

下消化道疾病 电子肠镜图析 100 例



金盾出版社

下消化道疾病电子 肠镜图析 100 例

主 编

梁 浩

副主编

刘 凡 李丰雪 庄彦华

陈玲玲 吴 萍 金 瑞

编 者

刘 凡 李丰雪 庄彦华 陈玲玲 孟云霞

吴 萍 金 瑞 张沛华 梁 浩 裘进富

金 盾 出 版 社

内 容 提 要

本书分概述和病例两部分。概述部分介绍了电子肠镜的结构性能,操作方法及检查适应证等有关知识;病例部分介绍了100例常见下消化道疾病的镜下所见和病情分析。每个病例均有彩图和线条图,兼有文字说明,通俗易懂,实用性强。可供广大医务人员和患者及其家属阅读。

图书在版编目(CIP)数据

下消化道疾病电子肠镜图析 100 例/梁浩主编;刘凡等
编著. —北京:金盾出版社,1995. 12

ISBN 7-5082-0103-5

I. 下… II. ①梁… ②刘… III. 肠疾病-内窥镜-诊断-图解
IV. R574. 04

金盾出版社出版、总发行

北京太平路5号(地铁万寿路站往南)

邮政编码:100036 电话:8214039 8218137

传真:8214032 电挂:0234

北京百花彩印公司印刷

各地新华书店经销

开本:787×1092 1/32 印张:7.5 彩页:119页 字数:168千字

1995年12月第1版 1995年12月第1次印刷

印数:1-11000册 定价:34.90元

(凡购买金盾出版社的图书,如有缺页、
倒页、脱页者,本社发行部负责调换)

目 录

概 述

一、电子肠镜	(1)
二、宾德电子肠镜的结构性能	(2)
三、肠镜操作方法	(4)
四、结肠镜检查前的准备	(7)
五、结肠镜检查的适应证、禁忌证与并发症	(10)
六、大肠的形态与位置	(14)
七、电子肠镜进入结肠各部位特点	(15)

病 例

一、结肠炎性疾病

病例 1 慢性直肠炎	(28)
病例 2 慢性直肠炎	(30)
病例 3 慢性直肠炎	(32)
病例 4 慢性乙状结肠炎	(34)
病例 5 慢性乙状结肠炎	(36)
病例 6 慢性乙状结肠炎	(38)
病例 7 慢性乙状结肠炎	(40)
病例 8 慢性直肠、乙状结肠炎	(42)
病例 9 慢性直乙交界处结肠炎	(44)
病例 10 乙状结肠吻合口炎	(46)

病例 11	短肠综合征	(48)
病例 12	降结肠一回肠吻合术后	(50)
病例 13	降结肠炎性隆起	(52)
病例 14	回盲部糜烂、出血	(54)
病例 15	回盲瓣糜烂、出血	(56)
病例 16	慢性结肠炎	(58)
病例 17	回肠末端滤泡增生性小肠炎	(60)
病例 18	回盲部滤泡样增生	(62)
病例 19	溃疡性结肠炎	(64)
病例 20	溃疡性结肠炎	(66)
病例 21	乙状结肠多发溃疡	(68)
病例 22	慢性非特异性溃疡性结肠炎	(70)
病例 23	溃疡性结肠炎	(72)
病例 24	溃疡性结肠炎	(74)
病例 25	溃疡性结肠炎	(76)
病例 26	回盲瓣表面孤立溃疡	(78)
病例 27	回盲瓣纵形溃疡	(80)
病例 28	回盲瓣结核	(82)
病例 29	回盲部克隆病	(84)
病例 30	慢性阑尾炎	(86)
病例 31	结肠黑变病	(88)
病例 32	结肠黑变病伴颗粒状增生	(90)
病例 33	回盲部、阑尾开口处粘膜黑变病	(92)
病例 34	结肠鞭虫病	(94)
病例 35	直肠外压性坏死	(96)

二、结肠憩室病

病例 36	回盲部多发憩室	(98)
病例 37	升结肠单发憩室	(100)
病例 38	升结肠多发憩室	(102)
病例 39	横结肠肝曲多发憩室	(104)
病例 40	横结肠憩室	(106)

三、结肠气囊肿

病例 41	降结肠脾曲气囊肿	(108)
病例 42	横结肠气囊肿	(110)

四、直肠、结肠息肉

病例 43	直肠单发息肉	(112)
病例 44	直肠息肉	(114)
病例 45	直肠息肉	(116)
病例 46	乙状结肠息肉电切术后	(118)
病例 47	乙状结肠息肉	(120)
病例 48	乙状结肠盘状广基息肉	(122)
病例 49	乙状结肠管状腺瘤样息肉	(124)
病例 50	乙状结肠单发息肉	(126)
病例 51	乙状结肠多发息肉电切术后	(128)
病例 52	乙状结肠巨大广基息肉	(130)
病例 53	降乙交界处息肉	(132)
病例 54	乙状结肠多发性息肉伴颗粒状增生	(134)
病例 55	降结肠桥状息肉	(136)
病例 56	降结肠珊瑚状息肉	(138)
病例 57	降结肠中部息肉	(140)

病例 58	降结肠多发息肉	(142)
病例 59	降结肠多发息肉电切术后	(144)
病例 60	降结肠脾曲巨大息肉	(146)
病例 61	降结肠息肉	(148)
病例 62	横结肠息肉	(150)
病例 63	横结肠有蒂息肉	(152)
病例 64	横结肠多发息肉	(154)
病例 65	横结肠有蒂息肉	(156)
病例 66	横结肠脾曲单发息肉	(158)
病例 67	横结肠肝曲多发息肉	(160)
病例 68	横结肠单发息肉	(162)
病例 69	横结肠脾曲息肉电切术后	(164)
病例 70	横结肠肝曲息肉并出血	(166)
病例 71	横结肠中段巨大息肉电切术后	(168)
病例 72	横结肠广基息肉电切术后	(170)
病例 73	横结肠巨大息肉电切术后	(172)
病例 74	升结肠息肉	(174)
病例 75	升结肠多发息肉	(176)
病例 76	升结肠息肉	(178)
病例 77	升结肠多发息肉	(180)
病例 78	回盲部溃疡、息肉	(182)
病例 79	阑尾开口处息肉	(184)
病例 80	结肠静脉曲张	(186)

五、直肠、结肠癌

病例 81	直肠癌	(188)
-------	-----------	-------

病例 82	直肠癌	(190)
病例 83	乙状结肠癌、癌旁息肉	(192)
病例 84	乙状结肠癌	(194)
病例 85	乙状结肠腺癌	(196)
病例 86	降乙交界处结肠癌	(198)
病例 87	降结肠息肉癌变	(200)
病例 88	降结肠息肉癌变	(202)
病例 89	降结肠癌	(204)
病例 90	横结肠中段癌	(206)
病例 91	横结肠息肉表面癌变	(208)
病例 92	横结肠中段癌	(210)
病例 93	升结肠腺癌	(212)
病例 94	升结肠溃疡癌变	(214)
病例 95	升结肠癌	(216)
病例 96	直肠类癌	(218)
病例 97	直乙交界处结肠类癌	(220)
病例 98	回盲部恶性淋巴瘤	(222)
病例 99	横结肠恶性淋巴瘤	(224)
病例 100	乙状结肠平滑肌肉瘤	(226)

概 述

一、电子肠镜

1983 年美国 Welch Allyn 公司研究出第一台医用电子内镜,从此开创了内镜的新时代。现在电子内镜的概念已不仅限于胃肠镜,还涉及气管镜、腹腔镜、胸腔镜、膀胱镜、胆道镜等众多领域。其特点是图像更加逼真和清晰,这有利于诊断水平的提高和开展各种内镜下的治疗。

电子肠镜的成像原理与电子胃镜一样,它保留了几乎所有纤维肠镜的主要结构。它的物镜及导像束是由体积极小的 CCD(多晶硅光敏集成电路组成的图像传感器)和电子导线所替代。电子肠镜以电信号捕捉被照物体的图像进行处理并还原成光信号,在监视器上显示出彩色图像。与电子肠镜相连接的有资料存贮系统、彩色打印系统、照像系统和录像系统,便于把所得到的影像记录下来,并可根据需要随时再现,也可将影像进行拍照,随时得到彩色照片或幻灯片,十分方便。

电子肠镜得到的影像更加清晰、细腻,很少失真,并可放大观察,其影像可以接近电影胶片的清晰度,因而可供很多人同时观看,对教学和会诊十分有利。

电子肠镜主机与计算机相连,可进行各种图像处理,并可进行三维显像,将病变立体化。对诊断、鉴别诊断等均极有意义,使肠镜的诊断水平进一步提高。

二、宾德电子肠镜的结构性能



图1 宾德电子肠镜原机图

PVE Video Colonoscope

EC-3801 series

Lightweight, graduated flexibility Video Colonoscope incorporating an extra large 3.8mm working channel providing incomparably clear, sharp images with remarkable ease of operation.



图2 肠镜部分

在重量、外径、活检管道、操作部、图像等方面都优于纤维肠镜

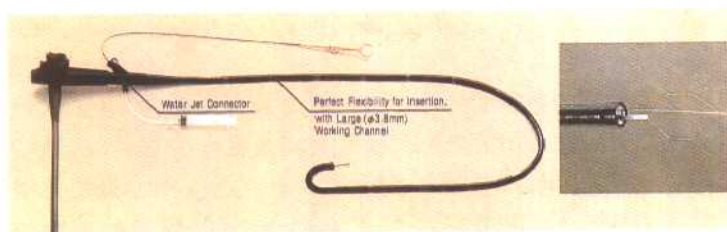


图3 镜身及活检管道

镜身的外径 12.8 毫米,活检管道 3.8 毫米

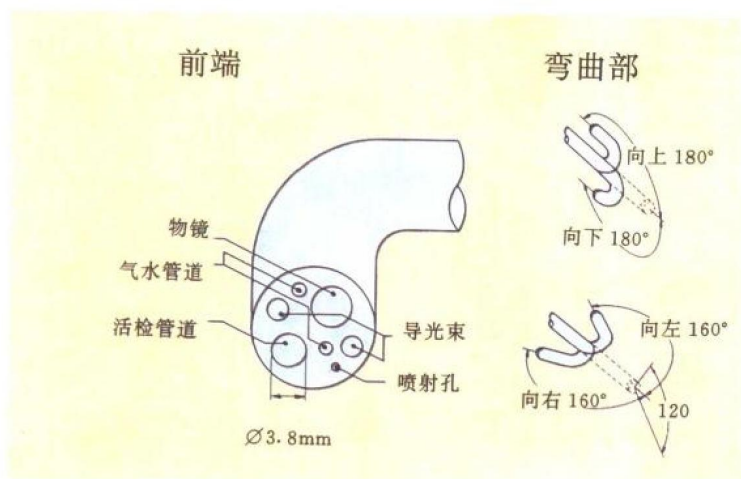


图4 弯头部分结构

三、肠镜操作方法

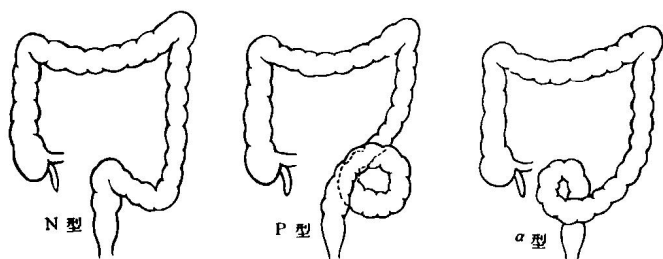
常规的肠镜检查，一般由术者和助手来完成。术者主施肠镜操作部，指挥助手缓慢进退镜身及实施操作手法。亦有熟练者，不需助手协助，单人操作肠镜而完成结肠检查。最初开展纤维肠镜检查时，通常在X线下进行，随着结肠镜的不断改进，操作技术的提高，现在大多数医院已不需X线的帮助而能顺利地完 成结肠镜的检查(图5)。

(一)乙状结肠

初学结肠镜者，最先遇到的难点大都在乙状结肠及降(结肠)乙(状结肠)交界处。此段结肠长、迂曲、游离度大，多数走行呈“N”型，少数呈“P”型或“α”型(图6)。有人评价：“如能顺利地通过乙状结肠，那么结肠镜检查的成功已有了70%的把握。”也就是说，在结肠镜的操作过程中，这一段的难度是最大



图 5 电子肠镜操作方法



乙状结肠基本走行示意图

图 6 乙状结肠基本走行示意图

的。目前一般采取以下 3 种方法来通过乙状结肠：

1. 循腔进镜法：此法的要领是利用角度钮的配合，使肠腔保持在视野内，循腔进入，到达降结肠。
2. 拉镜法：利用进退镜使肠管取直，防止结襻。反复注抽气，缓慢进退镜，使迂曲的肠管取直再进入镜身。P 型走行者

在循腔进镜失败后,一般要作顺钟向旋转退镜后再循腔进镜; α 型走行者往往带圈达降结肠脾曲后,退镜结合旋镜才能使肠管取直。

3. α 翻转法:此法在早期结肠镜前端成角 120° 时常用,目前的结肠镜前端成角 $>180^\circ$,结合拉镜法的广泛应用, α 翻转法已很少使用。此法的要领是当肠镜前端弯曲成角时,助手隔着腹壁将镜头从左侧腹扳向右侧腹,边扳边逆钟向旋转镜身,使旋转操纵部达 180° 。

(二)横结肠及肝曲

初学者一般遇到的第二个难点大都在横结肠及肝曲,一般需用取直法或结圈法来通过。

1. 取直法:一般在横结肠过长并有下垂时采取与拉镜法大致相同的手法,缓慢退镜并抽气,使肠腔尽可能地套上镜身,在镜头后退时有时需助手顶推下垂的横结肠,使镜身拉平、取直,再缓慢地循腔进镜。

2. 结圈法:此法有顺钟向反 γ 结圈法,和逆钟向正 γ 结圈法两种。前法是采用反 γ 结圈使镜头从右中下腹经右侧腰区向上,再从右前方向内后方弯过肝曲进入升结肠。后法是循逆钟向正 γ 结圈,循腔进镜从横结肠下方弯向脾曲方向,利用横结肠结圈来加大肝曲与脾曲的角度。结圈法一般常需助手做防襟操作。

(三)进镜的基本原则

根据我们操作结肠镜的经验,可总结为:循腔进镜,去弯取直,减少滑进,反复抽吸,以退求进,以慢获成。

应当指出的是,病人的个体差异很大,情况千变万化,上述各种手法在操作中并不是绝对的,常常是几种方法的不全结合,这全凭操作者和助手的经验,特别是术者的基本功训

练。在电子肠镜的基本功训练方面包括：找腔、跟腔、滑进、定位、拉镜、旋镜、结圈、防襻、变换体位等。

四、结肠镜检查前的准备

在进行结肠镜检查时，除了要掌握好其适应证和禁忌证外，充分而恰当的术前准备是检查成功的关键。术前准备包括饮食准备、肠道准备、器械准备、术前用药等，但以肠道准备最为重要。肠道的清洁程度关系到进镜的顺利、病变观察的准确及整个检查的成功与否。

(一)饮食准备

检查前 2~3 天开始进食少渣低脂的细软饮食，最好为半流质饮食。检查当天早上禁食，但可适当进食含糖液汁，以防发生低血糖而不能耐受检查。

(二)肠道准备

1. 泻剂灌肠法：检查前一天晚上口服蓖麻油 25~30 毫升或硫酸镁 25 克；也可用番泻叶 10~15 克泡茶饮用，再饮水 1000 毫升左右，3~4 小时内可腹泻数次。检查前 2 小时用 38℃ 左右的温开水 1000 毫升灌肠 2~3 次或更多，直至排出少许粪渣为止。泻剂不可用石蜡油，因可使肠镜弯角部的橡胶老化。灌肠不可用肥皂水或盐水，因刺激肠粘膜而使其充血。本法因较麻烦，目前大多数医院已不用，但对于小儿较适合。

2. 泻法

(1)大承气汤：枳实、厚朴各 9 克，加水 500 毫升，文火煎 2 小时，再加入大黄 9 克，最后加芒硝 9 克，将药液分成 2 份，于检查前一天晚及当天晨各服 1 次，再大量饮水，2~3 小时后即可腹泻至清水样便为止。此法因较复杂，故亦很少采用。

(2) 电解质溶液：亦称高渗透压性泻法。在 3000 毫升开水中加氯化钠 6.14 克，碳酸氢钠 2.94 克，氯化钾 0.75 克。检查前 3 小时以每 5 分钟 250 毫升的速度，在 30~60 分钟内全部饮完。原理为大量高渗溶液进入肠道，短时间内不被吸收而排出。本法方便，肠粘膜不受任何影响，但饮水量太大，有些患者不能耐受，尤其对心肾功能不全及高血压患者应禁用。

(3) 甘露醇法：检查前 2~3 小时口服 20% 甘露醇 250 毫升，然后快速饮用糖水或 5% 糖盐水 500~1000 毫升，半小时后即开始腹泻。主要由于高渗溶液使肠腔形成高渗环境而腹泻。此法服用量小，患者易于接受。但溶液在肠道内易被细菌分解产生易燃性氢气，在行电切手术时有引起爆炸的危险。如准备行电凝、电切术，而无充 CO₂ 或 N₂O 等惰性气体的条件时，应禁忌使用。

(4) 果导硫酸镁导泻法：检查前 2 天每晚口服果导 2 片，检查前 2~3 小时口服 50% 硫酸镁 60~70 毫升，继之饮自配的盐糖水或开水 1500~2000 毫升，不久即腹泻至水样便为止。本法简便，患者易于接受，效果良好，目前为较多医院采用。

3. 开塞露法：主要用于直肠、乙状结肠镜检查，检查前用开塞露 2~4 支直接注入直肠内，忍耐片刻后排便，效果较满意。

(三) 术前用药

1. 镇静止痛剂：主要用于精神过度紧张、耐受性差或病情需要者。术前酌情肌注安定 10 毫克或度冷丁 50~100 毫克。目前由于器械和操作技术的改进和提高，患者痛苦已明显减少，故已很少应用。

2. 解痉剂：可抑制肠蠕动，解除肠痉挛，有利于插镜、寻

找病变及治疗。但因药物延长检查后的腹胀时间,目前基本不用,尤其对青光眼、前列腺肥大及尿潴留者忌用。对肠道明显痉挛的患者可于术前半小时肌注阿托品 0.5 毫克或 654-2 10 毫克;也可以用维生素 K₃ 8~16 毫克或心痛定 10 毫克含服代替。

3. 麻醉剂:主要用于小儿不能合作者,尤其 6 岁以下的儿童需要在全麻下进行。常用氯胺酮 4~6 毫克/公斤肌内注射,使其迅速进入麻醉状态而顺利完成检查。该药安全可靠、方便、苏醒早、副作用小,在各家医院的临床实践中效果满意,未发生任何麻醉意外。但应有麻醉科医生配合及必要的生命体征监测;能合作的年长儿可联合应用阿托品、安定及度冷丁肌注;对个别成年患者,耐受性差,结肠过长,镇痛剂无效,可用芬太尼 0.1 毫克、氟哌啶 5 毫克加入 5% 糖盐水 500 毫升中静脉滴注,保持浅睡眠状态,待肠镜插至回盲部后停用。但要注意发生穿孔及其它并发症的危险性。

(四)器械准备

本书介绍的 100 例图像是使用日本宾德公司生产的电子肠镜 EC-3801F 完成的。器械准备的内容,主要有:

1. 结肠镜准备:将接头插在光源插座上,接上贮水瓶、吸引器。检查光源、给气水、吸引器抽吸情况及电子监视系统、屏幕影像显示情况。

2. 附属器械:准备好活检钳、细胞刷、注射器、高频电发生器装置、圈套器、电凝器、录像机及照相机等,并检查其功能是否正常。

3. 其它:准备好检查报告单、病理申请单、纱布、活组织标本瓶、固定液、活检纸片、手套、检查裤、清洗消毒液、润滑液及止血药。润滑液一般只能用硅油或甘油,但可用 1% 地卡因