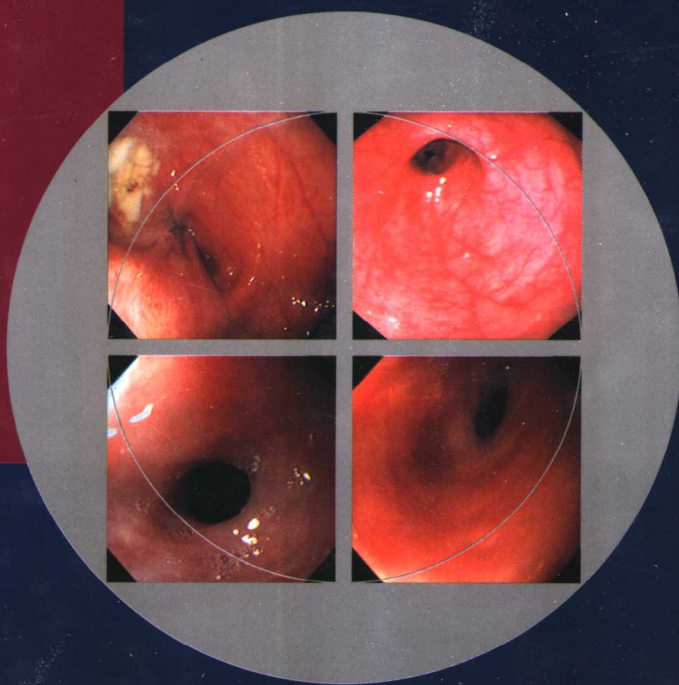


内镜诊断与 鉴别诊断图谱

NEIJING ZHENDUAN
YU JIANBIE
ZHENDUAN TUPU

上消化道

主编 [日] 芳野纯治 浜田 勉 川口 实
主译 孙明军 王轶淳 汪 旭



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

R570.4-64
F283



郑州大学 *04010176376Z*

内镜诊断与鉴别诊断图谱

上消化道

- 主编** 芳野纯治 藤田保健卫生大学第2医院内科
浜田 勉 社会保险中央综合医院内科
川口 实 东京医科大学第4内科
编者 村田洋子 东京女子医科大学消化病中心内镜科
芳野纯治 藤田保健卫生大学第2医院内科
内田善仁 香川医科大学综合诊疗部
铃木 茂 东京女子医科大学消化病中心内镜科
小原胜敏 福岛县立医科大学第2内科
林 和彦 东京女子医科大学消化病中心消化外科
三坂亮一 东京医科大学第4内科
川口 实 东京医科大学第4内科
下屋正则 自卫队中央医院内科
浜田 勉 社会保险中央综合医院内科
八卷悟郎 东京都癌症检诊中心内科
松井敏幸 福岡大学筑紫医院消化科
吉村 平 三重大学检查医学
北台靖彦 广岛大学光学医疗诊疗部
田中信治 广岛大学光学医疗诊疗部
春间 贤 广岛大学第1内科
若林贵夫 藤田保健卫生大学第2医院内科
小林 隆 藤田保健卫生大学第2医院内科
中村常哉 爱知县癌症中心内镜科
东 馨 东京显微镜院内科
加地文也 东京都设计事务所健康检诊中心
近藤健司 社会保险中央综合医院内科
奥田圭二 社会保险中央综合医院放射线科
大野博之 东京医科大学第4内科
齐藤 聪 东邦大学大桥医院第3内科
鴫田博美 东京医科大学第3内科
齐藤利彦 东京医科大学第4内科

(按姓氏笔画顺序)

- 主译** 孙明军 王轶淳 汪 旭
译者 孙明军 王轶淳 汪 旭 刘晓东 庞 影
主审 傅宝玉

辽宁科学技术出版社



Qian 76/02

Translation and adaptation of the first Japanese language edition.
Copyright 2001 by Igaku-Shoin Ltd., Tokyo.

本书中文版由日本医学书院授权辽宁科学技术出版社独家出版发行。

著作权合同登记号: 06-2002 第 016 号

版权所有·不得翻印

图书在版编目(CIP)数据

内镜诊断与鉴别诊断图谱: 上消化道 / (日) 芳野纯治, 浜田 勉, 川口 实主编; 孙明军等主译. - 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2003.7

ISBN 7-5381-3908-7

I. 内… II. ①芳… ②浜… ③川… ④孙…

III. 内窥镜-应用-消化系统疾病-鉴别诊断-图谱

IV. R57-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 000524 号

出 版 者: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路 25 号 邮编: 110003)

印 刷 者: 沈阳新华印刷厂

发 行 者: 各地新华书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

字 数: 460 千字

印 张: 20.75

插 页: 4

印 数: 1~3000

出版时间: 2003 年 7 月第 1 版

印刷时间: 2003 年 7 月第 1 次印刷

责任编辑: 宋纯智

封面设计: 庄庆芳

插 图: 袁 舒

版式设计: 于 浪

责任校对: 杨余庆 东 戈

定 价: 180.00 元

联系电话: 024-23284360

邮购咨询电话: 024-23284502

E-mail: lkzzb@mail.lnpgc.com.cn

http://www.lnkj.com.cn

进入 21 世纪, 消化系统疾病诊断的发展方向如何? 回首科学技术的进步给诊断学带来的发展, 还有很多尚需完善的方面。成功是在总结过去积累的很多资料的基础上逐步实现的。

诊断的过程是详细分析临床资料并进行综合判断的过程。本书详细地讲解了如何从内镜下所见来进行诊断。即, 看到病变后, 如何抓住其特征, 如何把病变的特征与病名联系起来, 从而与其他疾病相鉴别, 最终做出正确的诊断。即使是同一种疾病, 也会有很多特征性所见, 其诊断的切入点也不同。本书详尽地列出内镜下的照片, 结合照片讲解鉴别诊断的过程。

从镜下的所见进行诊断是临床经常做的事情, 但是并没有形成系统化, 而且如果想接触各种各样的疾病, 需要很多的时间和精力。大学期间想接受这样的教育几乎是不可能的, 在研修期间很快地学会的机会也是不多的, 因此, 我们想编辑这本与临床联系紧密、系统性很强的书, 而且得到了很多同仁的全力支持。尤其是第 5 章“从镜下所见到诊断”的著者, 在临床的百忙工作中提供了非常详尽的照片和说明, 本书的顺利出版就是这些努力的结晶。

而且本书尽量把疾病总结得简单明了, 并提出治疗的基本原则, 以方便广大读者在百忙中阅读。本书的目的是把重要的疾病以及日常临床工作中经常遇到的疾病无一遗漏地展现给读者, 而且尽可能地总结了一些临床罕见的疾病, 因此不仅在临床方面有意义, 我们在编辑的时候, 将疾病名 (包括英文名) 与有关的上消化道的知识进行了整理, 使本书也具有辞典的功能。在其他章节中也尽可能地把与上消化道内镜有关的基本知识进行了讲解。本书是把内镜下所见作为着眼点, 在这方面可以说是前所未有的。如果在读者的日常临床工作中能够发挥作用的话, 我们作为编者将非常高兴。借此机会, 向为本书做出了很大贡献的各位著者表示最崇高的谢意。

在此, 特向八尾恒良教授深表谢意。每次召开学会或者研究会的时候, 八尾恒良教授总是给予我们很多的鼓励, 如果没有八尾恒良教授的鼓励, 本书很难出版。我们也向为本书的出版做出了很多复杂、细致工作的医学书院的荻原足穗和重 嘉仁二位先生致以深深的谢意。

芳野纯治 浜田 勉 川口 实
2001 年 4 月

随着科学技术的不断发展和深入,内镜学也取得了长足的进步,这为消化系统疾病的诊断、治疗开辟了一条广阔的新途径,使很多过去难以诊断的疾病在内镜下得到确诊。通过开展内镜下治疗的新技术新疗法,取代了一些疾病的手术治疗,使这些病人免受手术之苦,因此内镜学已经发展成专业性很强的一门新学科。内镜专业的技术队伍也在不断壮大,加之内镜专业的学术研究发展很快,新的诊疗方法层出不穷,无论是普及或者知识更新的需要,一本好的内镜专业书,都是广大内镜专业工作者所渴求的。

孙明军教授多年来从事内镜专业工作,曾在日本专门研修过内镜和超声内镜,有坚实的内镜专业知识和理论基础,也有较丰富的临床内镜诊疗工作经验。他们结合自己的工作经验和临床工作的需求,把芳野纯治等著的日文《内镜诊断与鉴别诊断图谱》翻译成中文出版,奉献给广大内镜专业工作者。孙明军请我作序,我全部阅读了此书之后,感到这是一本非常系统、全面、内容丰富的内镜专业书。其基础部分包括内镜检查相关解剖、内镜学基础知识、内镜检查的适应证、禁忌证、并发症及其处理、术前准备、内镜检查的具体操作方法等。其特色是通过解剖图、模式图、内镜所见图像相对照,加以文字说明,使读者阅后一目了然。这部图谱对于初学者更是一本难得的内镜教材。此书内镜诊断和治疗部分,图文并茂,病种齐全,一些少见病种几乎都被列入,图像真实、清晰,还包括组织病理图像及系统的疾病治疗篇等,其内容之全面、丰富、系统,不论是对初学者,还是对有一定内镜工作经验的医生,都是非常好的专业参考书。所以我把此书推荐给广大读者,希望广大内镜工作者通过参阅本书,互相交流,切磋讨论,开展必要的协作,对消化系统疾病的诊断治疗作出新的贡献。

中国医科大学附属第一医院

消化科教授 傅宝玉

2002年12月

本书的使用方法

● 第1章至第4章

介绍了在消化系统内镜检查中的基本要求，食管、胃、十二指肠的解剖以及内镜下的正常所见、内镜的历史、内镜检查的基本操作。

● 第5章 从镜下所见到诊断

1) 各种所见的第一页为①疾病的发生频度一览（原则上列出了所有重要的疾病），②镜下所见的读解要点，③基本病变的诊断及鉴别诊断，④典型照片及模式图。

2) 从第二页开始每种疾病均附有2张照片（有的为4~6张照片），其右侧为描述语。请读者参照照片自己进行描述，并与本书中的描述进行对比。

3) 右页左侧2栏为模式图及参考照片。

4) 右页的最右侧为疾病名称（及其英文名）、疾病的简单介绍以及治疗方法等。

① 原则上疾病名称及其英文名依据日本消化内镜学会用语委员会《消化内镜用语集》（第2版），有关癌的用语依据《诊疗规范》，英文同样依据上述规定，并参考原著。

② 同一疾病可能在两处以上出现，本书尽量避免重复描述。

③ 治疗方法一般为首选的治疗方法，不同的患者、作者、治疗设施等可能会有不同的治疗方法，因此仅供参考。

5) 文献中所列为基本的参考文献。

● 第6章 活检组织诊断的基本知识和诊断方法及第7章内镜诊断和治疗的基本知识

这两章讲述了病理组织诊断的具体方法、内镜照片和病理组织照片的对比、内镜下诊断和治疗的主要分类及标准等，其中所述内容与第5章的内容有直接关联的，标出了疾病在第5章中出现的位置。

本书的使用方法 8

第1章 消化道局部解剖及内镜下正常所见——村田洋子 1

1. 咽部、喉部的解剖及其内镜下所见 2/2. 食管的解剖及其内镜下所见 3/3. 胃的解剖及其内镜下所见 6/4. 十二指肠的解剖及其内镜下所见 10

第2章 内镜检查的历史、种类、优点及其管理——芳野纯治 11

1. 内镜开发的历史 12/2. 内镜器械的种类 13/3. 内镜检查的优点及缺点 14/4. 器械的消毒、保养、检查及图像归档 15

第3章 内镜检查的基本事项——内田善仁 19

1. 内镜医生的思想准备 20/2. 上消化道内镜检查的适应证与禁忌证 21/3. 内镜检查的并发症 22/4. 知情同意 25/5. 检查前的准备 26/6. 镇静 27/7. 检查后处理 30

第4章 内镜的插入与观察法——内田善仁 33

1. 插入的实际操作与技巧 34/2. 观察方法 41/3. 灵活应用色素染色内镜检查 42/4. X线检查法的活用 48/5. 超声内镜的活用 49

第5章 从镜下所见到诊断——53

■食道

①隆起性病变——村田洋子, 铃木 茂 54

②平坦性病变

(1)有颜色变化的病变——小原胜敏 66

(2)伴有糜烂的病变——村田洋子, 林 和彦 72

③凹陷性病变——小原胜敏 80

④呈弥漫性变化的病变——村田洋子 86

⑤导致狭窄的疾病——小原胜敏 92

■胃

1 隆起性病变

- (1) 表面光滑的隆起性病变——三坂亮一,川口 实 96
- (2) 伴有中央凹陷的隆起性病变——三坂亮一,川口 实 106
- (3) 凹凸不平的病变——下屋正则,浜田 勉,八卷悟郎 118
- (4) 息肉病——松井敏幸 130

2 平坦性病变

- (1) 发红的病变——北台靖彦,田中信治,春间 贤 142
- (2) 呈现退色的病变——北台靖彦,田中信治,春间 贤 148

3 凹陷性病变

- (1) 浅凹陷——芳野纯治,若林贵夫,小林 隆 152
- (2) 深凹陷——内田善仁 160
- (3) 以皱襞集中为主的病变——吉村 平 168

4 胃的膨胀不良性病变——内田善仁 186

5 呈现巨大皱襞的病变——松井敏幸 196

6 导致幽门狭窄的病变——北台靖彦,田中信治,春间 贤 208

7 导致特殊变形的病变——中村常哉,芳野纯治 214

8 贲门部病变——吉村 平 222

9 残胃(术后胃)的病变——浜田 勉,东 馨,加地文也 232

10 上消化道异物——浜田 勉,近藤健司,奥田圭二 240

11 有形态改变的病变——吉村 平 242

■十二指肠

1 隆起性病变——大野博之,川口 实 252

2 凹陷性病变——大野博之,川口 实 260

3 弥漫性病变——大野博之,川口 实,齐藤 聪 266

第6章 活检组织诊断的基本知识和诊断方法

——川口 实,驹田博美,齐藤利彦 273

I. 胃的活检——274

- 1. 活检的目的 274/2. 活检的适应证 274/3. 活检的并发症 278/4. 取活检的部位 278/5. 组织诊断的基础 281/6. 内镜诊断和病理诊断的关系以及诊断方法 292/7. 胃活检病理诊断分类(Group分类)的问题点 294/8. 完全活检 296/9. 采取标本时的注意事项 297

II. 食管的活检——298

- 1. 食管活检的特征 298/2. 病理诊断的基础 298

III 十二指肠的活检——300

- 1. 十二指肠活检的特征 300/2. 病理诊断的基础 300

第7章 内镜诊断和治疗的基本知识——松井敏幸 305

1. 食管良性疾病 306/2. 食管癌的分类 308/3. 胃良性疾病 310/4.
胃癌的分类 312/5. 上消化管内镜治疗 314/6. 全身性疾病的消化管
病变 318

消化道局部解剖及内镜下正常 所见

第1章

1. 咽部、喉部的解剖及镜下所见

咽部分为上、中、下三部分，内镜通过的部分为中、下咽部，其分界为会厌，因为下咽部的结构比较复杂，图示如下。与声带活动有关的喉返神经在右侧于锁骨下动脉、在左侧于主动脉弓处折返，从食管旁上行（图 1-1，图 1-2）。

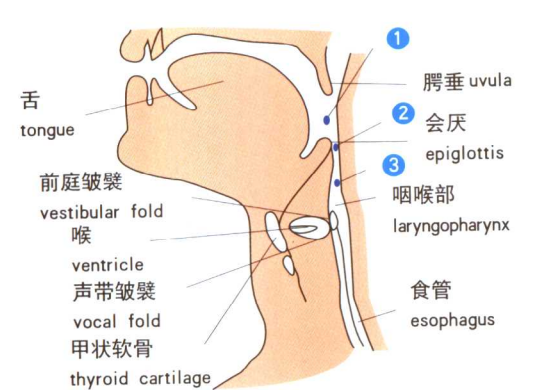


图 1-1a 下咽部的解剖及名称（断层）

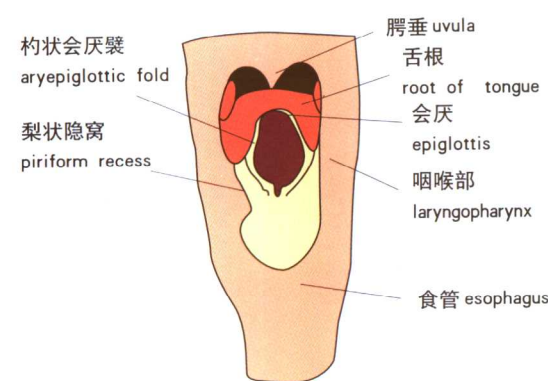


图 1-2 下咽部的解剖及名称（从食管侧断层）

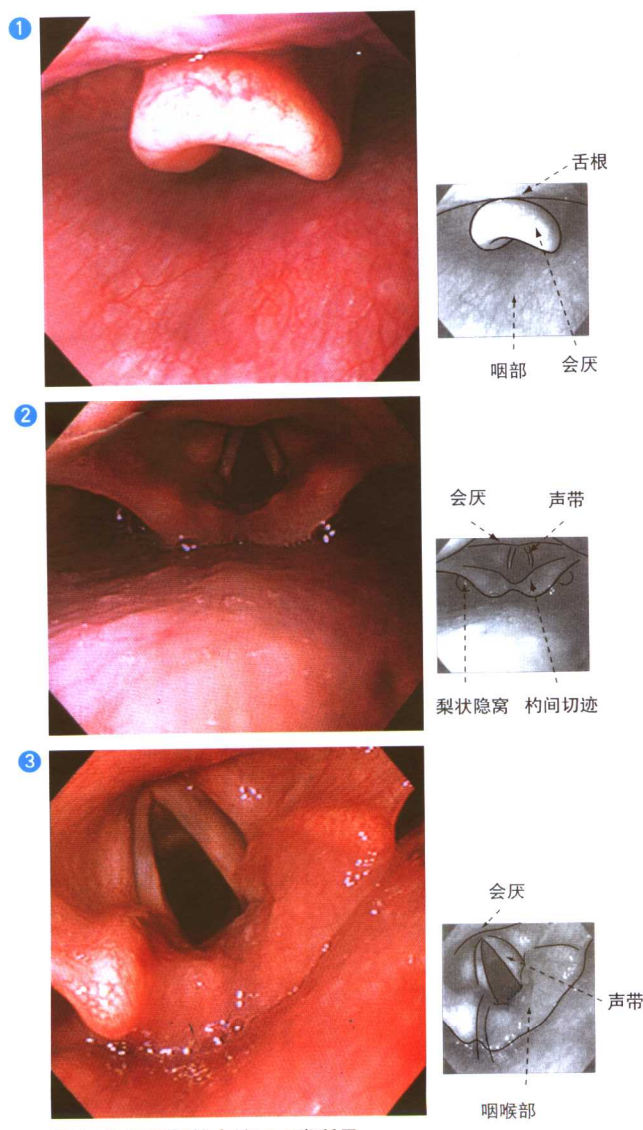


图 1-1b 下咽部的内镜下正常所见

2. 食管的解剖及内窥镜下所见

食管是长约20~25cm的管状器官,经过颈部、纵隔、腹部。从距门齿15~18cm开始至42~46cm,直径为15~25mm,膈肌上部最宽,在入口处、气管分叉处、膈肌裂孔处有三个生理性狭窄。食管的上下部均有括约肌,在入口处的下方与左右甲状腺相连接,食管上段前面为气管膜部,距门齿约25cm处的左侧为主动脉弓,右侧为奇静脉,其下为左支气管,后面与脊椎相接。下段的前面为左心房,后面偏左与降主动脉相接。食管胃连接处被左右膈肌脚相挟。在《食管癌的诊疗规范》中将食管分为颈部食管(Ce)、胸部食管(Te)[胸部食管上段(Ut)、胸部食管中段(Mt)、胸部食管下段(Lt)]及腹部食管(Ae)。

食管壁由鳞状上皮、黏膜固有层、黏膜肌层(纵行肌)、黏膜下层、固有肌层(内侧为环状肌,外侧为纵行肌)及外膜构成。上部由甲状腺下动脉和支气管动脉,中部和下部由食管固有动脉和胃左动脉供给血运。

内镜下所能够观察到的血管主要位于黏膜固有层至黏膜下层,在食管入口处和食管胃连接处口侧为纵行血管网、而在其他部位为树枝状血管网。食管胃连接处(esophago-gastric mucosal junction;EGJ)是复层扁平上皮与柱状上皮的交界处,界线呈直线或锯齿状,纵行血管网达食管胃连接处,也有的越过柱状上皮1~2mm。食管上1/3(包括入口处)为横纹肌,下2/3为平滑肌(图1-3,图1-4a~d)。

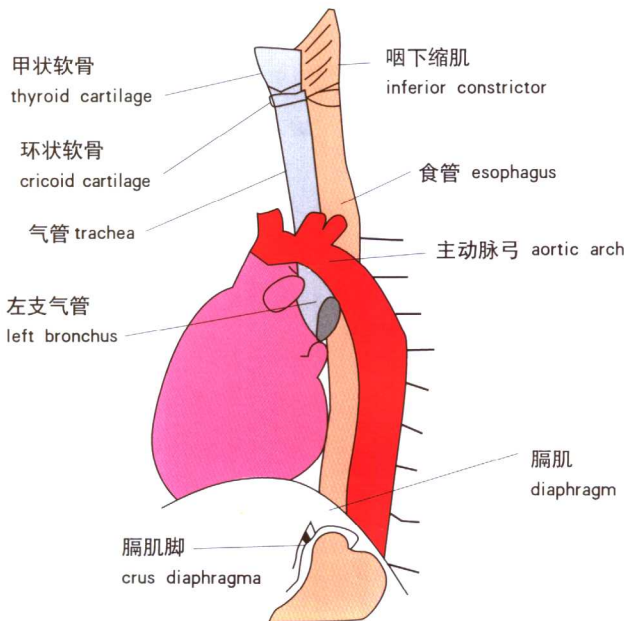


图 1-3 后纵隔的名称

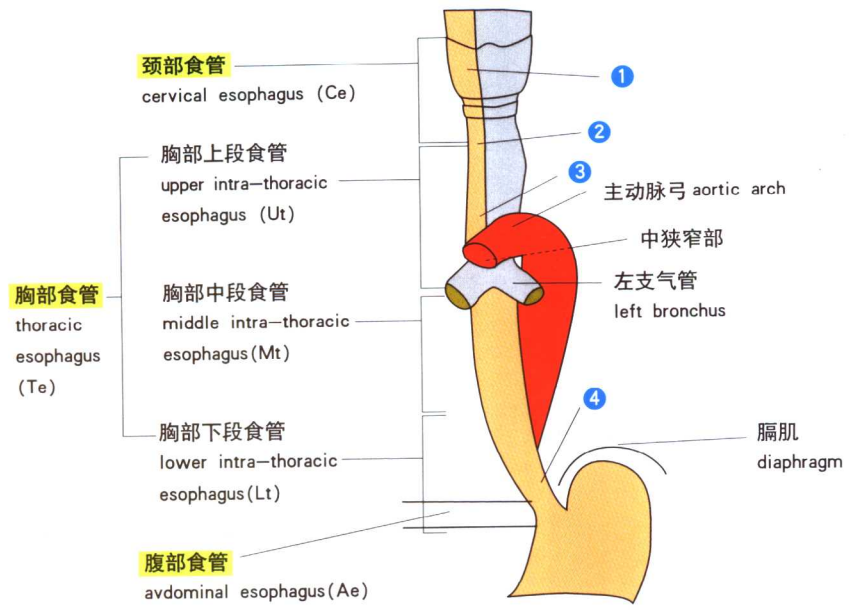


图 1-4a 食管的解剖分段

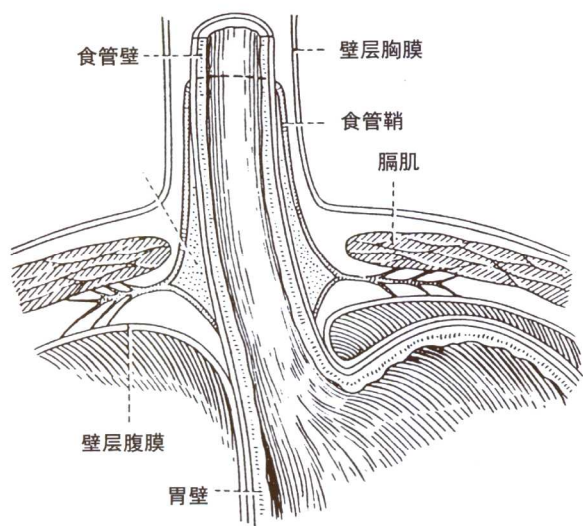


图 1-4b 膈肌食管膜结构

(佐藤达夫: 消化道的局部解剖学—食管·胃, p279, 金原出版社, 1993)

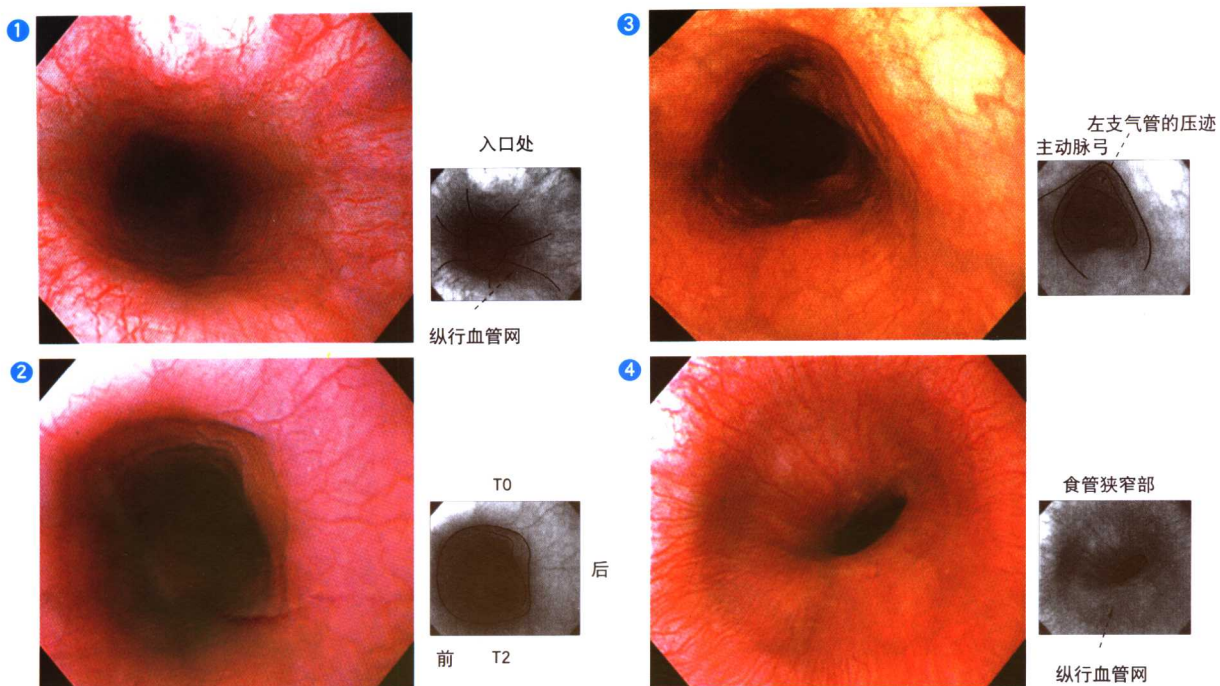


图 1-4c 正常食管的内镜下所见

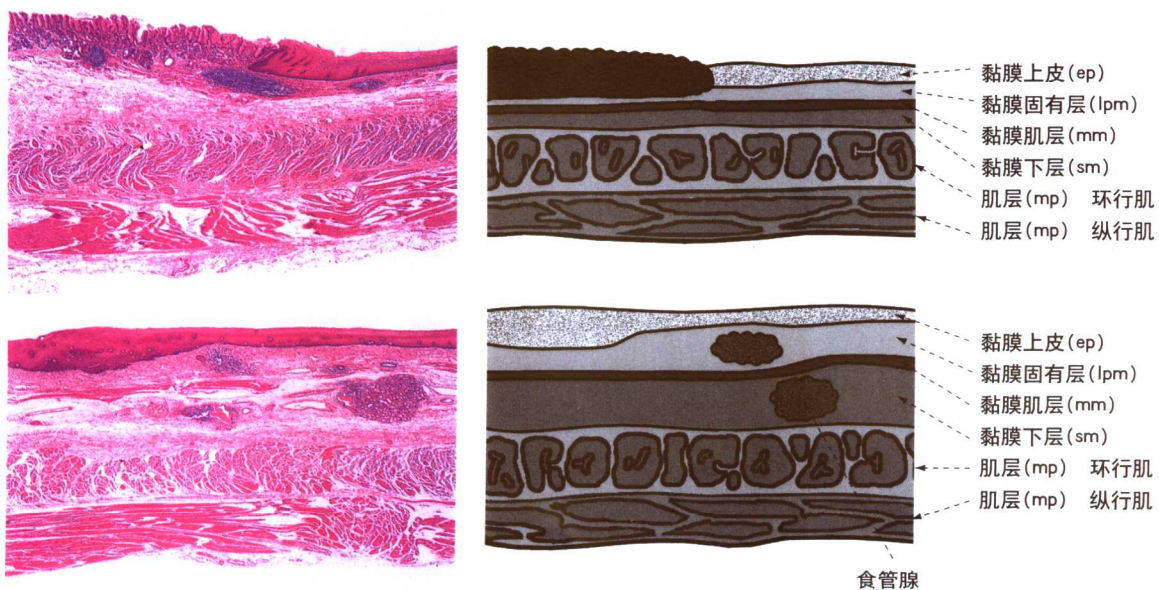


图 1-4d 正常食管的病理组织像

3. 胃的解剖和内镜下所见

胃为一个袋状器官,从左膈下绕过脊柱向右侧移行,形状各种各样,各部名称分别为胃底(贲门部)、胃体、胃角、胃窦(幽门环、幽门)、大弯、小弯、前壁、后壁。依据《胃癌的诊疗规范》将大弯和小弯三等分,从口侧分为上部(U)、中部(M)、下部(L),除贲门和幽门较固定以外,其他部分随体位以及胃内气体量的多少可以移动。贲门和胃体的前面是肝左叶,后面为胰体部,胃底的左上方为脾脏,后方为肾脏,大弯侧后方为横结肠,胃窦的前面为肝左叶、胆囊,后方为胰腺。胃壁由黏膜层、黏膜下层、固有肌层、浆膜下层和浆膜层组成。黏膜层由腺窝上皮和固有腺体、黏膜固有层、黏膜肌层组成,固有腺体有贲门腺、胃底腺和幽门腺。贲门腺位于胃食管连接处至其下方1cm左右,主要分泌黏液,胃底腺分泌盐酸(壁细胞)、胃蛋白酶原(主细胞)和黏液,幽门腺为黏液腺,由G细胞分泌胃泌素。固有肌层为外环内纵走行,在胃体部最内层为斜行肌。幽门环有很厚的轮状肌,浆膜下层在大弯和小弯处较厚,供应的血管有胃左动脉以及胃右动脉、胃网膜左动脉、胃网膜右动脉、胃短动脉,这些均为肝总动脉和脾动脉的分支,因此压力不高。因为胃黏膜较厚,除胃底以外无血管透见现象,有萎缩性胃炎时,胃底腺萎缩,黏膜变薄,有血管透见现象。胃由2根迷走神经(右支—后面,左支—前面)支配,参与胃酸的分泌和胃的蠕动(图1-5~图1-9)。

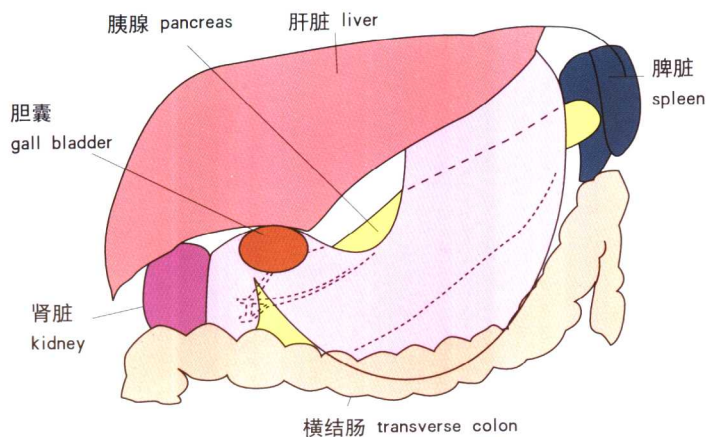


图 1-5 上腹部胃的位置及形状

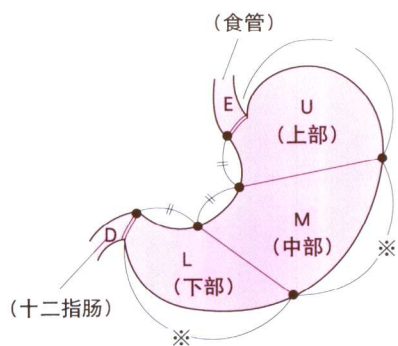


图 1-6 胃的 3 部分

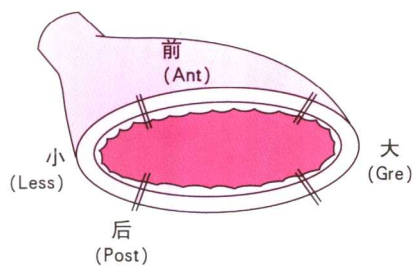
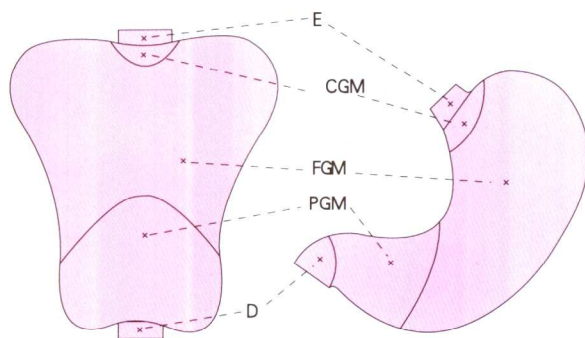


图 1-7 胃壁横断面



E: 食管 CGM: 贲门腺黏膜 FGM: 胃底腺黏膜
PGM: 幽门腺黏膜 D: 十二指肠

图 1-8 胃固有黏膜的部位

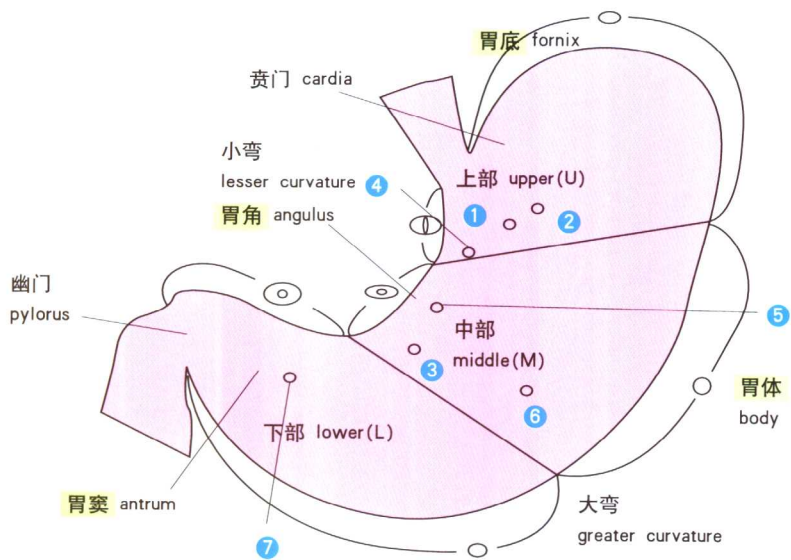


图 1-9a 胃的分区及名称

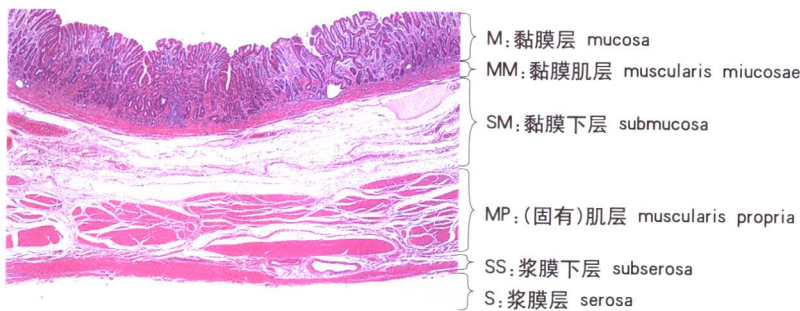


图 1-9c 胃壁断面的组织学所见

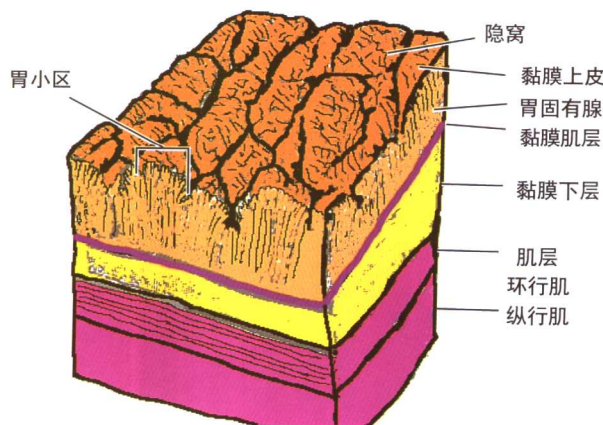


图 1-9d 胃壁的结构