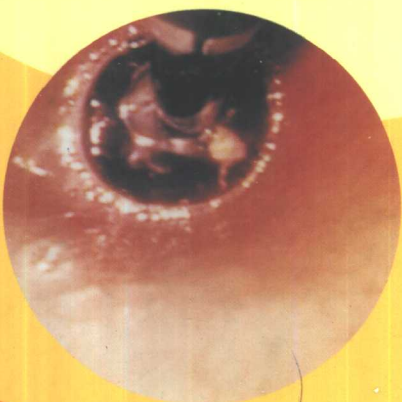
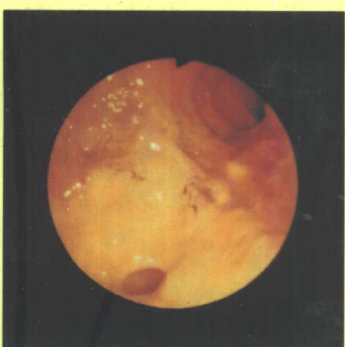
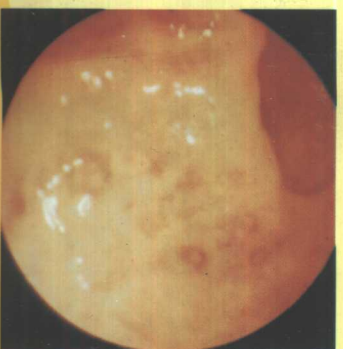
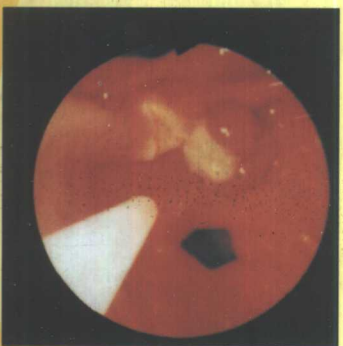
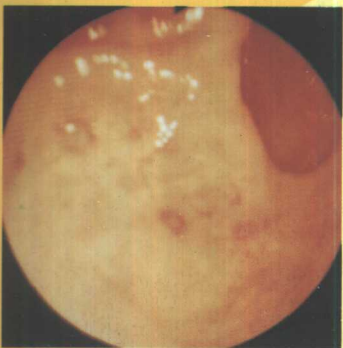


苏鲁
编著

胃肠道内镜彩色图谱

COLOR ATLAS OF
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

COLOR ATLAS OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

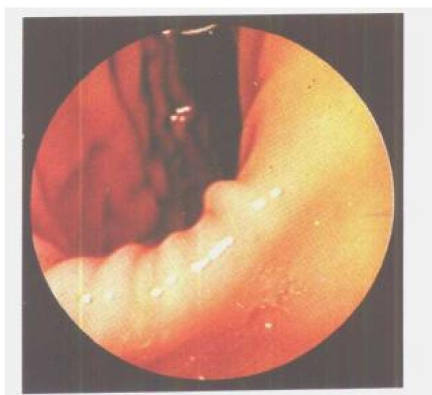


辽宁科学技术出版社

胃肠道内镜彩色图谱

COLOR ATLAS OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

苏鲁 编著



辽宁科学技术出版社

内容提要 本书详细介绍了正常食管、胃、小肠和结肠的解剖学及各种胃肠道病变时的内镜下表现、诊断标准及内镜下治疗方法。本图谱选用了600多幅图像清晰的彩色照片分别叙述了正常胃肠道和病变时,特别是一些少见病变的内镜下表现以及内镜下手术步骤。此外本书还介绍了高频电灼仪、Nd:YAG激光仪、微波仪的临床应用方法,如进行息肉、早期癌的切除术等。本书不但是内科,特别是消化内科、内镜医师的必备书,而且也是外科、儿科、肿瘤科、放射科和病理医师临床工作中的参考书,由于图谱的直观性,本书还可作为医学院校的教学辅导书。

图书在版编目(CIP)数据

胃肠道内镜彩色图谱 / 苏鲁编著. — 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997. 1

ISBN 7-5381-2313-X

I. 胃… II. 苏… III. 胃肠病—内窥镜—诊疗—图谱, 彩色
IV. R570.8

中国版本图书馆CIP数据核字(96)第01364号

辽宁科学技术出版社出版
沈阳市和平区北一马路108号
邮政编码110001
辽宁美术印刷厂印刷
辽宁省新华书店发行
开本: 787×1092 1/16
印张: 14
字数: 250,000 插页: 4
1997年1月第1版
1998年8月第2次印刷
责任编辑: 傅 强
封面设计: 曹太文
版式设计: 李 夏
责任校对: 周 文 东 戈
印数: 3 001 5 000
定价: 180.00 元

前言

Preface

内镜技术是临床医学中的一门新技术,特别是近年来新型消化道内镜的开发,使得这一技术成为临床医学中进展最快的领域之一。与其他技术相比,内镜技术作为诊断工具,它可提供最准确的诊断信息;作为治疗工具,它具有损伤最轻、手术最安全的特点,常可在门诊完成多种一般的手术治疗,而住院则可完成高难度的手术治疗。因此人们普遍认为这是一种最佳的利益与代价比率的医学诊断和治疗方法。

虽然我国内镜诊断和治疗技术起步较晚,但近年来随着广大内镜专业人员的努力,内镜专业已取得了长足的进展。各种光导纤维内镜、电子内镜、超声内镜已应用于临床诊断;内镜下治疗技术,如息肉切除术、胆管引流术、乳头切开术、早期癌内镜下切除术等等业已相继开展。近年来腹腔镜手术镜的应用,更展示了内镜治疗领域的广阔前景。因此出版一部真实、全面的、高质量的内镜图谱,供从事内镜专业人员的学习和参考已成为当务之急。

本书是我国第一部以图谱的形式详细描述各种胃、肠道病变的内镜下表现、诊断及治疗方法的著作,也是一部大型的工具书。为保证图书的质量,本书选入的照片基本做到图象清晰、色彩逼真、病变典型。在对病变的文字论述上也力求加入了诊断和治疗的最新研究成果。例如慢性胃炎一章,由于既往的图书已有详细记载,故本书未列入以前的诊断标准,而以1990年悉尼胃炎新分类的标准向读者介绍了各型胃炎的内镜表现。

内镜照相术并非简单的摄影技术,不但需要精湛的摄影技术,而且需要娴熟的内镜技术,只有这两种技术的有机结合,才能拍出高质量的内镜照片。我衷心地感谢我的恩师、内蒙古消化病研究中心主任康交阳教授,在内镜技术人才的培养方面为我所付出的大量心血。正是他严格而耐心的指导和我对内镜技术的酷爱与大量的亲身实践才使我较熟练地掌握了这门现代技术,并拍下和积累了大量的正常胃肠道及各种病变的照片,为本书的编著奠定了雄厚的基础。特别感谢我国著名的内镜专家吴锡琛教授,多年来给予我的技术指导,在南京盛夏之时,逐字逐句,逐个照片地进行审改,并为本书作序。在本书的编写中还得到美国华盛顿大学医院胃肠内镜训练中心主任Silverstein FE博士惠赠他主编的第二版《Atlas of gastrointestinal endoscopy》一书,以及美国McDonaldGB教授、日本依光幸夫教授、落合正宏教授等20余位国外专家惠赠了大量的最新研究成果,这极大地丰富了本书的内容。为此,感谢这些国际消化专家所给予的大力支持。

在本书的编写过程中,时敏、刘彬、郭光清、叶炯阳、李萍、张丽婷、边济元、冯燕燕、洪梅燕和潘洪珍等同志给予了大力的支持和帮助。我的夫人王伟女士在书稿的文字抄写、照片整理等一系列工作中亦付出了大量的心血。为此,在本书的出版之际向上述诸同志致以诚挚的谢意。

本书的编写虽几经修改,但不足之处仍在所难免,恳请消化界的专家、同道和广大读者对本书的缺点及错误给予批评指正。

苏 鲁

1995年10月

序言

Foreword

消化道内镜的问世，特别是近年来各种新型内镜的应用，使得胃肠病学的临床实践发生了令人瞩目的进展。通过内镜，医师可从体外清楚地看到他们所检查的器官，包括正常胃肠道及各种疾病不同时期的肉眼改变，消化道疾病的诊断将更为正确。此外，应用这一仪器，医师还可做一些高难度的手术，而这些手术的创伤、风险，甚至费用，远低于外科手术，又能取得令人满意的效果。因此消化道内镜技术，已为广大医务人员及患者所欢迎。

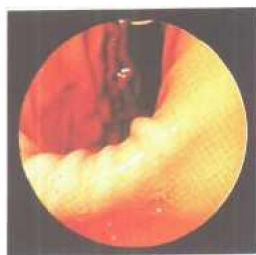
我国消化道内镜技术，近年来发展较快，从事消化专业人员逐渐增多，消化道内镜种类逐年增加，需要参考的专业书籍亦日益增多。本书是为了适应技术发展的需要而编写出版的。

本书内容比较完整和新颖。结合作者自己的亲身经验，叙述了正常胃肠道解剖学、消化道内镜检查术、多种有关胃肠道疾病的内镜诊断与治疗，以及超声内镜检查等。本书的作者，结合自己的亲身实践，收集了许多质量优良、图像清晰的彩色图片，也得到同道们资助的一部分图片和彩图，报道了国内从未报道过而国外见到过的资料，充实了这部图谱的内容，值得同道们参考阅读。

本书除供消化专业医师、内镜专业人员学习外，还可供普外科、小儿科、放射科及病理科医师参考。我衷心希望本书的出版，将有助于信息交流、人才培养、临床应用，以不断提高消化道内镜检查的技术水平及更好地为人民健康服务。

吴锡琛

1995年10月



1. 正常胃肠道	1
1.1 正常口咽部和咽下部	2
1.2 正常食管	4
1.3 正常胃	7
1.4 正常十二指肠	10
1.5 正常末端回肠	13
1.6 正常结肠	15
1.7 正常直肠	19
1.8 镜检前的技术要求	19



2. 食管疾病 (1)	21
2.1 正常食管的解剖	22
2.2 憩室	22
2.3 裂孔疝	24
2.4 食管蹼	25
2.5 食管环	25
2.6 术后食管腔异常	27
2.7 弥漫性食管痉挛	28
2.8 食管贲门失弛缓症	28
2.9 硬皮病的食管病变	30
2.10 食管静脉曲张	31
2.11 其他血管病变	37
2.12 放射损伤	38
2.13 有害物质的损伤	39
2.14 药物性损伤	40
2.15 创伤性损伤	40
2.16 异物	41
2.17 食管Crohn氏病	42



3. 食管疾病 (2)	43
3.1 早期食管癌	44
3.2 中、晚期食管癌	46
3.3 食管、贲门部狭窄的扩张治疗	53
3.4 人造食管置入术	55
3.5 食管恶性黑色素瘤	57

目 录

Contents

3·6	食管颗粒状肌胚细胞瘤	57
3·7	食管Kaposi氏肉瘤	57
3·8	食管肉瘤	57
3·9	食管平滑肌瘤	57
3·10	食管鳞状乳头状瘤	58
3·11	食管息肉	58
3·12	食管外压所致异常	58
3·13	食管术后	59
3·14	疱疹病毒性食管炎	60
3·15	念珠菌性食管炎	60
3·16	巨细胞病毒性食管炎	61
3·17	移植对宿主病	62
3·18	胃—食管反流性疾病	62
3·19	碱性反流性食管炎	67



4.	胃病变 (1)	68
4·1	胃 炎	69
4·2	上消化道出血	82

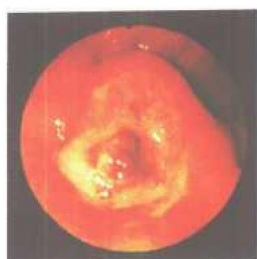


5.	胃病变 (2)	86
5·1	胃溃疡	87
5·2	胃憩室	94
5·3	胃扭转	94
5·4	异位胰腺组织	95
5·5	胃粘膜脱垂症	96
5·6	贲门粘膜撕裂症	96
5·7	胃毛细血管扩张征	97
5·8	胃静脉曲张	97
5·9	Dieulafoy 病变	98
5·10	胃缺血	99
5·11	异物	100
5·12	幽门成形术	100
5·13	胃大部切除术	101
5·14	胃—空肠吻合术	102

5 · 15	残胃缝线	103
5 · 16	碱性反流性胃炎	103
5 · 17	胃术后的恶性病变	104



6.	胃病变 (3)	105
6 · 1	胃癌	106
6 · 2	进行期胃癌	107
6 · 3	早期胃癌	114
6 · 4	胃恶性淋巴瘤	118
6 · 5	其他型胃肉瘤	119
6 · 6	kaposi氏肉瘤 (卡波西氏肉瘤)	120
6 · 7	转移性胃癌	121
6 · 8	胃癌的内镜下治疗	121
6 · 9	胃良性肿瘤	123
6 · 10	瘤性息肉	125
6 · 11	非瘤性息肉	125
6 · 12	息肉的处理	126
6 · 13	粘膜下肿瘤	127
6 · 14	类 癌	128
6 · 15	平滑肌瘤	128
6 · 16	腺肌瘤和错构瘤	129
6 · 17	其他肿瘤	129



7.	小肠病变	130
7 · 1	解剖学	131
7 · 2	溃 疡	134
7 · 3	十二指肠炎	139
7 · 4	十二指肠憩室	139
7 · 5	十二指肠寄生虫	140
7 · 6	异 物	141
7 · 7	Crohn氏病	142
7 · 8	十二指肠良性肿瘤	142
7 · 9	原发性十二指肠癌	143
7 · 10	十二指肠肉瘤	144
7 · 11	十二指肠转移癌	144
7 · 12	十二指肠血管异常	145
7 · 13	回肠淋巴滤泡增生症	146

目 录

Contents

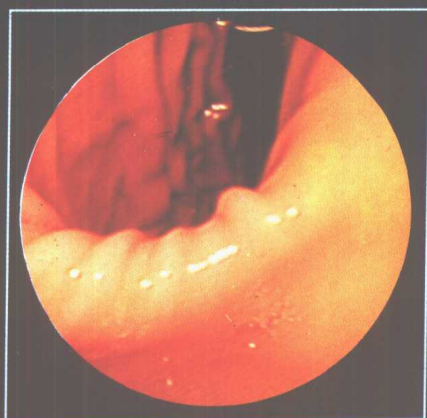


8. 结肠病变 (1)	147
8·1 结肠镜检技术	148
8·2 息肉类病变	149
8·3 腺瘤性息肉	150
8·4 化生性息肉	153
8·5 错构性息肉	154
8·6 炎性息肉	154
8·7 脂肪瘤	155
8·8 平滑肌瘤	155
8·9 淋巴管瘤	155
8·10 结肠囊肿	156
8·11 息肉病综合征	157
8·12 内镜下息肉电切技术	160
8·13 结肠恶性病变	165
8·14 腺癌	165
8·15 表皮癌	169
8·16 恶性淋巴瘤	169
8·17 Kaposi氏肉瘤 (卡波西氏肉瘤)	170
8·18 类癌	170
8·19 结肠的转移癌	171
8·20 结肠肿瘤的姑息治疗	171



9. 结肠病变 (2)	172
9·1 特发性炎性肠病	173
9·2 溃疡性结肠炎	173
9·3 克隆氏 (Crohn) 病	179
9·4 结肠缺血性损伤	185
9·5 抗菌药物相关性结肠炎(伪膜性肠炎)	185
9·6 孤立性直肠溃疡综合征 (SRUS)	186
9·7 肛交性直肠溃疡	188
9·8 其他溃疡	189
9·9 结肠憩室病	190
9·10 结肠气囊肿病	192
9·11 结肠黑变病	193
9·12 血管发育不良症	194
9·13 血管瘤	195
9·14 少见的血管异常	195
9·15 结肠出血	196
9·16 结肠术后表现	197
参考文献 (精选)	198
图片中、英文索引	201

1



正常胃肠道

如果一名医生要想确认胃肠道的病变，那么对正常胃肠道内镜表现的认识则是最基本的、也是最重要的。本章将介绍胃肠道的解剖学和与内镜检查有关的解剖学内容，以及一些关键性的内镜技术。

1 · 1 正常口咽部和咽下部

在进行内镜检查前，检查者要对患者口腔的牙齿情况做一了解，并要采取某些措施，即齿桥要取下，松动的牙齿要保护好，以免胃镜检查时脱落而吸入到气管内。另外，要仔细观察口腔及咽部，以便看到明显的口咽部异常，如肿瘤、瘢痕、外科畸形、粘膜炎症、感染等。

1 · 1 · 1 解剖学

咽下部的解剖关系可在内镜检查前或在内镜检查结束时观察（图1·1）。这些结构包括舌根：终止于会厌处；会厌谷：位于会厌旁的空间；喉：位于会厌的下方，声带和杓状软骨与之相连；梨状窝：位于喉的两侧；环咽肌：位于喉的后侧，从门齿到该处大约15cm（图1·2）。

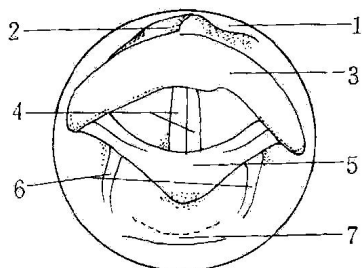


图1·1 咽喉部的解剖

1. 舌 2. 会厌谷 3. 会厌 4. 声带
5. 杓状软骨 6. 梨状窝 7. 环咽肌

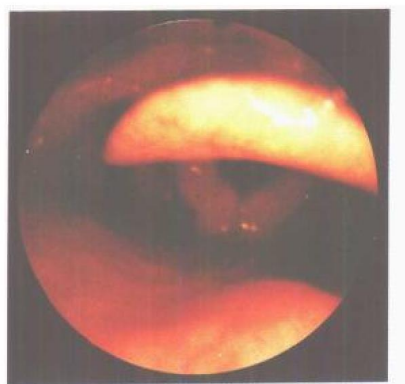


图1·2 内镜正面观察咽下部可见到会厌、左右梨状窝、杓状软骨。

1·1·2 内镜表现

内镜的头端经口腔轻轻地进到下咽部，此部位处于上食管括约肌或环咽肌的水平（本书所提到的上消化道内镜检查时的距离均指从门齿到检查部位的厘米数）。通常环咽肌是关闭的（图1·3、图1·4）。因此当内镜的头端到达15—16cm时要求病人吞咽，此时内镜可轻轻地进入食管。

在直视内镜的观察下，指导内镜的头端向下并通过环咽肌，将内镜的头端弯曲一定的角度，即可使内镜进入咽部。如果不注意进镜技术，就可能在经环咽肌进入食管时遇到困难。引起阻塞的原因有颈部脊柱骨刺、肿瘤、外科解剖变异、神经功能异常等。如遇到这类情况，停止进镜则是明智的，应找五官科医生或放射线科医生帮助确认此处的异常。

在少见的情况下，内镜进入下咽部，头端可能进入到气管内。如果病人感到痛苦或咳嗽，则应想到有可能进入了气管，如果看到气管软骨或气管分叉，则肯定是进入了气管内（图1·5）。如果把内镜插到声带间（图1·6）它将引起病人气道的阻塞。因此，一旦遇到这些情况应立即退出内镜。



图1·3 声带呈关闭状态，内镜应从两侧杓状软骨交点下方进镜。此处为食管入口处，两侧杓状软骨远端下方为梨状隐窝。



图1·4 声带呈开放状态，可见到杓状软骨。

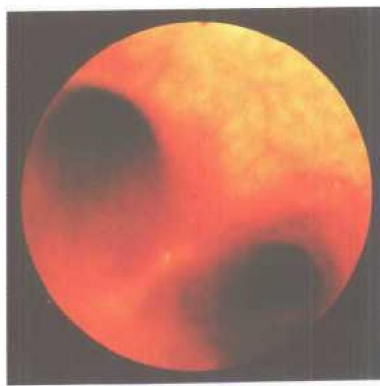


图1·5 气管分叉处。

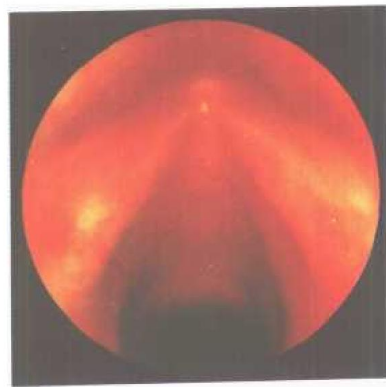


图1·6 内镜头端处于声带间

插镜是否顺利，对整个检查过程都很重要。如果插镜给病人带来较大的痛苦，不但影响检查，也给病人带来恐惧感。在检查前摆好病人头颅的位置很重要。左侧卧位后，头部不要扭向一侧，要居中，稍后仰。此时口腔与食管的夹角较小，约15—20°。当镜身进入口腔后要根据距离（距门齿）和要弯曲的角度上翘大螺旋钮，轻柔地送镜，通过口腔进入食管。头部左、右转向以及过度后仰和前倾，均使进镜

困难和给病人带来较大的痛苦。如果病人紧张、屏气、环咽肌收缩，可能顶住内镜。此时嘱病人吞咽（距门齿15—16cm时），就可以顺利地进入食管。过早嘱病人吞咽并不能促进插镜。了解了口腔及食管入口处的解剖关系，不但对正常人容易进镜，而且对有异常病变的人进镜也是非常重要的。

1·2 正常食管

1·2·1 解剖学

食管为纵行肌性管道，成人约长25—30cm，随个体胸部长度的不同而有差异。男性比女性稍长（平均长1.6cm）。正常食管的管径，由上而下不是均匀一致的。由于食管本身的结构特点，以及邻近器官的相互影响，致使食管呈现三个缩窄部和两个相对扩大部。第一缩窄位于环咽肌和环状软骨水平，其横径约14mm。距门齿约15cm。第二缩窄距门齿25cm，由于主动脉弓从其左壁和左主支气管从其前方跨过所致，其横径约15—17mm。第三缩窄位于膈裂孔处，相当于第10胸椎水平，距门齿37—40cm，其横径约16—19mm。在三个缩窄部之间有两个梭形扩大部，食管上膨大最大宽径约19mm，下膨大的最大宽径约22mm。食管壁的肌层为：食管肌层（内环外纵）的上1/3内外两层由横纹肌构成，下1/3段由平滑肌构成，中1/3为移行部，两肌均有。整个食管内衬复层鳞状上皮，呈白色或粉白色（图1·7）。这种粘膜一直延伸到或低于横膈裂孔的水平，在该处可见到胃的桔红或粉红色粘膜。连接处明显的波浪或波动线称为齿状线或“Z”线（图1·8）。正常的连接处可能表现为不规则形

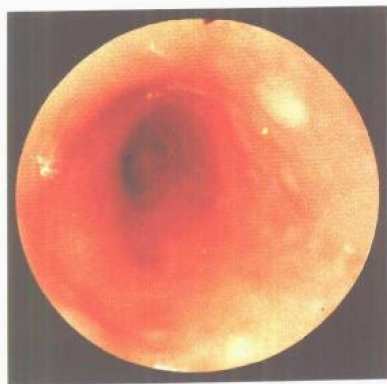


图1·7 正常粉白色的食管粘膜，并可见到糖原颗粒。

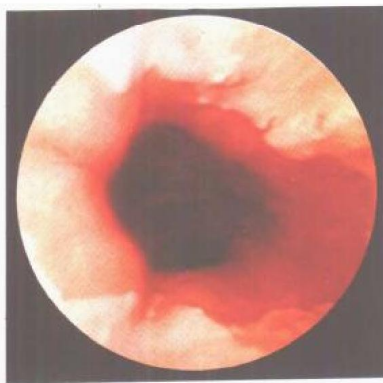


图1·8 能清晰地看到正常鳞状上皮和柱状上皮的交界处并可见到食管皱襞，此易与曲张的静脉相区别。

状。应注意的是，当胃镜检查注气而使该处扩张时，这个线可能变直（图1·9）。通常食管腔是空虚的，有几条纵行皱襞。这些皱襞是柔软的，扩张食管腔时易展平。这些皱襞很容易与食管静脉曲张相区别，因为那些曲张静脉表现为串珠状且带蓝色。4—5条纵行皱襞一般在

食管胃连接处形成对称的玫瑰花样结构。正常时连接处是关闭的，而轻轻地吹入空气后，它就很容易张开。内镜通过此处而进入胃时，一般不会遇到阻力。另外偶尔可看见纵行的皱襞和横行的嵴，特别是在呕吐前出现（图1·10）。纵行皱襞在远端食管2—3 cm处逐渐变细，并延到齿状线。鳞状上皮和柱状上皮连接处常位于下食管括约肌（LES）的末端，在横膈裂孔以下0.5 cm。尽管有时可见到它在裂孔以上1.0 cm，但这是随着呼吸而变化的。胃皱襞从下向上延伸，结束于齿状线以下。

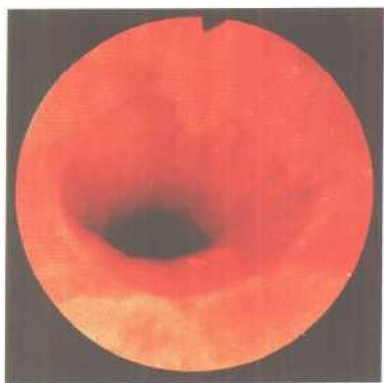


图1·9 正常食管胃连接处充气后，“Z”线可被拉直。

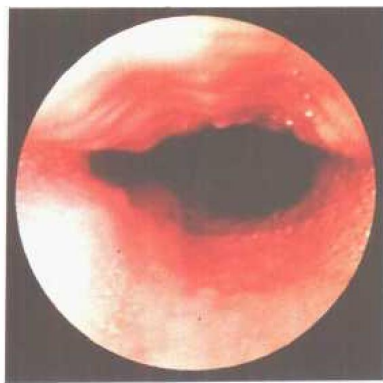


图1·10 正常食管粘膜，呕吐前所见到的食管纵行皱襞和横行的嵴。

1·2·2 内镜表现

内镜检查可以看到细小的食管粘膜下血管（图1·11）。在食管下段可以看到细血管，它们呈直的或平行的排列，其形式与栅栏带相似。这些血管仅在齿状线的食管侧可见到（图1·12）。老人的食管鳞状粘膜上常可以看到富含糖原的结节或颗粒状结构，称作糖原棘皮症。这些颗粒多在远端食管见到，其临床意义不大。如果在内镜检查前服过其他东西，如食物或进行过钡餐检查（图1·13），则因其残留在食管腔内而影响食管粘膜的观察。



图1·11 正常食管中段粘膜下可见到细血管网。



图1·12 食管远段粘膜下血管平行排列，呈栅栏状。

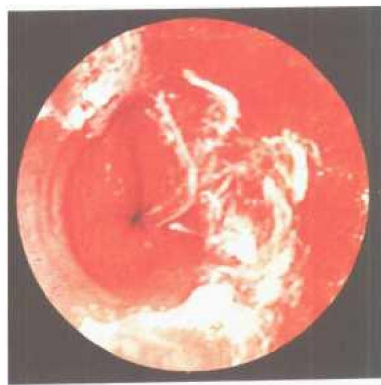


图1·13 食管X线钡餐检查后1小时，腔内仍残留钡剂，影响对粘膜的观察。

在内镜检查时要正确评价食管运动是很困难的。偶尔可以见到收缩波，特别是第三收缩波。同样，在某些累及食管肌肉的病变，内镜检查时看不到食管的运动。例如，硬皮病的病人食管无蠕动。多种正常和异常情况将引起食管腔的狭窄。这些包括内部结构变化，如环、蹼、肿瘤、狭窄以及外部的，如食管邻近的正常和异常血管、纵隔肿瘤等等。内部的病变将在以后的有关章节中介绍。

如果我们假定食管位于胸腔内的中心位置时，那么对食管的外来压迫就容易理解了，食管位于心脏之后，两肺之间，邻近脊柱，下腔静脉和主动脉。它的上端与环咽肌相连，下端到横膈（图1·14），（图1·15）。图1·14和图1·15显示了正常和异常结构压迫食管的情况，这在检查食管时常可看到。正常结构包括主动脉和左主支气管，前者距门齿23—25 cm，后者紧位于主动脉下，这两者造成食管的光滑压迹（图1·16）。

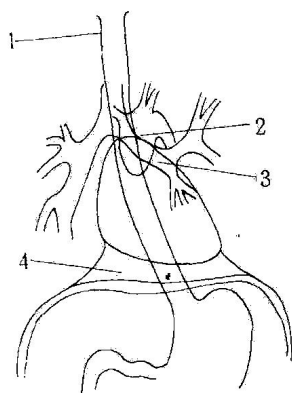


图1·14 正常食管压迹：1. 环咽肌；2. 主动脉弓；3. 气管分叉处；4. 横膈裂孔处

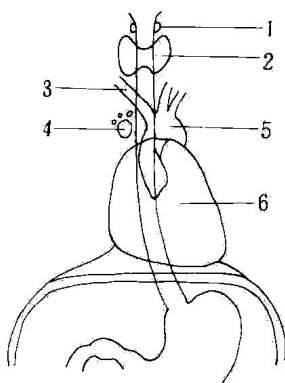


图1·15 食管异常压迹：1. 淋巴结肿大；2. 甲状腺肿大；3. 异常锁骨下动脉；4. 肿大的癌或淋巴结；5. 主动脉；6. 肿大的右心房。



图1·16 距门齿23—25 cm处的食管中段可见一光滑压迹，由邻近的主动脉和左主支气管压迫所致。

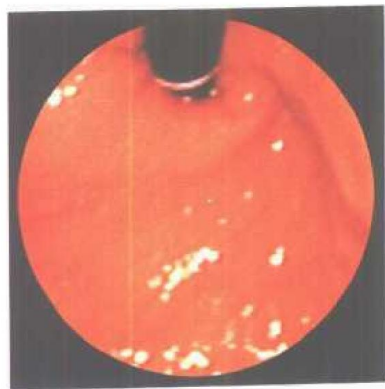


图1·17 正常贲门的内镜反转法观察，可见到贲门处的胃组织环绕内镜镜头。

异常结构包括：颈椎、肿大的甲状腺、扩张的主动脉、增大的左心房、支气管肿瘤、淋巴结和异常的血管结构。右锁骨下动脉从降主动脉的异常起点可能在食管后交叉通过而压迫食管，并于前方顶住气管，引起吞咽困难。这种情况称之为畸形性吞咽困难。上述每种情况仅引起食管腔的压痕，但粘膜是正常的。

食管终止于齿状线和下食管括约肌（LES），解剖学上LES实际上是食管壁平滑肌的轻度增厚。通常呈收缩状态，它的功能是避免胃内容物反流入食管内。

当使用前视镜时，内镜的推进应该是始终循腔而进，盲目地进镜是不可取的。内镜从食管进入胃内后，通路常常是向左和向前侧壁的。此时很容易找到腔，并轻轻进入胃体内。食管与胃连接处以下的2—3 cm范围内称之为贲门，食管的内镜检查应当包括仔细检查贲门处，而在进镜时仅是部分观察。因此完整和准确的检查应当是内镜完全进入胃内，内镜头端反转（即反转法）以便看清环绕内镜的贲门处胃组织（图1·17）。

这是观察贲门处溃疡、肿瘤和粘膜撕裂的唯一可取的方法。当患有裂孔疝时，反转法可看到一个大的、关闭不全的贲门，并可见到一个环绕内镜的空间。反转法常可见到纵行的嵴、粘膜皱襞或悬带，这是从下面看时确认横膈裂孔水平以下的食管末端的方法。

反转法技巧也是观察胃底和小弯的基本方法。这些部位的观察可通过这种反转内镜法，并向上、下或顺时针、逆时针移动来完成。如果仅在内镜检查时使用直视观察法，而没有进行认真的反转法观察，那么胃内的明显病变也易漏诊。因为有嵌顿的危险，反转的内镜不能拉入膈疝内和食管下段。如遇到这种情况，应轻轻将内镜送回胃腔内，绝不能强行拉出胃镜。

1·3 正常胃

1·3·1 解剖学

胃可分为几个解剖区域（图1·18），即胃底（图1·17）、贲门、胃体（图1·19）和胃窦（图1·20），并有小弯和大弯。胃角或称角切迹（图1·21），这标志着胃镜已从小弯侧进入胃窦区。解剖学上将胃窦及幽门管统称幽门部。这种解剖学分区不同于组织学或生理学胃窦和胃底粘膜分布的分界，胃窦粘膜可沿小弯向上扩展到距贲门几厘米处，因此它高于解剖学上胃窦开始的角切迹。这种粘膜界限对于内镜医生来说是非常重要的，因为良性胃溃疡常发生在窦和胃底粘膜的交界处。鉴于这个界限在小弯侧向上移行，特别是老年病人，在这一交界部位常可见到胃溃疡。

胃壁的组织学结构自内向外分为四层，它们依次是粘膜层（上皮、固有膜、胃腺、粘膜肌层，成人粘膜层厚约1.5—2 mm）、粘膜下层、肌层（从内向外分为斜肌层、环肌层、纵肌层）和浆膜层。如果胃壁厚度超过1 cm，可确定为病变所致。

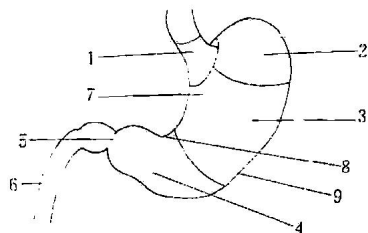


图1·18 胃的解剖分区：1. 贲门部；2. 胃底；3. 胃体；4. 胃窦；5. 幽门；6. 十二指肠；7. 小弯；8. 胃角；9. 大弯。

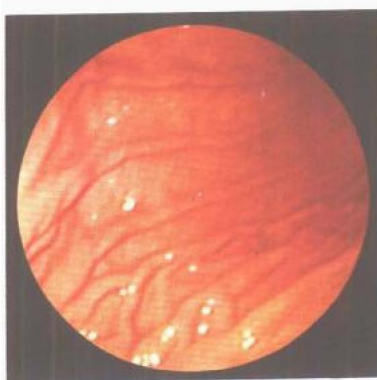


图1·19 内镜下的胃体部，可见到皱襞伸向远处的胃窦区。

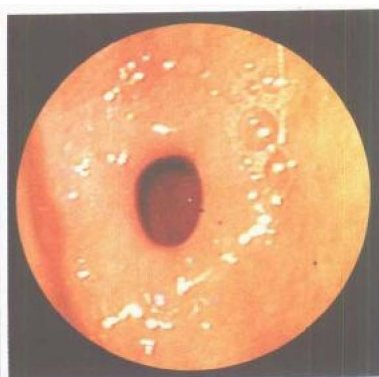


图1·20 正常胃窦区，色桔黄，光滑，有一定的光泽度，通常无皱襞。

1.3.2 内镜检查

胃有各种正常形态，一些是长的，垂直的，另一些是横的。原则上，对各种形状胃的观察是相同的。

胃镜头端通过食管下段、贲门而进入胃体上部。在此处，应轻轻给气扩张胃体，以便观察胃壁。检查胃粘液湖，并仔细观察胃液量、有无出血、胆汁和食物（图1·22）。近期使用抗酸剂或钡剂可能影响胃镜检查，而其它残渣的存在提示胃排空延缓，也可能见到滞留的食物残渣或其他物质结成的胃石。在观察完胃粘液湖后，应尽可能多地吸出胃液，以便防止胃镜检查时的反流或吸入以及影响胃的检查。

简洁地观察胃粘膜表面的色泽、表面外观、血管和皱襞的宽度。如果发现异常情况，则应仔细观察该处。

虽然内镜很容易观察贲门下方的区域，但有时也不是这样。用前视镜检查时，即使较大的溃疡也可能漏掉。贲门处的其他类病变如高位小弯侧撕裂症和肿瘤也是这样。因此，这些部位的观察要用反转法来完成。

新型灵活的纤维内镜或电子内镜可通过角度钮转动镜头 180° 以上，而且多数可达 210° 。因此可用简单的反转法（或称翘头）来完成贲门和胃底的观察。随着经验的积累，很容易进行反转法检查，故可完成小弯、贲门和胃底的观察。

反转观察法可在胃体或胃窦二处进行。即在胃窦和胃体处用翘头的方法观察。因为大多数目前使用的内镜可以上翘 180° 以上，故可观察到胃底和贲门。但在胃窦观察时，由于其距胃底、贲门较远，因此仍有可能遗漏一些病变，且病人明显地不适。应在胃底与胃体分界处（图1·23）。向右旋转镜身、稍微翘头、给气并沿大弯、穹窿部送镜。这样就可可在很近的位置上清楚地观察到胃底和贲门环周的区域。只要进镜轻柔、循腔，病人是不会明显不适的。

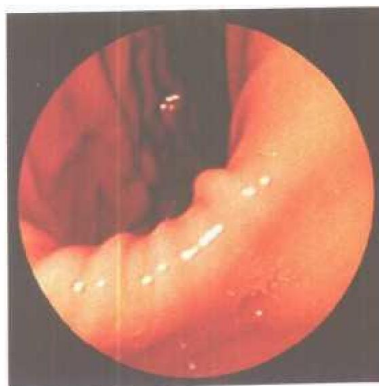


图1·21 正常胃角正面观，它是胃体、窦的分界线，蠕动时可见有收缩环。正常粘膜光滑，色橘黄，有光泽。



图1·22 正常胃，在胃粘液湖内有胆汁。

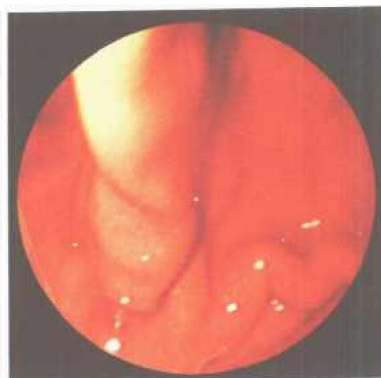


图1·23 胃体后壁侧一条嵴，左侧腔通向胃体窦，右侧腔通向胃底贲门处。