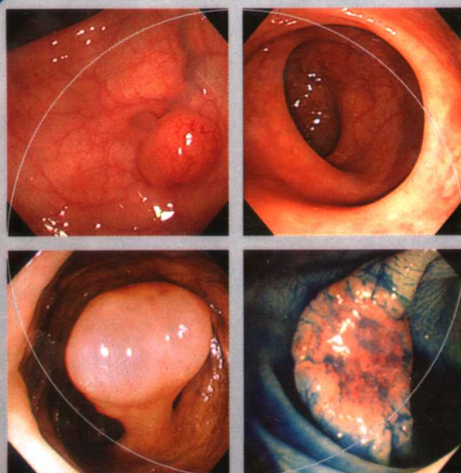


内镜诊断与 鉴别诊断图谱

NEIJING ZHENDUAN
YU JIANBIE
ZHENDUAN TUPU

下消化道

[日] 多田正大 大川清孝
三户冈英树 清水诚治
主译 王轶淳 孙明军



Translation and adaptation of the first Japanese language edition.
Copyright 2002 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：06-2003 第 318 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：下消化道 / (日)多田
正大, 大川清孝, 三户冈英树, 清水诚治; 王轶淳, 孙
明军主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2005.4
ISBN 7-5381-4255-X

I. 内… II. ①多… ②大… ③三… ④清… ⑤王…
⑥孙… III. 消化系统疾病—内窥镜检—图谱
IV. R570.4-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 101104 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：辽宁印刷集团新华印刷厂

发行者：各地新华书店

开本：787mm × 1092mm 1/16

字数：260 千字

印张：12.5

插页：4

印数：1~3000

出版时间：2005 年 4 月第 1 版

印刷时间：2005 年 4 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：周文

定 价：120.00 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

内镜诊断与鉴别诊断图谱

下消化道

多田正大
大川清孝
三户冈英树
清水诚治

多田消化系统疾病诊所所长
大阪市立综合医疗中心消化内科部长
神户海星医院副院长·内科部长
大阪铁路医院消化内科副部长

病例提供

白川胜朗 坂上美和子 八江一彦
西谷和夫 柏木亮一 田畑文平
藤盛孝博 松本誉之 荒川哲男
中村志郎 青木哲哉 追矢秀人
井上 健 平野东桓
北野厚生
渡边宪治
福 昭人
铃木 聪
洼田 久
黑田大介
绿川昌子
菅田信之
长岛雅子
冲 映希
草场元树

神户海星医院
田畑胃肠医院
独协医科大学人体分子病理
大阪市立大学医学部第3内科
大阪市立综合医疗中心
大阪市立住吉市民医院内科
城东中央医院内科
福外科医院
鹤冈市立庄内医院外科
内科·胃肠科洼田医院
近畿大学医学部第2外科
绿川内科外科医院
菅田医院
堀川医院内科
京都府立医科大学公共卫生学
草场消化系统疾病诊所

主译 王轶淳 孙明军
译者 王轶淳 孙明军 刘晓东
主审 傅宝玉

译序

由于内镜诊疗技术的飞速发展,广大内镜工作者渴求有新进展内容的内镜学问世。孙明军教授和王轶淳博士翻译出版的《内镜诊断与鉴别诊断图谱》(上消化道)受到了广大读者的欢迎,同时一些读者非常希望有配套的下消化道部分内镜学出版,为了满足广大读者的需求,他们在百忙中翻译完成了《内镜诊断与鉴别诊断图谱》(下消化道)一书,奉献给读者。

这本书的日文原版是由日本著名内镜专家多田正大等编著,我看过之后感到此书概念准确、理论系统、内容丰富,并且该书纳入了内镜发展的新内容,图片清晰逼真,看图如镜下所见,而且每个图片都有准确详细的文字说明。

在《内镜诊断与鉴别诊断》(上消化道)一书的序中我介绍了孙明军教授从事内镜工作20余年,近些年来又专门从事内镜的研究和临床工作,掌握了内镜的理论和新进展,在内镜诊疗中有高超的技术和丰富的经验。他与王轶淳博士都曾在日本研修,日语精湛,因此他们完整、准确地翻译了原书的内容。本书图文并茂,图片清晰,理论联系实际,是一本实用性很强的临床参考书。无论对初学者还是有一定工作经验的内镜工作者都是非常值得借鉴、很有实用价值的好书,因此,我愿意把此书推荐给广大内镜工作者,让我们在工作中互勉,并为促进内镜学发展,为广大患者服务做出更大的贡献。

中国医科大学附属第一医院

消化内科

傅宝玉

推荐的序

通过多田正大博士等专家们的努力,《内镜诊断与鉴别诊断图谱——下消化道》一书得以出版发行,并让我来写这篇序文。对于很早就从事这一专业的我来说,在感到非常荣幸的同时,对这一领域在此书出版之前的发展历程也感触颇多。

作为主编的多田正大博士,知识渊博,已经出版了多本有关大肠内镜检查方法的优秀书籍,一直致力于普及大肠内镜检查方法,这次更是以内镜下所见的详细解读及鉴别诊断为中心,与其他编者一同完成本书,真是令我钦佩至极。

正如多田正大博士在前言中所写的那样,本书源自于1973年,已有28年的历史,并在连续召开过140届例会的大阪“大肠疾病研究会”中进行讨论和研究,本书中,除了编者自己收集的病例以外,研究会的其他会员也提供了很多病例。

为了真正掌握消化道内镜诊断学,必须积累很多的病例,详细分析、反复观察内镜下所见,建立起一整套自己的内镜诊断方法。

但是每个人的经验有限,如果仅仅依靠自己的经验,就非常片面。为了提高诊断水平,通过认真、仔细地研习他人的病例,与自己诊疗过的病例相对比,使认识更加深刻,这是必不可少的。

因此,本书收集了很多基本病例。以此为基础,并不断积累自己的经验,对于每一位从事这一工作的医生来说都是非常有意义的。

本书的构成从内镜检查必要的局部解剖知识和正常内镜像开始,大体上分为以下各章:内镜检查的应用和诊断步骤、肿瘤性疾病内镜下所见的解读和鉴别诊断、炎症性疾病内镜下所见的解读和鉴别诊断。

本书的后两章,首先介绍的是鉴别诊断要点,如根据肿瘤在内镜下的形态,应如何考虑诊断;炎症的各种内镜下所见所表示的意义等;并详细地阐述了一直以来被模糊记载的很多内镜下病变的观察方法及各种所见在诊断上的意义。其后是构成本书主要内容的各种疾病的内镜下所见,并非仅仅罗列疾病,而是针对每一个基本的内镜下所见及其所提示的各种疾病,从镜下所见到诊断、鉴别诊断,有条理、有重点地讲解。因此,同一种疾病,如果有不同的内

镜下所见,会在不同的章节中阐述,而且针对每种内镜下所见,应进行怎样的考虑,都详述了基本的思考方法。在实际工作中,当分析病例的时候,还应该充分考虑有相同所见的其他疾病,这样就有了鉴别诊断的思考方向。

另外,本书不仅包括了常见疾病,还囊括了罕见病例。之所以这样做,是为了使本书不仅适用于初学者,而且对于很多专业人士也十分有益,希望从事这一专业的各位同仁们不妨读一读。

希望通过本书能够提高广大读者在肠道疾病诊断方面的能力,而且在日常的临床工作中,也能够发挥很大的作用。在此衷心地推荐给大家。

日本消化系统内镜学会理事长

圣玛利安娜医科大学客座教授

丹羽宽文

如果说到“大肠疾病研究会”，听起来好像是日本任何地方都可以有的研究会。但是大阪的“大肠疾病研究会”始于1973年，历经28年，已连续召开过140届例会。研究会创始的时候，是早期胃癌诊断学繁盛的时期，几乎是如果发现早期大肠癌的话，就可以在学会上发表文章的时代。当时能够熟练地操作纤维大肠镜的人很少，诊断大肠疾病的主要方法仍然是灌肠X线检查。像《胃和肠》这样的杂志，肠的部分内容所占的比例很小的时代，川井启市先生与小林绶三先生等人就提出“大肠是今后消化系统疾病学发展的主要方向”，于是他们带头创立了以年轻的临床医生为中心的研究会。

在研究会上，辛勤工作在临床一线的医生们，把各自带来的病例集中在一起进行仔细的讨论：为什么会出现这样的图像？肠管为什么会发生这样的变形？以解决这些疑问，汲取经验和教训为出发点，以真诚的讨论为宗旨，这一精神至今仍在延续，作为与东京的早期胃癌研究会完全不同的学术会议而保留下来。我也是偶然遇到关于大肠疾病诊断方面的问题而参加了研究会，从那以后，每次研究会上所提出来的病例全部都留在了我的记忆里，努力形成自己的一整套诊断方法。

消化系统疾病的诊断方法没有捷径可循，最基本的就是不断地经历更多的病例，并应用在其他病例的诊断上。但是因为医生每个人自己诊疗过的病例数量有限，所以更多地了解别人诊疗过的病例是提高诊断水平的秘诀。大肠内镜诊断学也是一样。以“大肠疾病研究会”所研究过的病例为基础，形成了我自己的一套大肠内镜诊断方法，本书即是由收集来的病例整理而成的，以此推荐给年轻的后辈们。

对于同种疾病的图片，尽可能优先采用新的电子内镜图片，有的疾病我们这里没有图片，就努力从周围的各位同仁那里搜集了尽可能多的病例。

本书是有关内镜诊断的书籍，但笔者特别想强调的是，大肠的疾病不能仅仅依靠内镜来进行诊断，临床症状以及对患者病史的分析也是非常重要的，如果没有与X线检查结果进行综合分析，那么一定会走很多的弯路。很重要的一点，内镜检查是诊断的一种手段，怎样把它有目的的灵活应用，其中的奥妙才是学透大肠诊断学的精髓。因此，如果本书对内镜医生的工作能够有帮助的

话，也就实现了我们编者的愿望。

虽然通过认真的编写，完成了这本自认为很满意的有关内镜诊断学的书籍，但是如果没有医学书院书籍编辑部的荻原足穗和制作部的高桥浩子夜以继日地协助本书制作，并且不断地鼓励我，本书恐怕很难出版发行，在此对他们深表谢意。

笔者代表

多田正大

目录

第1章	内镜检查必要的局部解剖知识和正常内镜像	1
1.	小肠（空肠、回肠）的局部解剖和正常内镜像	2
	(1) 基本的局部解剖	2
	(2) 各部位的正常内镜像	2
2.	大肠的局部解剖和正常内镜像	2
	(1) 基本的局部解剖	2
	(2) 各部位的正常内镜像	5
	肛管和直肠 / 乙状结肠和降结肠 / 横结肠 / 结肠肝曲 / 升结肠 / 盲肠和阑尾开口 / 回盲瓣	
第2章	内镜检查的应用和诊断步骤	9
1.	小肠疾病内镜检查的应用	10
	(1) 诊断步骤	10
	(2) 内镜检查和X线检查的优劣	10
	(3) 各种小肠镜插入法的特点和应用分类	11
	推进式插入法 / 肠带诱导式插入法 / 探条式插入法	
2.	大肠肿瘤性疾病内镜检查的应用	13
	(1) 诊断步骤	13
	(2) 内镜检查和X线检查的优劣	13
3.	大肠炎症性疾病内镜检查的应用	14
	(1) 诊断步骤	14
	了解流行病学的意义 / 一般情况和临床症状 / 发病过程	
	(2) 内镜检查和X线检查的优劣	17
第3章	肿瘤性疾病内镜下所见的解读和鉴别诊断	19
1.	小肠肿瘤的种类和分类	20
2.	小肠肿瘤鉴别诊断的要点	21
	(1) 根据形态方面的鉴别诊断	21
	(2) 根据发生个数进行的鉴别诊断	22

3.	大肠肿瘤的种类和分类	23
4.	大肠肿瘤鉴别诊断的要点	24
	(1) 根据肿瘤直径鉴别诊断	24
	(2) 根据肿瘤的形态鉴别诊断	25
	大体分类 / 形态方面的鉴别诊断	
	(3) 根据隆起型肿瘤的性状鉴别诊断	27
	蒂的有无 / 表面的凹凸 / 分叶 / 溃疡, 凹陷 / 糜烂, 发红 /	
	色调的浑浊程度 / 白斑 / 其他	
	(4) 浅表型肿瘤的鉴别诊断	29
	凹陷面的形状 / 边缘隆起部分的形状 / 根据小凹形状诊断	
	(5) 根据发生个数鉴别诊断	33
	(6) PG 和 NPG	33
	(7) 大肠癌的浸润深度诊断	34
	内镜所见的解析 / non-lifting sign / 超声内镜检查	

肿瘤性疾病的内镜下所见

38

有蒂性病变 38

有分叶的病变

发红、糜烂的病变

头部破溃的病变

表面光滑的病变

轻度凹凸的病变

粗蒂的病变

亚蒂性病变 50

有分叶的病变

发红、糜烂的病变

头部破溃的病变

表面光滑的病变

无分叶的病变

多发的亚蒂性病变

无蒂性、广基的病变 62

表面光滑的病变

伴有凹陷、糜烂、溃疡的病变

小的半球形的病变

多发的无蒂性的病变

有分叶的病变

溃疡明显的病变

无分叶的病变

狭窄明显的病变

表浅性病变 86

扁平的病变

伴有凹陷、溃疡的病变

伴有轻微凹陷的病变

凹陷为主的病变

特殊型病变 94

结节集聚成簇的病变

大肠炎相关性大肠癌 (colitic cancer)

外观呈绒毛状的病变

第4章	炎症性疾病内镜下所见的解读和鉴别诊断	101
1.	炎症性肠疾病的种类和分类	102
2.	炎症性肠疾病的鉴别诊断要点	103
	(1) 根据炎症的扩展方式进行鉴别诊断	103
	(2) 根据局部的炎症进行鉴别诊断	104
	溃疡 / 糜烂 / 口疮、口疮样病变 / 发红 / 出血 / 挛缩 / 狭窄、 假憩室 / 铺路石征 (cobblestone appearance) / 瘻道 / 指压痕征 (thumb-printing appearance)	
	(3) 鉴别诊断的总结	108

炎症性疾病的内镜下所见	112
-------------	-----

根据颜色、溃疡形态进行鉴别诊断	112
-----------------	-----

发红	铺路石征
口疮样病变	炎性息肉
全周性溃疡、糜烂	隆起明显的炎症
纵行溃疡	血管模糊或消失
环形溃疡	血管异常
带状溃疡	颜色的变化
圆形溃疡	狭窄、狭小
不规则溃疡	肠管的变形

根据病变部位、分布进行鉴别诊断	162
-----------------	-----

始于直角的连续性弥漫性炎症	直肠、乙状结肠的多发性溃疡、 糜烂等
区域性炎症	
非连续性溃疡	阑尾开口处的炎症
直肠、肛门的病变	回盲部的炎症

第 1 章

内镜检查必要的局部解剖知识和正常内镜像

进行内镜检查时,掌握小肠、大肠及相关邻近脏器的解剖学知识是非常重要的。以前出版的书籍中已经详细地介绍过^{1)~10)},这里仅就要点进行讲述。

1. 小肠(空肠、回肠)的局部解剖和正常内镜像

(1) 基本的局部解剖

解剖学所指的小肠是起于十二指肠空肠曲,止于回盲瓣(Bauhin瓣)的一段肠管。长约7m,直径2~3cm。根据检查手段的不同,通常把空肠、回肠称为小肠,而不包括十二指肠。空肠和回肠之间没有明显的界限,粗略地讲,空肠位于左上腹部,为口侧2/5的小肠,回肠位于右下腹部及下腹部,为肛侧3/5的小肠。回肠与空肠相比,管腔较大,肠壁较厚。空肠内的环形皱襞(Kerckring襞)比回肠密集。

回肠末端多指回肠肛侧约30cm的部分。年轻人的淋巴滤泡呈小息肉样,淋巴滤泡随着年龄的增长而退化缩小,但如有炎症发生则会增大,该部位系膜缘对侧的20~30个淋巴滤泡聚集而成的淋巴集结(Peyer's patches)的增殖也很明显。

(2) 各部位的正常内镜像

空肠与回肠的正常内镜像虽然类似,但回肠的环形皱襞(Kerckring襞)略少(图1-1)。末端回肠的淋巴集结(Peyer's patches)因人而异,呈息肉状聚集(图1-2)。

小肠黏膜上的绒毛分布密集呈天鹅绒状。绒毛形态多种多样,有的呈指状,但在远端回肠呈叶状、舌状或尾根状¹¹⁾(图1-3),与大肠黏膜不同,在小肠几乎看不到黏膜下的血管网。

2. 大肠的局部解剖和正常内镜像

(1) 基本的局部解剖

大肠是从回盲瓣(Bauhin瓣)到直肠、肛门的管腔脏器,长约1~1.5m,内径5~8cm。盲肠充盈时内径为6~8cm,是最粗的部分,大肠越向肛侧越细,在降结肠的下部最细。因结肠肝曲(结肠右曲)、结肠脾曲(结肠左曲)、

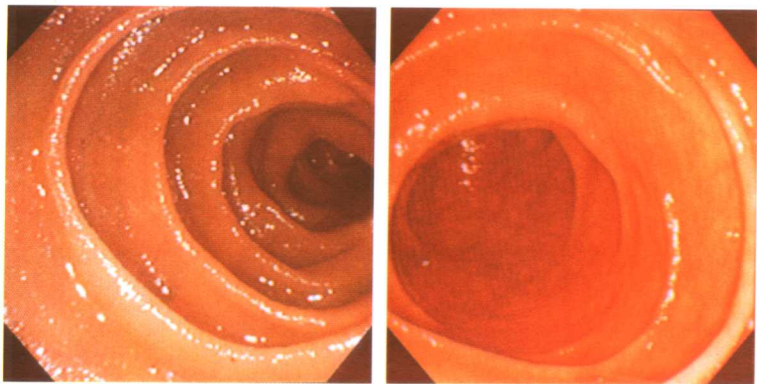


图 1-1 正常小肠内镜像 a. 空肠 b. 回肠
空肠与回肠的分界在内镜下无法严格区分，空肠的环
形皱襞比回肠密集。



图 1-2 末端回肠的淋巴集结
能观察到聚集成簇的淋巴滤泡似隆起样
病变，其形态个人差异很大。

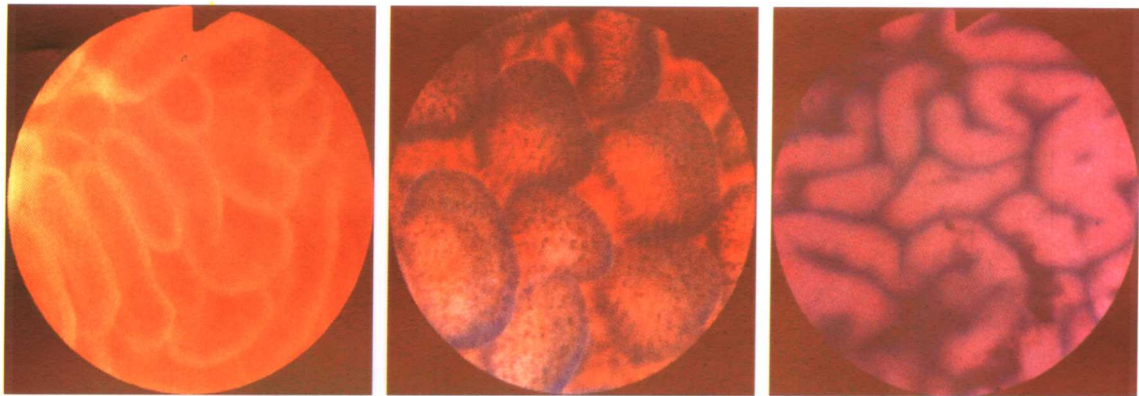


图 1-3 小肠绒毛的各种形态 a. 指状绒毛 b. 叶状（舌状）绒毛 c. 尾根状绒毛

乙状结肠和降结肠交界处、直肠和乙状结肠交界处弯曲明显，有时内镜插入困难。

结肠肝曲、脾曲和直肠固定于腹壁。结肠肝曲通过韧带与右肾、胆囊、十二指肠相连而位置较固定，结肠脾曲固定于膈肌，直肠位于盆腔内，活动度差。大肠的其他部位则有一定活动度，因此，插入内镜时，利用肠管的活动度能向深部插入。此时，一旦肠管被过分伸展、短缩，被检查者会感到不舒服和腹痛。

大肠有三条纵行肌形成的结肠带 (taeniae coli)，它们的收缩可使结肠膨起形成结肠袋(haustra)。内镜下所见为结肠半月襞 (图 1-4)。半月襞背侧易成为内镜观察的盲区。直肠没有半月襞，但有横襞。距肛门 8~10cm 处的横襞称为 Kohlrausch 襞，或 Houston 瓣 (图 1-5)。

因为结肠带能够收缩，因此在插入内镜时可以利用肠管能够折叠的特点而防止成袢。此时，由于大肠具有活动度，有时内镜在操作过程中钩拉后突然退

出，以至无法充分插入和观察。

大肠黏膜由单层柱状上皮组成，内镜观察时可见光滑富有光泽的黏膜。除了盲肠和结肠肝曲、直肠等处外，其他部位的内镜像差别不大，大肠黏膜的基本像是以橙黄色色调的黏膜为背景，可透见树枝状红色的毛细血管。有病变的黏膜（如存在炎症）或刚刚灌肠后，因浮肿和糜烂而使血管像不清晰。

如果喷洒靛蓝胭脂红等色素，常蓄积于形成大肠黏膜小区的小沟（无名沟）内，小区像就明显呈现出一种网格图案（network pattern）（图1-6）。小区内无数的肠腺开口（即所谓的小凹）排列规整，用普通的内镜无法详细识别。如果用放大内镜观察，会看到小凹的凹陷里蓄积的色素。

如果应用易被肠上皮吸收的甲基蓝和甲苯胺蓝，数分钟后，大肠黏膜就会被染色。因凹陷内的肠腺开口和无名沟处无吸收上皮，所以未被染色，呈现白

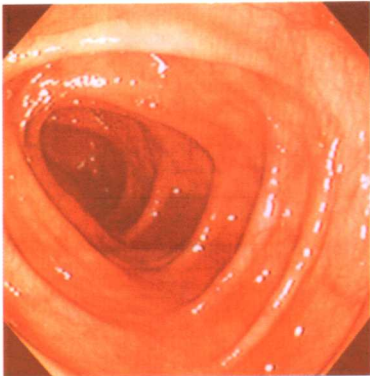


图 1-4 正常大肠的半月襞

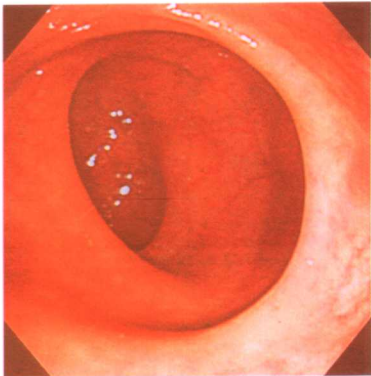


图 1-5 直肠的三条横襞
Kohlrausch 襞，或 Houston 瓣

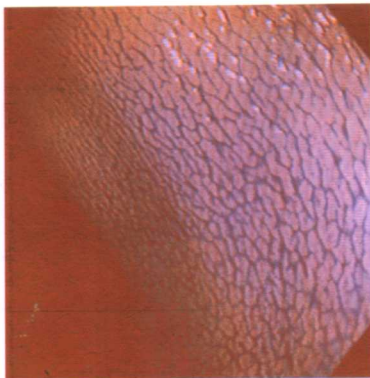


图 1-6 大肠的小区像
靛蓝胭脂红染色

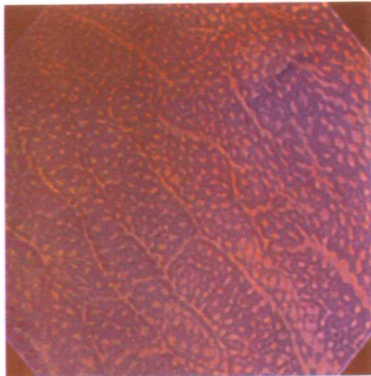


图 1-7 肠腺开口处（小凹）的形状
甲基蓝染色

色。这与应用靛蓝胭脂红的着色反应的阳性和阴性正相反（图 1-7）。

(2) 各部位的正常内镜像

a. 肛管和直肠

肛管指从肛缘开始到肛门齿状线和肛提肌上缘附近之间的狭小部位,其长度因人而异。由肛门上皮覆盖,为白色黏膜。由于此处狭窄,镜头和黏膜形成紧密接触的状态,易成为内镜观察的盲区（图 1-8）。

内镜经过肛管进入直肠后,视野明显扩大。如前所述,正常黏膜可见树枝状血管透见,但直肠下段是很难观察到血管网的。病变处黏膜（如存在炎症）或刚刚灌肠结束后,因浮肿使血管像不清晰。

如果给气量少,肠管伸展不充分时,直肠下段也可见蓝色怒张的血管（直肠内、外静脉丛）。给气量多时肠管被伸展开,这些表现就不明显了。

在直肠内反转观察,能看到在通常内镜观察上易成为盲区的从直肠下段（Rb）到肛门部的图像,齿状线处的扁平上皮和移行上皮以及柱状上皮都清晰可见¹⁰⁾。

b. 乙状结肠和降结肠

从乙状结肠到降结肠、结肠脾曲,观察不到有特征的管腔。因此,很难定位。因检查中大量的给气使肠腔过度伸展,结肠带附着部就变得不明显。

c. 横结肠

横结肠可以观察到半月襞和由它形成的结肠袋的基本结构。结肠带附着处由于被肠系膜牵拉而使肠腔呈三角形。

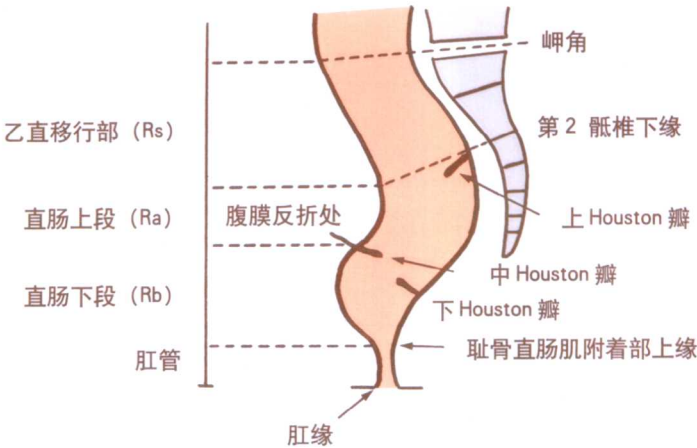


图 1-8 内镜检查必要的肛门、直肠解剖

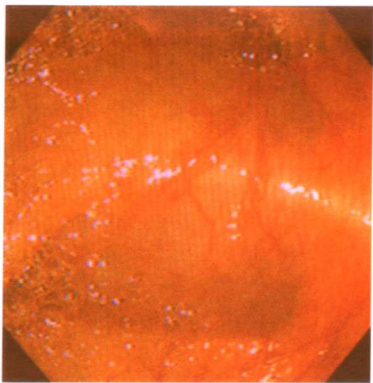


图 1-9 结肠肝曲处肝、胆囊的透见像

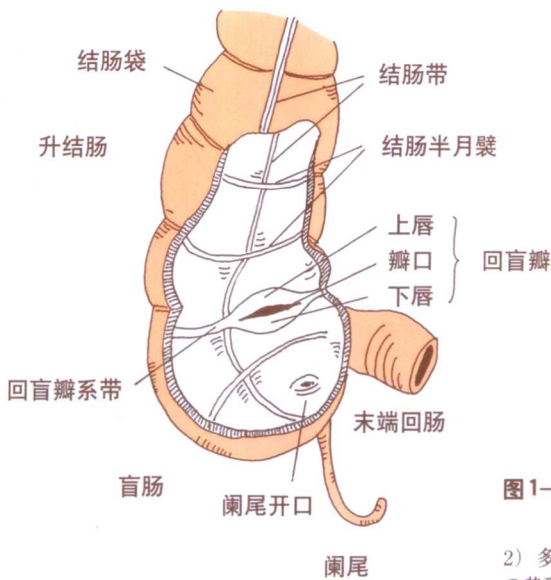


图 1-10 内镜检查所必须了解的回盲部解剖知识

2) 多田正大, 他: 回盲部の内視鏡読影の基礎. 臨牀消化器内科 9: 483, 1994 より引用

d. 结肠肝曲

结肠肝曲处透见的肝脏和胆囊为蓝色 (图 1-9), 可以作为内镜检查时的位置标志。

e. 升结肠

内镜越过结肠肝曲到达升结肠后, 可观察到从升结肠到盲肠呈粗的圆筒状。如果观察到远处的回盲瓣, 便可确认内镜已经到达了升结肠。升结肠处结肠带的位置, 可以作为憩室发生部位、炎症性肠疾患的溃疡位置确认的重要指标。

f. 盲肠和阑尾开口

盲肠和直肠一样, 内腔宽阔, 给气后内径可达 7~8cm(图 1-10)。盲肠内