

主编 于中麟 金瑞

消化内镜

诊疗学图谱

山东科学技术出版社

消化内镜诊疗学图谱

主 编 于中麟 金 瑞

山东科学技术出版社

消化内镜诊疗学图谱

主 编 于中麟 金 瑞

*

山东科学技术出版社出版
(济南市玉函路 邮政编码 250002)

山东科学技术出版社发行
(济南市玉函路16号 电话 2014651)

山东人民印刷厂印刷

*

787 × 1092 毫米 16 开本 12.5 印张 4 插页 260 千字
1999 年 7 月第 1 版 1999 年 7 月第 1 次印刷

印数 1—2000

ISBN 7—5331—1945—2
R·568 定价 160.00 元

图书在版编目(CIP)数据

消化内镜诊疗学图谱 / 于中麟编著. — 济南: 山东科学技术出版社, 1999.6
ISBN 7-5331-1945-2

I. 消… II. 于… III. 消化系统疾病—内窥镜检—图谱
IV. R570.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字: (1999) 第 15598 号

山东省泰山科技专著出版基金会

- 名誉会长 赵志浩 宋木文 陆懋曾 伍杰
卢鸣谷 董凤基 宋法棠
- 会长 陈光林 石洪印
- 副会长 宋桂植 何宗贵 吕可英 车吉心
孙肇琨 王为珍(常务副会长)
- 秘书长 王为珍(兼)
- 副秘书长 尹兆长
- 理事 (以姓氏笔画为序)
王为珍 王凤起 尹兆长 刘韶明
李道生 李德泉 张传礼 陈刚
蒋玉凤
- 评审委员会 (以姓氏笔画为序)
王思敬 卢良恕 师昌绪 吴阶平
杨乐 何祚庥 汪成为 高景德
唐敖庆 蔡景峰 戴念慈

山东省泰山科技专著出版基金会 赞助单位

- 山东省财政厅
山东省出版总社
山东省科学技术委员会
山东科学技术出版社
山东泰山酿酒饮料集团总公司
董事长兼总经理 张传礼
山东金泰集团股份有限公司
董事长兼总裁 刘黎明

主 编 于中麟 金 瑞

副主编 杨昭徐 张泰昌 于永征 王法成 梁 浩

参加编写人员 (按姓氏笔画排列)

| | | |
|---------|----------------|--------|
| 于中麟 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 教 授 |
| 于永征 | 首都医科大学附属北京友谊医院 | 主任 医师 |
| 王世鑫 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 主任 医师 |
| 王法成 | 北京煤炭总医院 | 副主任 医师 |
| 方 楨 | 天津医科大学附属第三医院 | 教 授 |
| 尹朝礼 | 同济医科大学附属同济医院 | 教 授 |
| 冯福才 | 第二军医大学附属南方医院 | 教 授 |
| 李学甫 | 北京空军总医院 | 主任 医师 |
| 李增灿 | 中国人民解放军第211医院 | 主任 医师 |
| 杨昭徐 | 首都医科大学附属天坛医院 | 教 授 |
| 张小晋 | 北京积水潭医院 | 副主任 医师 |
| 张齐联 | 北京医科大学第一附属医院 | 教 授 |
| 张泰昌 | 首都医科大学附属宣武医院 | 教 授 |
| 陆星华 | 协和医科大学北京协和医院 | 教 授 |
| 金 瑞 | 首都医科大学北京佑安医院 | 主任 医师 |
| 徐采朴 | 第三军医大学附属西南医院 | 教 授 |
| 曹志军 | 北京市垂杨柳医院 | 副主任 医师 |
| 梁 浩 | 中国人民解放军总医院 | 主任 医师 |
| 程留芳 | 中国人民解放军总医院 | 教 授 |
| 绘 图 白 杰 | 解放军总医院 | |

我们的希望

进行现代化建设必须依靠科学技术。作为科学技术载体的专著，正肩负着这一伟大的历史使命。科技专著面向社会，广泛传播科学技术知识，培养专业人才，推动科学技术进步，对促进我国现代化建设具有重大意义。它所产生的巨大社会效益和潜在的经济效益是难以估量的。

基于这种使命感，自1988年起，山东科学技术出版社设“泰山科技专著出版基金”，成立科技专著评审委员会，在国内广泛征求科技专著，每年补贴出版一批经评选的科技著作。这一创举已在社会上引起了很大反响。

1992年，在山东省委、省政府的支持下，在原“泰山科技专著出版基金”的基础上，由山东省出版总社、山东省科学技术委员会和山东科学技术出版社共同成立了“山东省泰山科技专著出版基金会”，并得到企业界的热情赞助，为资助学术专著的出版提供了更加可靠的保证。

但是，设基金补助科技专著出版毕竟是一件新生事物，也是出版事业的一项改革。它不仅需要在实践中不断总结经验，逐步予以完善；同时也更需要社会上有关方面的大力扶植，以及学术界和广大读者的热情支持。

我们希望，通过这一工作，高水平的科技专著能够及早问世，充分显示它们的价值，发挥科学技术作为生产力的作用，不断推动社会主义现代化建设的发展。愿基金会支持出版的著作如泰山一样，耸立于当代学术之林。

泰山科技专著评审委员会

1992年12月

序 言

消化内镜在我国正日益普及，尤其近年来，不仅在诊断方面，更在治疗方面有迅速的发展，消化内镜工作者也在实践中积累了宝贵的经验和丰富的资料。收集整理这些经验和资料对推动消化内镜的发展是十分有益和必要的。

在于中麟教授倡导和组织下，以首都医科大学消化病协作组为主体，国内十余名著名消化内镜专家共同努力，潜心撰写，经过数年的努力，《消化内镜诊疗学图谱》终于问世。这是我国第一部资料完整、诊断与治疗兼顾、理论与操作并重、临床实用性强，利于初学消化内镜或进修的医师以及消化内科医师理解和直观性强的高层次内镜专业参考书。本书的独特之处在于所有病变彩照均有相应的示意图，并附有文字说明与标注，颇有特色。

我相信，本书的出版必将有助于我国消化内镜工作的蓬勃发展。



1998年7月

前 言

消化内镜学在我国已开展25年之久,其发展过程中经历了光纤内镜、电子内镜和治疗内镜三个阶段。电子内镜的照片及诊断观察操作皆优于光纤内镜。临床上积累了很多有意义的经验及照片。消化内镜肉眼所见只通过文字形容,难使大家理解一致,而图谱起到百闻不如一见的作用,特别关系到诊断标准及疗效评定时更为重要。本书还搜集了近年的国际诊断标准,以表格的方式,可减少读者的宝贵时间。故这也是一本有益的参考书。

本书经过三年的努力,通过全国19位专家提供的照片,撰写成册,且汇集诊断与治疗两部分为一体,共计八章,照片500余幅。在每一张照片旁均绘制了示意图,以利于读者理解。此种编写风格在国内尚属新的尝试。图中照片大部分为电子内镜的照片,少数保留有光纤内镜的照片。随着国内电子内镜的普及,相信在今后还会编写出更好的图谱供广大内镜工作者及初学者阅读。

本书出版得到山东科学技术出版社山东省泰山科技专著出版基金会的大力支持,在编辑过程中宋涛同志付出了心血,同时在绘图方面得到白杰同志的合作,在此一并表示感谢。

于中麟

1999年5月

目 录

| | |
|--------------------|-------|
| 第一章 食管部分 | (1) |
| 1.1 概述 | (1) |
| 1.2 食管炎 | (4) |
| 1.3 食管裂孔疝 | (9) |
| 1.4 Barrett食管 | (12) |
| 1.5 食管静脉曲张 | (13) |
| 1.6 食管良性肿瘤 | (18) |
| 1.7 食管恶性肿瘤 | (22) |
| 1.8 贲门失弛缓症 | (29) |
| 1.9 食管其他疾患 | (31) |
| 第二章 胃部分 | (36) |
| 2.1 胃的解剖 | (36) |
| 2.2 胃的正常内镜下表现 | (37) |
| 2.3 慢性胃炎 | (41) |
| 2.4 胃溃疡 | (46) |
| 2.5 胃癌 | (52) |
| 2.6 其他胃恶性肿瘤 | (62) |
| 2.7 胃良性肿瘤 | (64) |
| 2.8 胃其他病变 | (69) |
| 第三章 十二指肠部分 | (75) |
| 3.1 十二指肠的解剖 | (75) |
| 3.2 正常十二指肠像 | (75) |
| 3.3 十二指肠炎 | (76) |
| 3.4 十二指肠溃疡 | (79) |
| 3.5 十二指肠肿瘤 | (89) |
| 3.6 十二指肠憩室 | (94) |
| 3.7 十二指肠寄生虫 | (95) |
| 3.8 十二指肠其他病变 | (97) |
| 第四章 胰胆部分 | (99) |
| 4.1 逆行胰胆管造影术(ERCP) | (99) |
| 4.2 正常胰胆管像 | (103) |
| 4.3 胰腺分裂症 | (104) |
| 4.4 环形胰腺 | (105) |

| | |
|-----------------------|--------------|
| 4.5 胰腺疾病····· | (106) |
| 4.6 胆道疾病····· | (108) |
| 第五章 大肠部分 ····· | (113) |
| 5.1 概述····· | (113) |
| 5.2 肠道炎症····· | (120) |
| 5.3 大肠肿瘤····· | (135) |
| 5.4 大肠其他疾病····· | (146) |
| 第六章 内镜超声 ····· | (149) |
| 6.1 内镜超声简介····· | (149) |
| 6.2 食管的内镜超声····· | (149) |
| 6.3 胃的内镜超声····· | (152) |
| 6.4 胰胆疾患····· | (156) |
| 6.5 直肠····· | (160) |
| 第七章 色素内镜 ····· | (162) |
| 7.1 方法····· | (162) |
| 7.2 色素种类····· | (162) |
| 第八章 内镜治疗 ····· | (166) |
| 8.1 食管静脉曲张出血治疗····· | (166) |
| 8.2 消化道癌的内镜治疗····· | (168) |
| 8.3 内镜下胆管内外引流术····· | (174) |
| 8.4 胃息肉切除术····· | (176) |
| 8.5 十二指肠乳头切开与取石术····· | (177) |
| 8.6 胃、食管粘膜大活检术····· | (180) |
| 8.7 经内镜取出上消化道异物····· | (180) |
| 主要参考文献 ····· | (185) |

第一章 食管部分

1.1 概 述

食管观察由悬雍垂、舌根部开始。熟悉会厌、声带、左右梨状窝的正常形态，这些部位的症状有时和食管疾病难以区分。

从软腭到会厌上缘水平面为口咽部，经咽峡与口腔相通呈直角。内镜自口腔插入该区时须向下屈曲才能顺利通过。如弯曲不够、用力过猛可损伤咽后壁、造成出血及咽后脓肿。

喉咽部又称下咽部，起于会厌上缘，下达环状软骨下缘，相当于第六颈椎高度，下与食管相连，后壁与口咽部后壁相连，前壁附着于舌骨和甲状软骨，隔会厌与气管相邻，如进镜时过于弯曲镜端可误入气管。在喉咽部两侧有梨状窝。如内镜前端左右方向未置正中，常易滑入此窝，由于食管口前方有向后压迫的环状软骨，后方有颈椎及收缩凸起的环咽肌，其间狭窄。当头部后伸过度时由于颈椎前凸明显，此腔更为狭窄，内镜插入时常在此处受阻。此时应嘱患者做吞咽动作使咽肌松弛、食管开放，随患者吞咽动作缓慢进镜，可顺利通过此狭窄。如进镜动作用力过猛可造成损伤、引起术后咽喉痛乃至穿孔。

食管上起第六颈椎水平、环状软骨下缘，沿脊柱前方气管后方下行，通过膈肌食管裂孔进入腹腔，于第十一胸椎水平处与贲门相接，成人食管平均25厘米长，管径2厘米。全程有三个生理性狭窄区：食管入口处、主动脉弓及左主支气管横跨食管前壁处、食管穿膈处。狭窄部位最易损伤、异物最易停留，癌肿也多发生于此。

由心脏引起的压迫通常在距门齿35厘米左右的前壁，呈搏动性，当右心房扩张时，可引起食管的受压狭窄，而且由于该处的明显搏动，影响观察，微小病变容易遗漏。

根据食管所在的位置，将食管分为颈、胸、腹三段。胸部食管又可分为上、中、下三段，但从内镜检查角度出发，还是将食管全程分为上、中、下三段较为实用。

在食管与胃连接部粘膜有一不规则的白色界线称为齿状线(Z线)，此处粘膜形态因人而异，特别是伴有贲门功能不全者。观察时对位置、色泽、形态的变化宜较详细记录以便追踪随访。

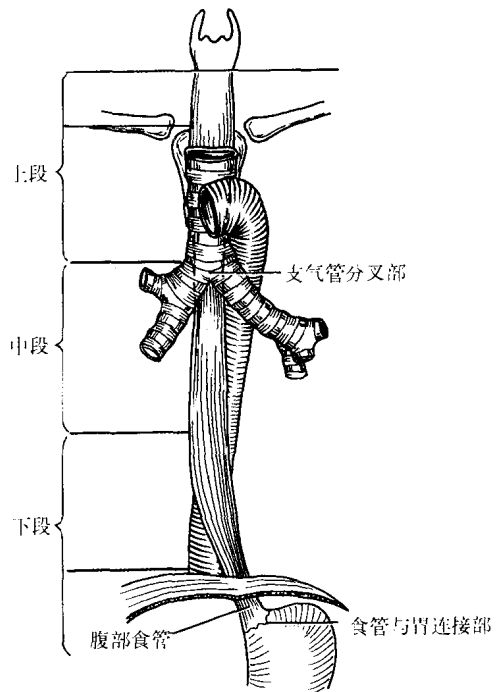


图 1.1 食管示意图

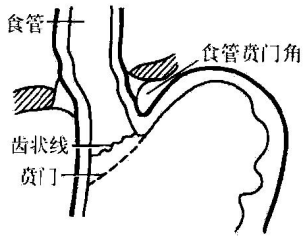


图 1.2 食管贲门连接部图

食管与胃连接部有一个4厘米长高压带,可防止胃内容物逆流至食管。其形成可能与食管下段括约肌功能有关。食管与胃的长轴所成的锐角叫做食管贲门角(His角)。在胃手术后,His角增大,可导致食管裂孔疝及反流性食管炎。

食管壁具有消化管道典型的组织结构。粘膜表面是复层扁平上皮(鳞状上皮),粘膜下层由疏松结缔组织组成。食管肌有内环、外纵两层,上1/3为骨骼肌,下1/3为平滑肌,中1/3为两种肌纤维混杂存在。食管外层由疏松结缔组织组成,表面无浆膜上皮覆盖。食管粘膜与胃粘膜的显著不同是食管粘膜内腺体很少,仅有两种小型腺体。食管腺位于食管

上1/3之粘膜下层内,数量较少,腺细胞为典型的粘液腺细胞;贲门腺大都位于贲门附近的固有层内,细胞呈单层柱状或立方。由于食管腺甚少,因而食管的肿瘤大多为鳞状上皮癌。食管粘膜下有0.5~1毫米大小的静脉丛并与食管静脉相交通,在门脉高压时,可见明显的静脉曲张。

1.1.1 食管的正常内镜像

正常食管粘膜呈淡红色、淡黄色或淡黄白色,与橘红色的胃粘膜相比,其色调淡,光泽度低。食管粘膜色彩与所用的内镜性能及光源的明暗有很大关系。不同部位的食管粘膜色调亦略有差异,颈部食管稍呈红色,胸部食管偏白,腹段偏黄。若某一部位血管增多,则粘膜色调亦偏红。

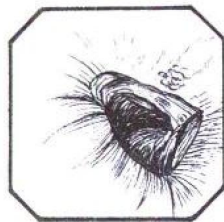
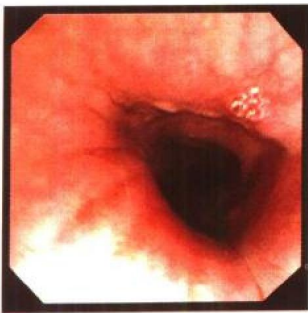


图 1.3 正常食管内镜像

有比较明显的毛细血管网,有时可见到较粗的血管。

食管粘膜有比较明显的毛细血管网,有时还能见到位于肌层稍粗的血管。正常食管的血管走行是,上段呈纵行,中段呈树枝状,下段呈纵行。



图 1.4 食管粘膜血管走向示意图

图 1.5 正常食管内镜像

食管下段粘膜有比较明显的毛细血管网，呈纵行走向。

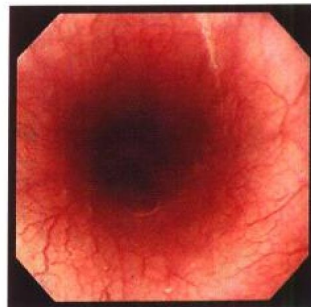
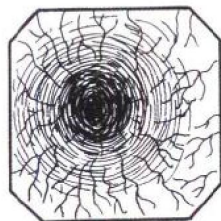
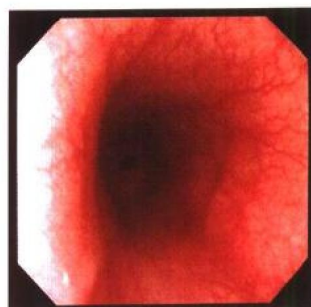
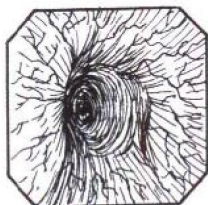


图 1.6 正常食管内镜像

食管中段粘膜可见树枝状毛细血管。



1.1.2 正常齿状线形态

食管下段的血管排列较密，因而在内镜检查中可以根据血管形态及排列方向的变化，来作为诊断的一个指标。在食管胃连接部，淡红色的食管粘膜与橘红色的胃粘膜有明显的分界线。在内镜下齿状线呈比较规则的圆弧形，但也可呈不规则蝶型、锯齿型、半岛型及升降型等。

图 1.7 正常齿状线内镜像

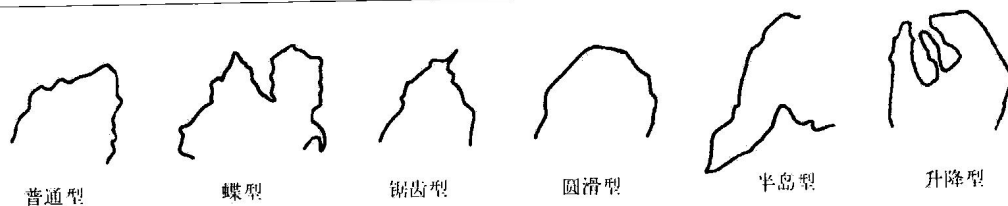
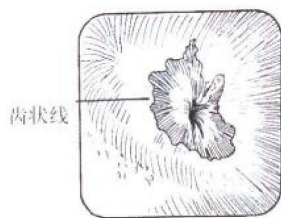


图 1.8 不同齿状线的形态

食管的蠕动运动较明显,收缩时可见到几条纵行走向的粘膜皱襞,在中段以下还可见到环状收缩轮。

在食管的三个生理狭窄中,以左侧支气管压迫较为明显,在充分充气时,此处有类似一堤坝样隆起,因该处有大血管,故还可见到明显的搏动。

1.2 食管炎

1.2.1 反流性食管炎

临床主要症状为烧心及酸性食物反流的感觉。内镜下可见食管下段粘膜充血、较脆、触之易出血,表面有糜烂及溃疡。病程较长时可有较深的慢性溃疡,粘膜呈颗粒状。本病常见于食管或胃手术后以及食管裂孔疝等疾病。诊断除结合病史及内镜所见外,还可作酸滴注试验,测定食管压力、食管内pH值。

1992年8月中华消化内镜学会在通化市拟定了反流性食管炎的内镜诊断标准:

轻度:红色条纹或红斑累及食管下1/3。

中度:糜烂小于1/2食管周围,仅累及食管中下段。

重度Ⅰ级:糜烂累及大于1/2食管周围或已累及上段或已形成溃疡小于1/3食管周围。

重度Ⅱ级:溃疡累及大于1/3食管周围。

重度并发症:狭窄,缩短,Barrett食管。

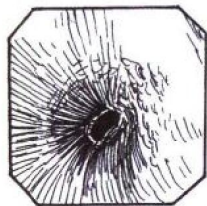
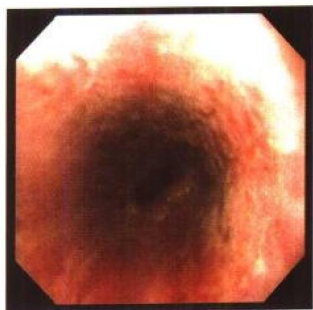


图 1.9 轻度反流性食管炎
食管下段粘膜呈红色条纹状充血。

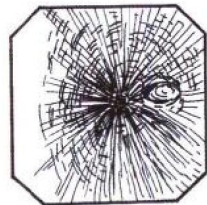
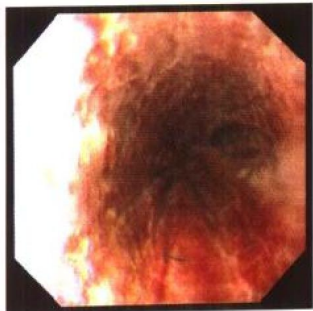


图 1.10 轻度反流性食管炎
粘膜轻度充血,渗出糜烂,附着反流粘液,触碰易出血。

图 1.11 轻度反流性食管炎

食管下段表面血管增多，粘膜弥漫性充血发红。

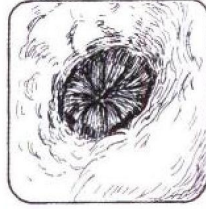


图 1.12 中度反流性食管炎

中下段食管壁粘膜糜烂，面积小于1/2食管周围，组织脆，触碰易出血。

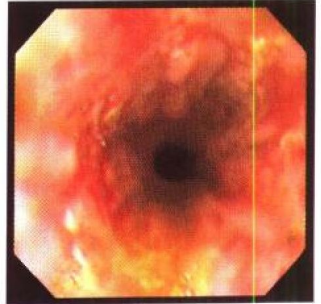
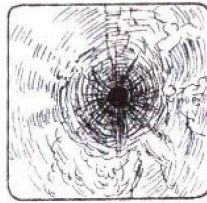


图 1.13 中度反流性食管炎

食管中下段粘膜充血，糜烂面较局限，小于1/2食管周围。

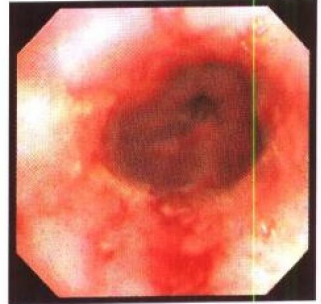
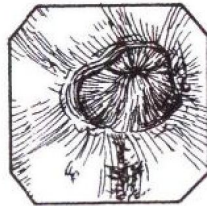
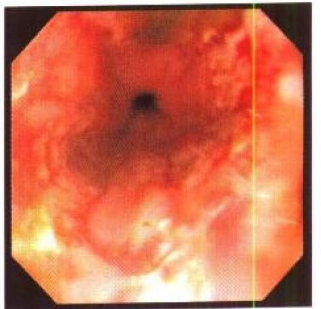
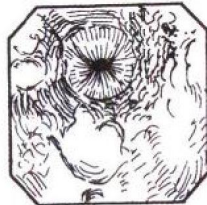


图 1.14 中度反流性食管炎

食管中下段粘膜糜烂，红色条纹状充血，以右后壁为甚，内镜活检有助于诊断。



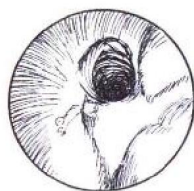
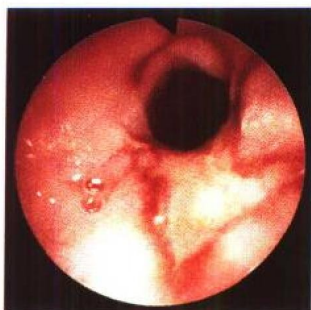


图 1.15 重度反流性食管炎 I 级
粘膜充血、部分区域粘膜糜烂。

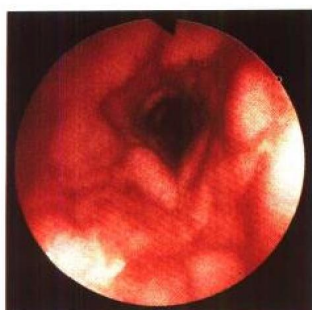


图 1.16 重度反流性食管炎 II 级
粘膜充血水肿，反光增强，全周食管糜烂。

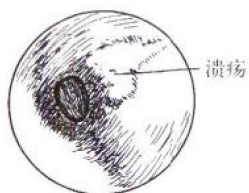


图 1.17 重度反流性食管炎 I 级
贲门上方可见粘膜覆盖黄色粘液，不规则缺损、溃疡、充血，尚未完全累及食管全周。

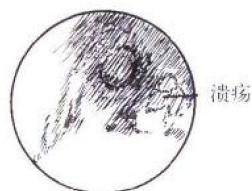
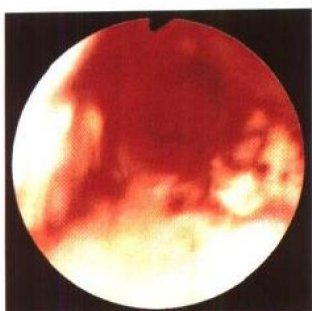


图 1.18 重度反流性食管炎 II 级
食管粘膜大面积溃疡，1/2 周围圈附白苔，溃疡周边粘膜充血、水肿。