士翻译成中文,并进行适当修订,增加了部分新的内容和章节,编写出《小肠疾病病理学诊断》中文版一书。

我们衷心感谢热诚地为我们提供照片的 Prof. Dr. V. Becker, Erlangen; Dr. S. Beker, Caracas; Dr. W. Benoit, Lübeck; Dr. L. L. Brandborg, San Francisco; Prof. Dr. M. Classen, Hamburg; Dr. V. J. Ferrans, Bethesda; Priv.-Doz. Dr. H. Frotz, Köln; Priv.-Doz. Dr. Th. Gheorghiu, Köln; Dr. M. Klockars, Helsinki; Prof. Dr. J. CL. Rambaud, Paris; Priv.-Doz. Dr. W. Rösch, Erlangen; Prof. Dr. H. E. Schaeff-

fer, Köln; Prof. Dr. H.-H. Schumacher, Hamburg; Prof. Dr.
J. S. Trier, Boston; Priv.-Doz. Dr. H. Wehner, Tübingen;
Dr. D. Wurbs, Hamburg; Prof. Dr. J. H. Yardley, Baltimore.

作 者

1999 年 4 月

目 录

第一部分 小肠病理活检基础知识

第一章 小肠粘膜活检的方法、适应症及并发症	3
一、小肠近端抽吸活检	3
二、十二指肠-空肠镜及定点活检	5
三、空肠-回肠镜检查	10
四、小肠活检的适应症及禁忌症	10
五、小肠活检的并发症	10
参考文献	12
第二章 标本的加工处理及各种病理诊断技术在小肠活检中的应用	13
一、适用于光镜检查的常规切片的制备	13
二、酶组织化学检查	14
三、组织免疫学检查	15
四、电镜检查	20
五、细胞学检查	21
六、流式细胞仪、细胞影像仪与 DNA 倍体的测定	22
参考文献	30
第三章 小肠活检标本的诊断	33
一、立体显微镜检查	33
二、光镜检查	35

三、显微解剖方法·····	41
参考文献·····	41
第四章 正常的结构·····	42
一、粘膜上皮层·····	42
二、粘膜的间质·····	52
参考文献·····	54

第二部分 小肠疾病病理诊断

第五章 具有诊断特异性病变的疾病·····	57
一、Whipple 病·····	57
二、胶原性口炎性腹泻·····	65
三、无 β 脂蛋白血症·····	66
四、肠淋巴管扩张症·····	66
五、免疫缺陷综合征·····	70
六、选择性 IgA 缺乏症·····	71
七、低 γ 球蛋白血症性口炎性腹泻·····	72
八、T 细胞缺陷病·····	75
九、嗜酸性胃肠炎·····	75
十、淀粉样变性·····	80
参考文献·····	80
第六章 仅具有一些特点但无诊断特异性病变的疾病·····	82
一、非热带性口炎性腹泻·····	82
二、未分类口炎性腹泻·····	87
三、不耐豆蛋白症·····	87
四、非肉芽肿性慢性溃疡性空肠回肠炎·····	89
五、红体病·····	91

六、热带性口炎性腹泻	91
七、盲襻综合征	91
八、脂质累积性疾病	92
九、小肠结核	96
十、白塞综合征	97
十一、急性出血性坏死性肠炎	98
参考文献	98
第七章 仅可见不恒定病变的疾病	101
一、克隆病	101
二、寄生虫性疾病	107
三、组织胞浆菌病	113
四、巨细胞病毒感染	115
五、伤寒	117
参考文献	118
第八章 仅具有非特异性病变的疾病	119
一、皮肤肠道综合征	119
二、十二指肠白点综合征	130
三、十二指肠炎症性疾病	131
参考文献	135
第九章 小肠肿瘤及瘤样病变	137
一、上皮性肿瘤	140
二、内分泌肿瘤	150
三、间叶组织肿瘤	153
四、淋巴造血系统肿瘤	167
五、转移性肿瘤	182
六、肿瘤样病变	182
七、肠系膜肿瘤	192
参考文献	193

第十章 小肠发育畸形及结构异常等病变·····	199
一、十二指肠憩室·····	199
二、位于十二指肠内的胆总管憩室·····	200
三、空肠憩室·····	200
四、美克尔憩室·····	201
五、先天性十二指肠膈膜症·····	203
六、先天性小肠闭锁及狭窄·····	203
七、小肠腺肌病·····	204
八、小肠重复·····	204
九、肠道血管发育不良·····	205
十、肠系膜上动脉综合征·····	206
十一、节段性小肠纤维包裹症·····	206
十二、慢性小肠假性梗阻·····	207
十三、肠囊性积气症·····	209
十四、小肠套叠·····	209
十五、肠扭转·····	211
十六、由非类固醇抗炎药物引起的小肠膈膜病·····	211
十七、小肠旋转不良·····	213
参考文献·····	214
结束语·····	217

第一部分

小肠病理活检基础知识

除了对肠道手术切除的标本进行病理检查以外,经口进行小肠粘膜活检,对小肠疾病的诊断具有非常重要的意义。今天,随着各种内窥镜技术长足的发展,经口进行小肠粘膜活检以其方便简捷、安全性好、诊断率不断提高而越来越受到人们的重视。鉴于此,我们认为有必要首先对经口进行小肠粘膜活检的方法加以回顾及介绍。

第一章 小肠粘膜活检的方法、 适应症及并发症

1948年, Tomenius 发明了抽吸探管, 用以进行胃粘膜非可视性活检。1949年, Doig 及 Wood 等亦研制出一种与 Tomenius 使用的相类似的器械。1955年及1956年, Royer 以及 Shiner 等设计了一种改良型的胃抽吸探管, 从而能够经口进行小肠粘膜非可视性活检。

在这些器械未发明之前, 人们只在很偶然的情况下如腹部被切开时, 方可进行胃肠道活检, 由此而获知的组织结构的改变, 作为一种零星的发现, 并无重要的诊断价值。只是当人们创造出各种不同的抽吸探管后, 人们才得以对粘膜的弥漫性病变进行系统的研究。今天, 小肠活检对许多疾病来说, 已成为一种具有决定性诊断意义的重要手段。

一、小肠近端抽吸活检

抽吸活检的原理为通过经口插入固定于探管上的探头, 将粘膜吸起并截下。各种不同的探管主要根据动力传递或控制活检刀方法的不同来分类。活检刀可通过钢丝、弹簧、气压及水压来驱动。通过钢丝驱动活检刀的探管, 其可弯曲性有限, 只适用于对小肠上段进行活检。通过气压或水压操纵活检刀的探管, 则可对整个小肠进行活检。1957年, Crosby 及 Kugler 研制了一种特殊的探头, 其具有双管, 通过水压操纵活检刀, 并在溢流口处有一阀门(图 1-1)。应用这种器械, 一次就可取出 20~30 块活检组织(分段活检)。

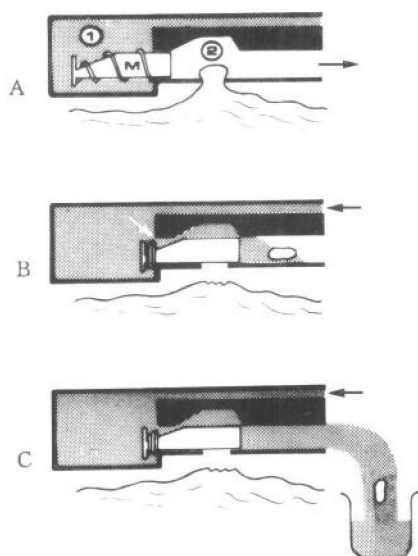


图 1-1 Quinton 活检探管

M 为活检刀及弹簧。A: 已准备好可以使用的探头: 仅在腔①内充满了等渗食盐水; 一部分粘膜被吸进探头侧面的孔内。B: 当腔①内的压力增高时, 活检刀开始运动, 把吸入的粘膜切下, 同时管道(箭头)开放, 使两个腔隙接通, 食盐水可流入腔②。C: 切下的活检组织将随液体流出探管。当腔①内的压力降低后, 活检刀被弹回其原来的位置(A)。

1. Crosby-Kugler 探管: 在儿科, 人们主要应用具有多种改良类型的 Crosby-Kugler 探管来进行活检。使用 Crosby-Kugler 探管进行活检时, 当粘膜被吸引住以后, 通过控制作用于橡皮膜上的压力, 使活检刀在弹簧的驱动下从固定销上弹出。这种探管的缺点在于每次只能获取一块组织。活检粘膜组织的大小和

深度与活检探头上吸口的大小(直径为 1.7~5.0mm)、吸力的大小和吸力持续的时间及粘膜本身的性质有关。

2. Watson 探头及 Camus-Rüsch 探管:根据 Classen 及 Koch 的统计,人们在运用不可视的小肠活检的方法时有相当高的甚至达 40%的不成功率。通过联合使用 Watson 探头及 120cm 长的 Camus 探管,则可大大提高成功率,但这种方法只能应用于小肠近端。自 1969 年以来,人们也可以得到 180cm 长的具有 Watson 探头的 Rüsch 探管。

二、十二指肠-空肠镜及定点活检

自从玻璃纤维内窥镜问世以来,人们不仅能够对小肠上段,而且能够对小肠下段进行内窥镜检查。

1. 使用活检钳活检:在实际应用中,经口内窥镜检查已可对小肠任一节段进行定点活检,因此,人们已能通过活检对小肠组织局限性炎症性或肿瘤性病变作出诊断。用活检钳获取的组织通常很小,对许多种疾病其所能提供的具有诊断意义的信息确实有限,必然会有很多假阴性及假阳性结果,其中以前者更为多见。然而,通过将内窥镜下所见和组织学检查所发现的病变综合起来加以分析,则可大大提高诊断的可靠性。十二指肠内窥镜活检组织包括粘膜肌(64%)、粘膜下层(56%)甚至 Brunner 腺(53%)的比例相对来说较高。我们的统计数字亦与之相近(图 1-2)。Perera 等报告他们对 500 多例十二指肠镜活检病例中的 2/3 能够较好地作出诊断。

2. 逆行性胆道及胰腺造影:事实证明,通过十二指肠镜进行逆行性胆道及胰腺造影是一种非常有效的诊断方法,其并发症相对较少。来自在 Erlange 举行的逆行性胆道及胰腺造影会议(1976 年 3 月)的资料表明,在 6969 例胰腺造影及 5685 例胆道造影中,并发症的发生率为 1.85%,死亡率为 0.13%,其中最主要的并发症为急性胰腺炎和胆道脓毒症。

3. 肿瘤的细胞学诊断:运用内窥镜进行逆行性胆道及胰腺造影的同时,尚能定点地对胆道及胰管系统内的液体进行吸取,从而能够对肿瘤进行细胞学诊断(图 1-3~1-8)。这是一种行之有效的诊断方法。对于 Vateri 乳头区域癌的诊断,进行细胞学检查有时明显优于采用活检钳活检。对此,Witte 的解释是:用刷子在乳头表面刷取细胞,要比在内窥镜下使活检钳反复伸至可疑部位进行定点活检容易得多。

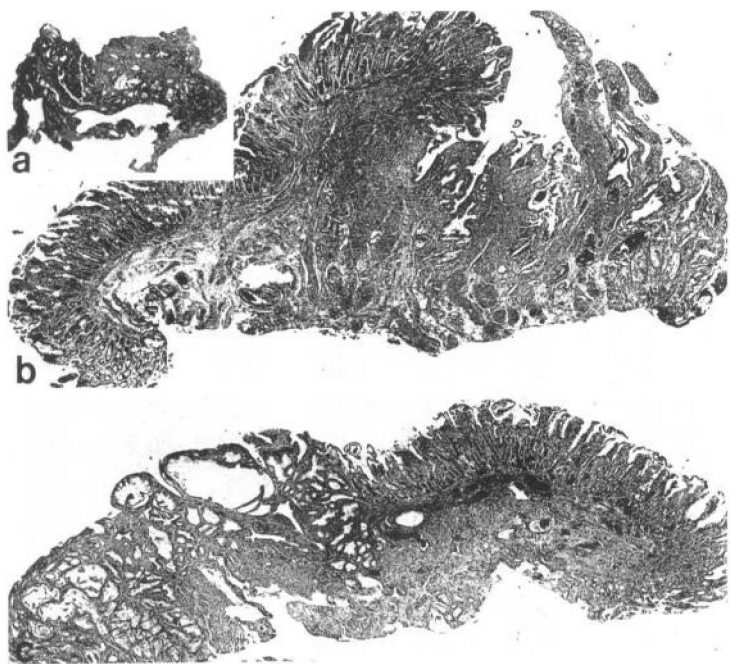


图 1-2 在十二指肠镜下用活检钳对 Vateri 乳头处进行活检
狭窄性乳头炎,用活检钳活检的组织(a)与用套圈活检的组织(b,c)相比,其大小比例为 1:3.5(按比例放大进行比较)。HE 染色