

WEIJING

ZHENDUAN

TUPU

胃镜诊断图谱

计叔钧 编著 王家骅 主审

胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱
胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱

湖北科学技术出版社

W E I J I N G Z H E N D U A N T U P U

R573-64
J257
2001
C.1

胃镜诊断图谱

胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱

胃镜诊断图谱胃镜

胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜

胃镜诊断图谱胃镜诊断

计叔钧 编著

王家骥 主审

湖北科学技术出版社

胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱

胃镜诊断图谱胃镜

胃镜诊断图谱胃镜诊断图谱胃镜

胃镜诊断图谱胃镜诊断

内容简介

本图谱由4部分共770幅电子胃镜图片组成,前3部分为食管、胃及十二指肠,每一部分首先简略介绍胃镜检查的应用解剖及正常内镜图像,然后较详细地介绍该部位常见疾病的内镜图像及某些少见病种的内镜图像。其中反流性食管炎、慢性胃炎的分类分别采用我国1999年8月烟台全国反流性食管病(炎)研讨会上制定的内镜诊断及分级标准和2000年5月江西慢性胃炎研讨会上制定的分类标准。第4部分介绍胃镜操作要点及电子胃镜摄片要求,并列举了我院1999年胃镜检查的若干统计资料。

本图谱图片清晰、实用性强,是内科医师、特别是消化专科医师、消化内镜专科医师的良好参考书。全书内容具体、图片直观性强,也是初学胃镜检查的青年医师、进修医师及高年级医学生、研究生的良好工具书。

图书在版编目(CIP)数据

胃镜诊断图谱 / 计叔钧编著. — 武汉: 湖北科学技术出版社, 2001.1

ISBN 7-5352-2437-7

I. 胃… II. 计… III. 胃镜检—图谱 IV. R573-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 76543 号

编著: 计叔钧 主审: 王家骏
策划: 汪 敏 责任编辑: 周景云
整体设计: 戴 旻
督印: 苏江洪

胃镜诊断图谱

湖北科学技术出版社出版、发行
武汉市武昌黄鹤路 75 号
邮政编码 430077
深圳利丰雅高印刷有限公司制版、印刷
邮政编码 518051
889mm × 1194mm 1/16
14.5印张 4 插页 400 千字
2001 年 1 月第 1 版
2001 年 1 月第 1 次印刷
印数 0 001—4 000
ISBN 7-5352-2437-7/R·513
定价 190.00 元

前 言

胃镜检查能直接观察上消化道疾病管腔内粘膜的变化,但仅从胃镜检查报告的文字描写有时尚难全面了解病变的具体表现。电子胃镜图片可以弥补这一缺憾,“百闻不如一见”,医师通过胃镜报告的文字描写并对照胃镜图片,可更深入地了解病变的特点,从而有助于上消化道疾病的诊断。

本书收集了我院消化内科内窥镜室近六年电子胃镜检查时拍摄的典型图片,全书共分4部分,前3部分为食管、胃及十二指肠的内镜表现,最后的附录介绍了胃镜操作要点及电子胃镜摄片要求等内容。

本书在编写时力求突出以下特点:①循序渐进:前3部分首先介绍了胃镜检查的应用解剖及正常内镜图像,然后再叙述各部位常见疾病,最后介绍了某些少见疾病的内镜表现;②图片丰富:由于同一种疾病、甚至同一疾病的同一分期或分型,在内镜下的表现并不完全雷同,因此本书选用了700余幅图片,体现出即使是同一类型的病变,在内镜下的表现也是多样的;③内容新颖:如反流性食管炎分级采用了1999年8月烟台全国反流性食管病(炎)研讨会上制定的内镜诊断及分级标准,慢性胃炎分类采用了2000年5月江西全国慢性胃炎研讨会上制定的分类标准。本书的出版希望能对临床医师、尤其是初涉胃镜检查者有所帮助。

在本书即将出版之际,编者十分怀念我国著名的消化病学前辈过晋源教授,是他带领我走进消化内科的殿堂,他那种在医疗工作中身体力行、言传身教的求实精神,至今仍使我难以忘怀;衷心感谢梁扩寰教授、王家驹教授,他们精湛的医疗技术、敬业的工作精神、渊博的专业学识使我获益匪浅。王家驹教授在百忙中,对全书进行了仔细、认真的审阅和修改,使本书的内容和文采增色不少。在此对前辈和专家孜孜不倦的教诲表示深深的谢意。

本书图片的收集得到王家驹、尹朝礼、曹振华、王思元、王天才教授及刘南植、王南下、杨玉珍、田德安、但自力副教授的大力协助,内窥镜室的刘淑慧、崔淑芬、罗焕运、王孝琼等同志在图片的收集上也给予大力帮助,对此表示衷心感谢。武汉江岸车辆厂职工医院韩霜文医师协助完成胃镜检查资料的统计,在此表示感谢。

本书能得以完成,要对我的夫人何佩霞女士表示深深的谢意和歉意,如果没有她默默的工作和全力的支持,要完全在业余时间里完成本书的编写几乎是不可能的。

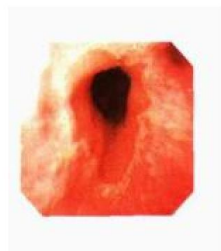
由于编者才疏学浅、经验和水平有限,错误之处在所难免,望前辈和同道批评、指正。

计叔钧

2000年7月

于华中科技大学同济医学院
附属同济医院消化内科

目 录



1. 食管

- 1.1 食管内镜检查的应用解剖..... (2)
- 1.2 正常食管..... (3)
- 1.3 反流性食管炎..... (8)
- 1.4 念珠菌性食管炎..... (15)
- 1.5 食管癌..... (17)
- 1.6 食管良性肿瘤..... (26)
- 1.7 食管静脉曲张..... (29)
- 1.8 食管憩室..... (39)
- 1.9 食管异物..... (40)
- 1.10 食管裂孔疝..... (43)
- 1.11 食管贲门失弛缓症..... (45)
- 1.12 食管贲门粘膜撕裂症..... (47)
- 1.13 食管手术后..... (48)
- 1.14 食管孤立性静脉曲张..... (51)
- 1.15 食管白斑..... (52)
- 1.16 食管环..... (53)
- 1.17 克罗恩病食管..... (54)
- 1.18 食管粘膜桥..... (55)
- 1.19 咽-食管间叶瘤..... (56)

2. 胃

- 2.1 胃内镜检查的应用解剖..... (60)
- 2.2 正常胃..... (61)
- 2.3 慢性胃炎..... (71)
- 2.4 胃溃疡..... (89)
- 2.5 胃癌..... (109)
- 2.6 胃其他恶性肿瘤..... (123)
- 2.7 胃良性肿瘤..... (125)
- 2.8 胃大部切除术后..... (131)
- 2.9 胃血管异常..... (142)
- 2.10 胃异位胰腺..... (147)
- 2.11 胃嗜酸性细胞肉芽肿..... (148)
- 2.12 胃石症..... (149)
- 2.13 胃异物..... (151)
- 2.14 胃囊肿..... (152)



- 2.15 胃黄色瘤 (153)
- 2.16 胃憩室 (154)
- 2.17 胃扭转 (155)
- 2.18 胃粘膜脱垂症 (157)
- 2.19 胃外性压迫 (159)
- 2.20 门脉高压性胃粘膜病变 (160)
- 2.21 慢性肾功能衰竭胃粘膜改变 (162)

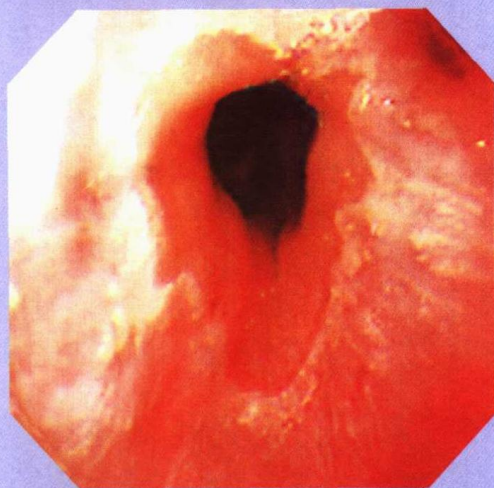
3. 十二指肠

- 3.1 十二指肠内镜检查的应用解剖 (165)
- 3.2 正常十二指肠 (166)
- 3.3 十二指肠炎 (172)
- 3.4 十二指肠溃疡 (178)
- 3.5 十二指肠肿瘤 (202)
- 3.6 十二指肠憩室 (205)
- 3.7 十二指肠异物 (206)
- 3.8 黑斑息肉综合征的十二指肠息肉 ... (207)
- 3.9 胆总管十二指肠吻合术后 (208)
- 3.10 十二指肠血管异常 (210)

4. 附录

- 4.1 胃镜检查要点 (213)
- 4.2 电子胃镜摄片要求 (218)
- 4.3 同济医院 1999 年 11658 例胃镜检查
若干资料统计 (221)

主要参考文献



1

食管

Esophagus

- 食管内镜检查的应用解剖
- 正常食管内镜图像
- 常见食管疾病内镜图像(反流性食管炎采用1999年烟台分类方案)
- 某些少见食管疾病,如食管粘膜桥、咽-食管间皮瘤等

1.1

食管内镜检查的应用解剖

Applied Anatomy of Esophagoscopy

1.1.1 食管长度和管壁构成

食管是椭圆而狭长的肌性管状器官,沿脊柱前方及气管右方下行。食管全长 25cm 左右,在内镜下测量,从门齿到食管上段开口处约 15cm,从门齿到贲门约 40cm,食管左右径约 3cm、前后径约 2cm。

食管壁由粘膜、粘膜下层、肌层及外膜构成。粘膜层由未角化的复层鳞状上皮、固有膜及粘膜肌层组成。肌层在食管上段为横纹肌、下段为平

滑肌、中段由横纹肌和平滑肌混合组成,由于肌层仅 2mm 左右,而整个食管壁的厚度也只 3~5mm,加之外膜仅为少量疏松纤维结缔组织构成而非完整的浆膜,故食管壁较薄、抗外力能力甚差,因此在食管内镜检查过程中,动作宜轻柔,忌用暴力,以免发生穿破。

1.1.2 食管三个生理狭窄

食管有 3 个生理狭窄,第一个生理狭窄在环状软骨下缘(第 6~7 颈椎之间水平),为食管的入口处,内径仅 1.5cm,是三个生理狭窄中最狭窄处。第二个生理狭窄由主动脉弓及左支气管横跨压迫所致(约第 4 到第 5 胸椎水平),内镜下从门齿到第二个生理狭窄处约 23cm。第三个生理狭窄为食管穿过膈肌的食管裂孔、受膈肌脚压迫形成(约第 10 胸椎水平),从门齿到此约 40cm。生理狭窄不仅是异物嵌顿、憩室的好发部位,也是狭窄、肿瘤的多发部位(图 1-1)。

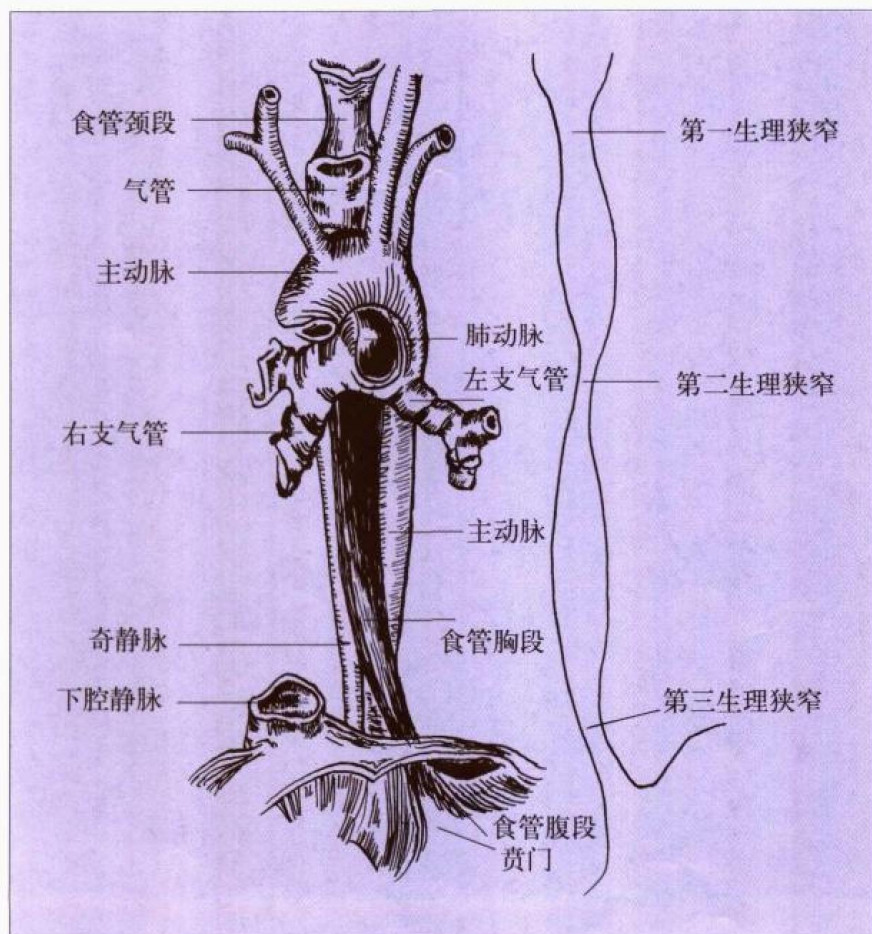
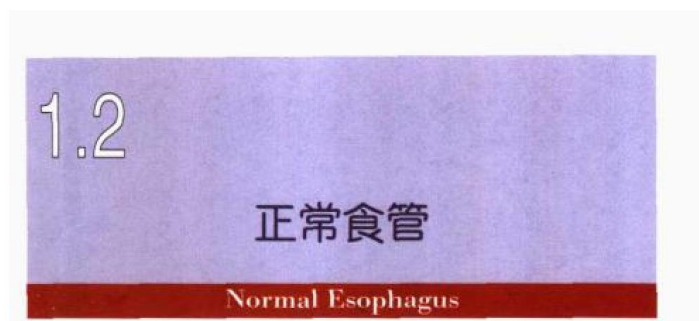


图 1-1 食管邻近器官和生理狭窄示意图



1.2.1 食管粘膜

正常食管粘膜呈淡粉红色、淡黄红色或黄白色,表面光滑、柔软。内镜插至食管上口时,管腔

多呈闭合状,若镜通过上口进入食管后,管腔即开放。根据食管在胸腔的位置,解剖学将其分为3段,即颈段:咽下口至颈静脉切迹平面(胸廓上口),长约5cm;胸段:胸廓上口至膈的食管裂孔,长约18cm;腹段:位于肝左叶后缘的食管沟内,长约1~2cm。但为便于食管病变的定位和记录,内镜下将食管分为上、中、下3段,上段从食管入口开始到左支气管压迹,约距门齿15~23cm,粘膜色泽偏红;中段距门齿23~32cm,粘膜色泽粉红,在距门齿约23cm处之前壁有由左支气管及主动脉弓横跨所形成的第二生理狭窄,动态观察尚可见此处有由主动脉搏动传导引起的食管局限性搏动;下段距门齿32~40cm,粘膜呈黄红色。(图1-2~图1-6)

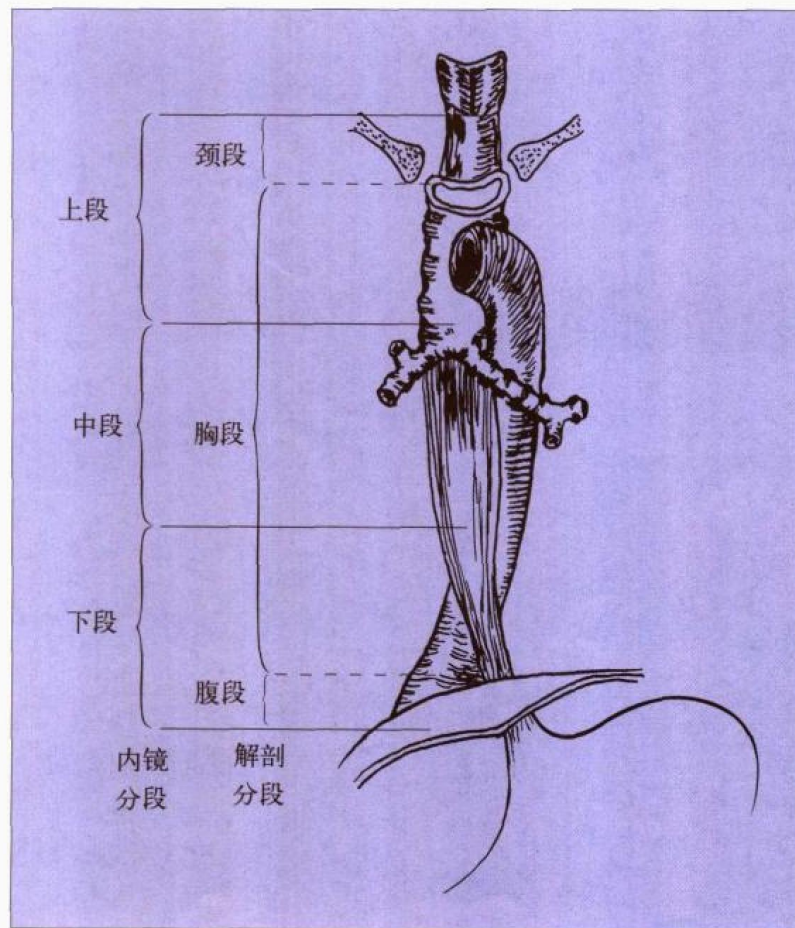


图 1-2 食管解剖学分段及内镜分段示意图



图 1-3

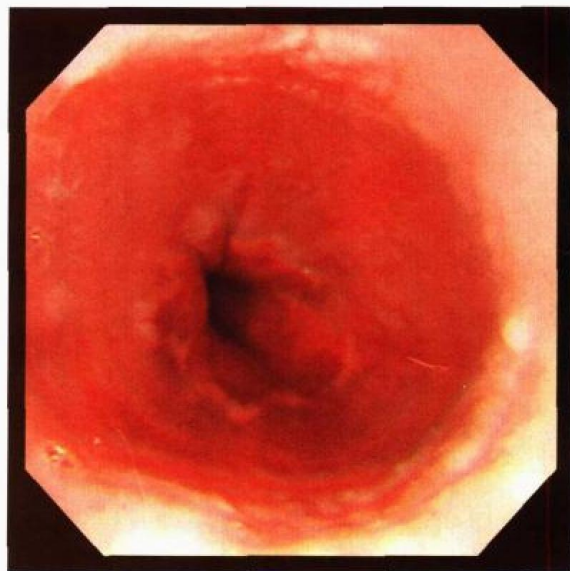


图 1-6

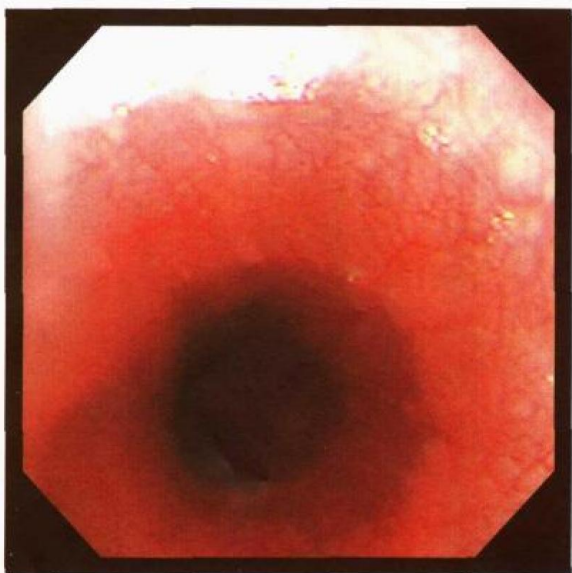


图 1-4

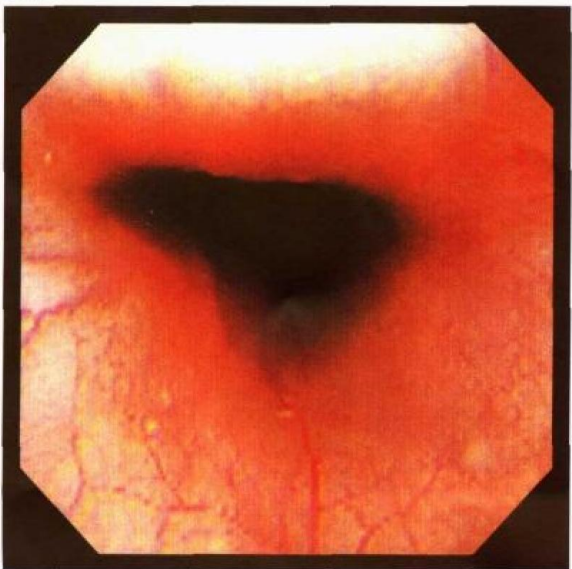


图 1-5

图 1-3 食管上段粘膜 粘膜色泽偏红，管腔关闭。

图 1-4 食管中段粘膜 粘膜粉红色。

图 1-5 食管第二生理狭窄 食管距门齿23cm处，狭窄由左支气管和主动脉弓压迫所致。

图 1-6 食管下段粘膜 粘膜黄红色。

1.2.2 食管粘膜下血管

由于食管粘膜菲薄，粘膜下血管清晰可见。食管上、中段的血管呈树枝状分布，尤以中段明显，而下段多呈栅栏状排列(图 1-7 ~ 图 1-9)。若食管发生病变，则血管网模糊不清。

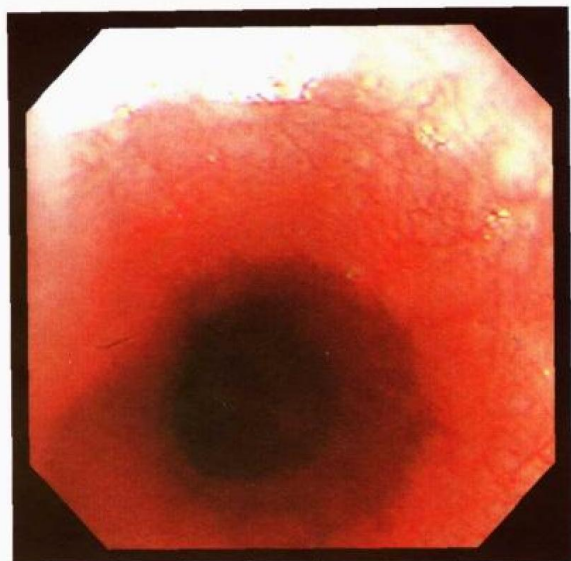


图 1-7

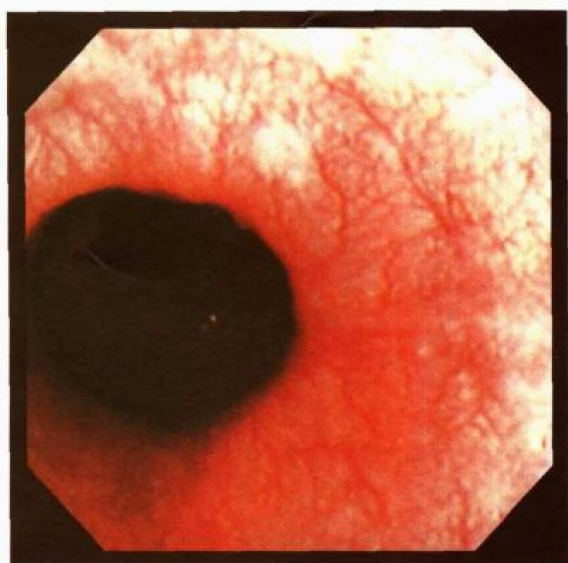
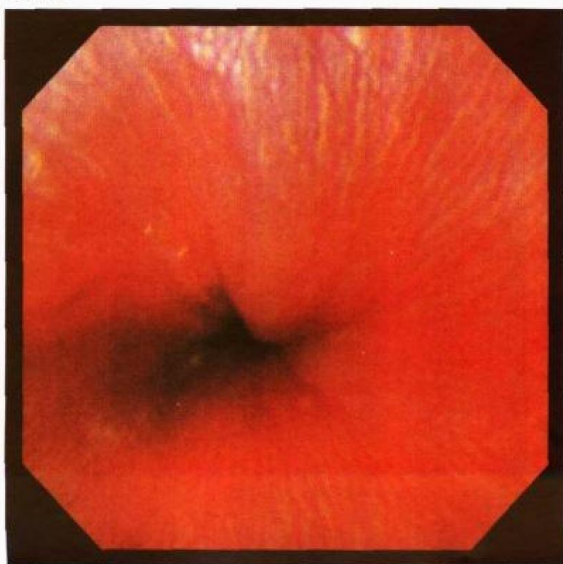


图 1-8

图 1-9



1.2.3 食管壁蠕动

食管壁的蠕动以中下段较明显、尤其下段，有时可见数条由粘膜及粘膜下层组成的纵行皱襞，有时还可见到数个环状收缩轮。少数情况下，尤在明显恶心时，两者可同时出现。(图 1-10 ~ 图 1-12)

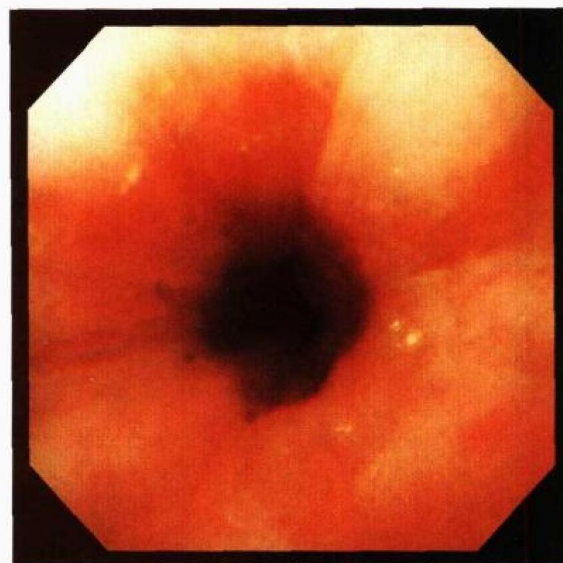


图 1-10

图 1-7 食管上段粘膜下血管 粘膜下血管呈树枝状分布。

图 1-8 食管中段粘膜下血管 粘膜下血管呈树枝状分布。

图 1-9 食管下段粘膜下血管 粘膜下血管呈栅栏状排列。

图 1-10 食管蠕动 食管中段纵行皱襞。

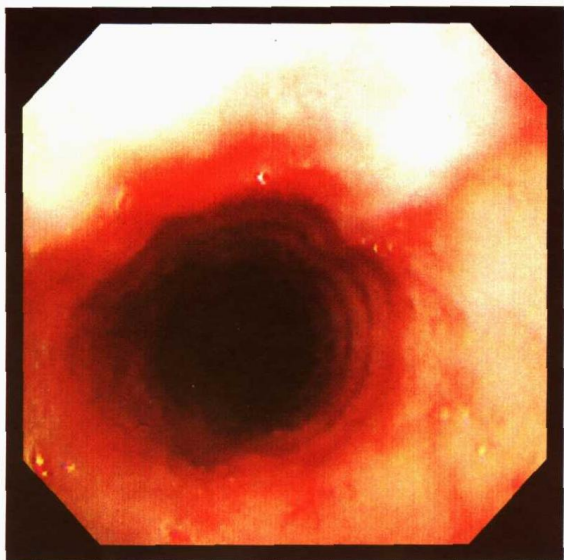


图 1-11

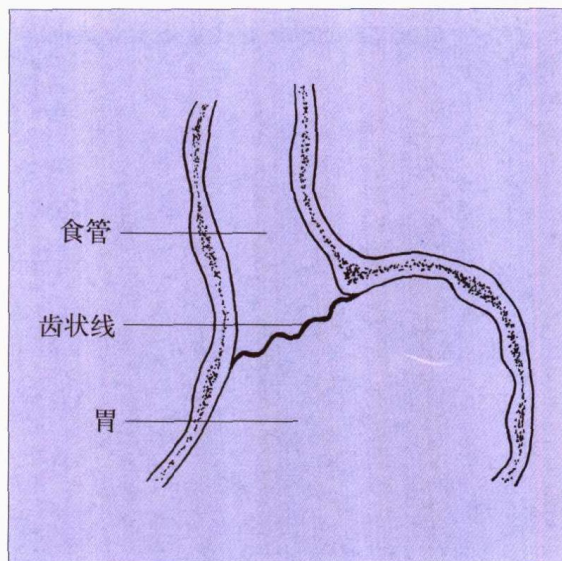


图 1-13 齿状线示意图

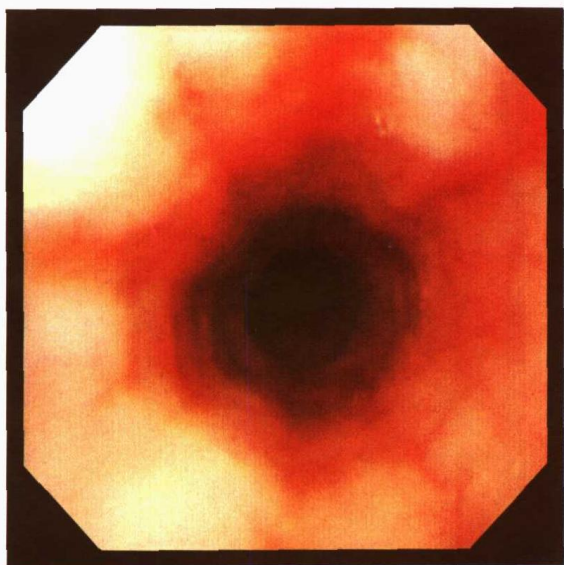


图 1-12

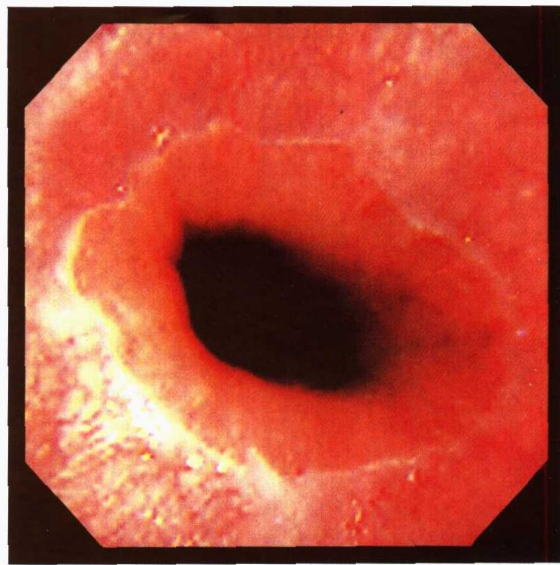
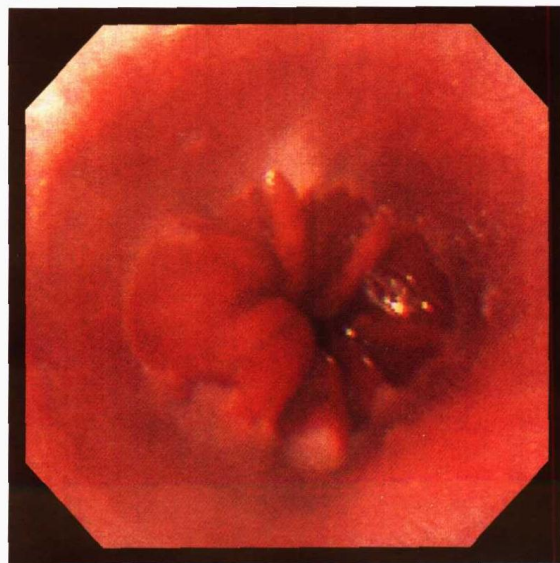


图 1-14

图 1-11 食管蠕动 食管下段环状收缩轮。

图 1-12 食管蠕动 食管中下段纵形和环形收缩。

图 1-15



1.2.4 齿状线

食管下段在食管-胃连接处, 由于食管的复层鳞状上皮过渡为胃的单层柱状上皮, 淡粉红色或淡黄红色的食管粘膜与桔红色的胃粘膜在此互相连接、犬牙交错地形成分界十分明显的齿状线, 又称“Z”线。

内镜下齿状线形状大致可分为类圆形、蝶形、半岛形、齿轮形及普通形(图 1-13 ~ 图 1-23)。

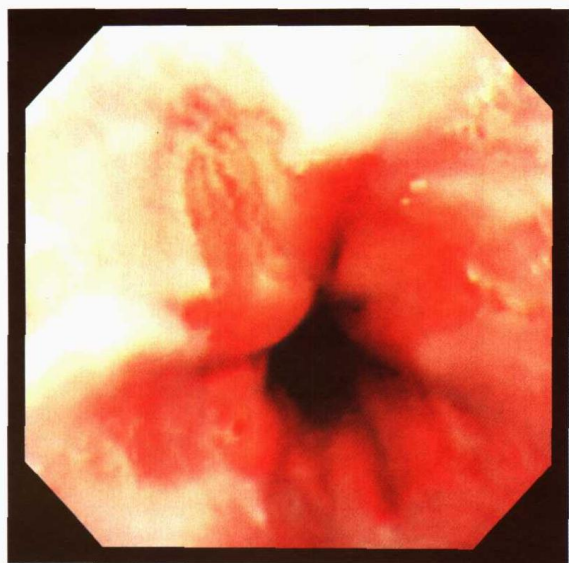


图 1-16

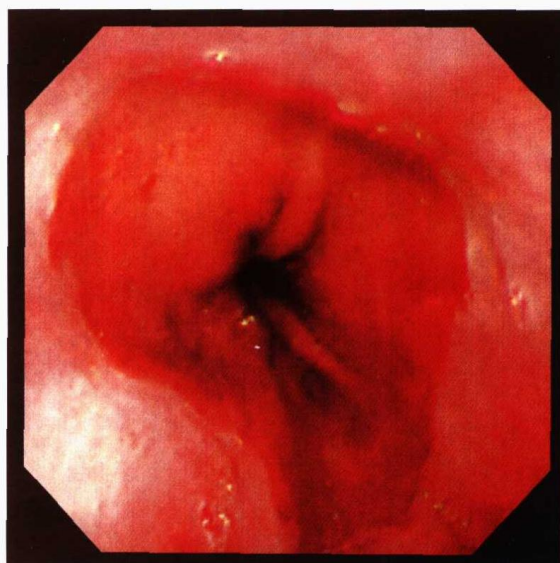


图 1-19

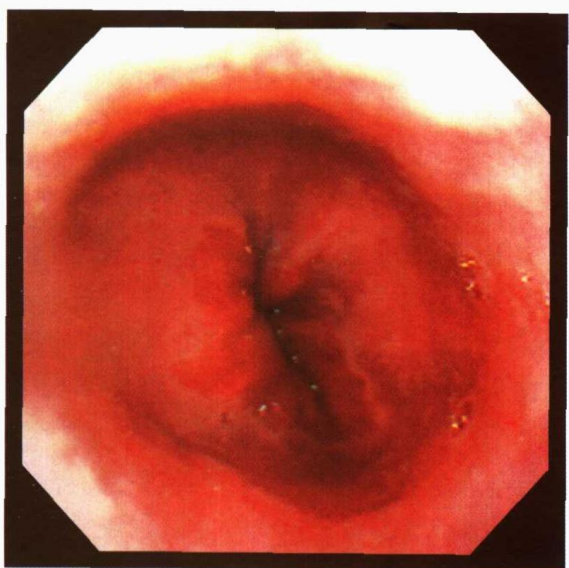


图 1-17

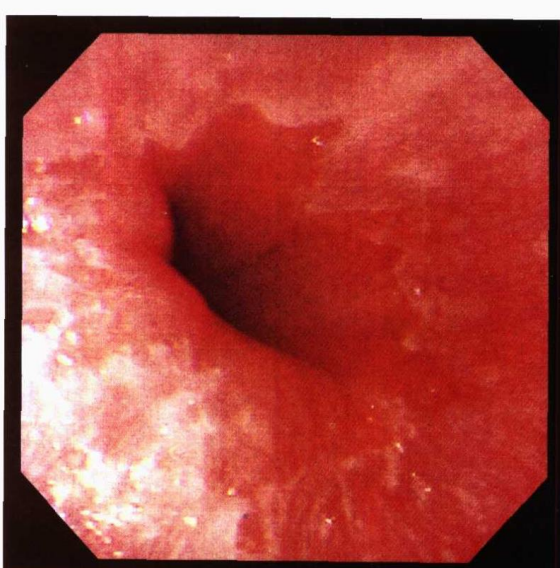


图 1-20

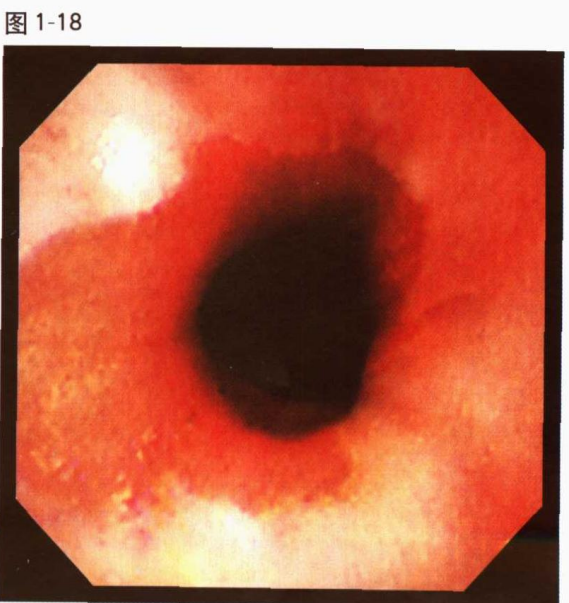


图 1-18

- 图 1-14 类圆形齿状线
- 图 1-15 类圆形齿状线
- 图 1-16 蝶形齿状线
- 图 1-17 蝶形齿状线
- 图 1-18 半岛形齿状线
- 图 1-19 半岛形齿状线
- 图 1-20 齿轮形齿状线

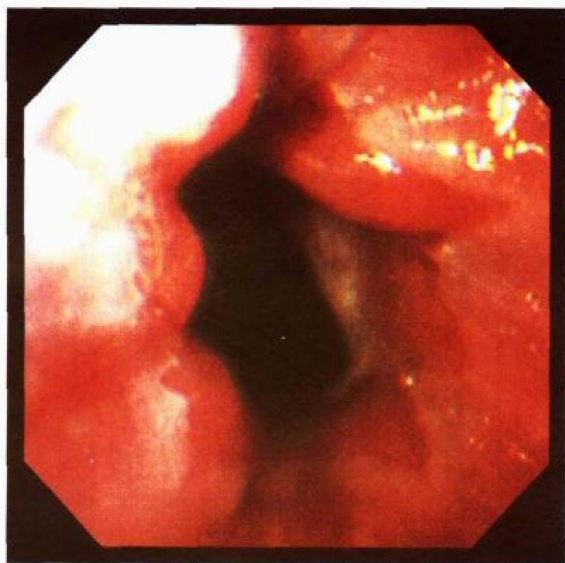


图 1-21

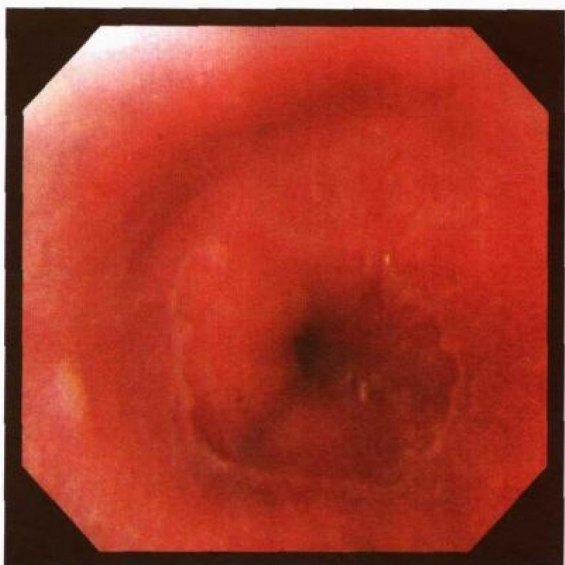


图 1-22

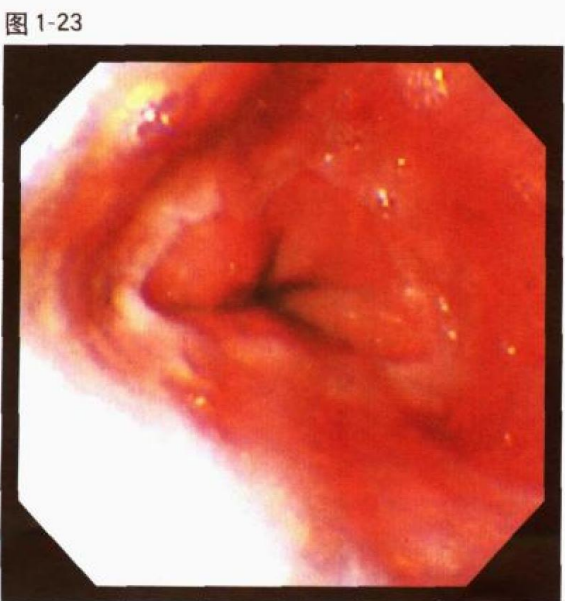


图 1-23

1.3

食反流性食管炎

Reflux Esophagitis

1.3.1 概述

反流性食管炎常由胃 - 食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 所致, 主要是因下食管括约肌屏障功能不全, 使富含胃酸和胃蛋白酶的胃液(包括十二指肠液)反流入食管, 主要在食管下段, 使食管粘膜受损而致本病。内镜检查是反流性食管炎的主要诊断方法, 内镜下可判断反流性食管炎病变的形态、程度、范围及有无并发症。

GERD 较常见, 上海地区发病率为 7.68 %, 而西方国家较高, 约 7% ~ 15%, 但并非所有的 GERD 患者均有食管粘膜的破损, 故按内镜检查结果可分为内镜阳性 GERD 和内镜阴性 GERD。一般认为约 48% ~ 79% 的 GERD 为内镜阳性, 即有反流性食管炎的内镜表现。内镜下反流性食管炎的检出率为 2.5 % ~ 9.0 %, 我院内镜检出率为 7.03 %。

图 1-21 齿轮形齿状线

图 1-22 普通形齿状线

图 1-23 普通形齿状线

1.3.2 内镜表现

反流性食管炎的病变多发生在食管下段,早期食管粘膜发红、充血、水肿、糜烂,呈点状或条状,齿状线模糊,血管网不清晰,有时伴伪膜状渗出物。随着损害加剧,食管下段粘膜充血、水肿或糜烂加重,并有不同程度的融合,甚至可达食管管腔全周,有时可形成溃疡或有不同程度的出血。随着炎症的好转、溃疡的愈合,可出现疤痕、狭窄、或演变为Barrett食管而成为食管腺癌的癌前病变之一(图1-24~图1-29)。

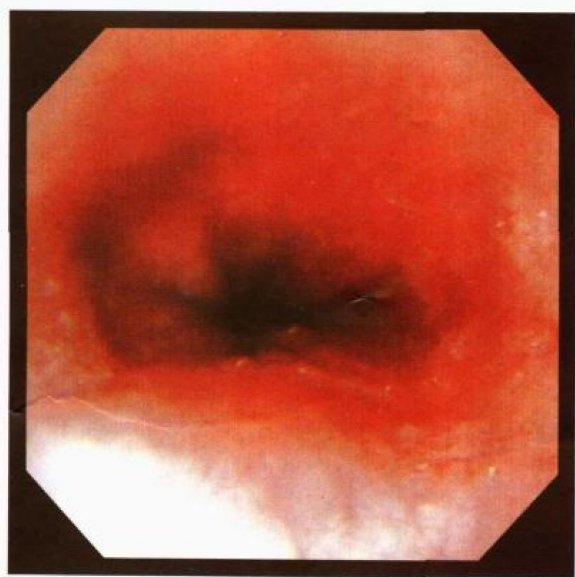


图 1-24

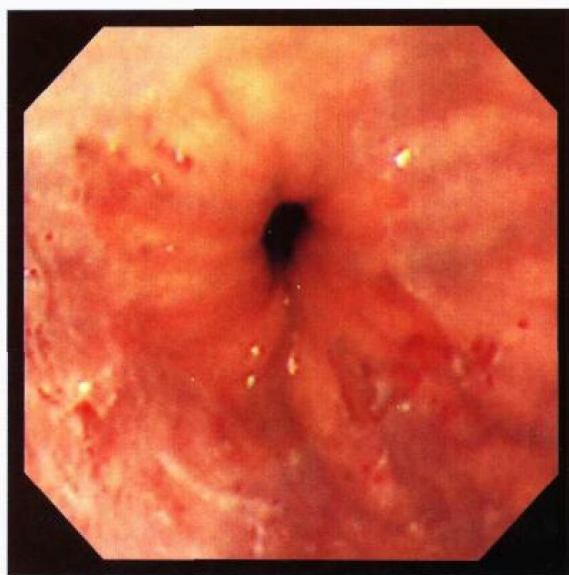
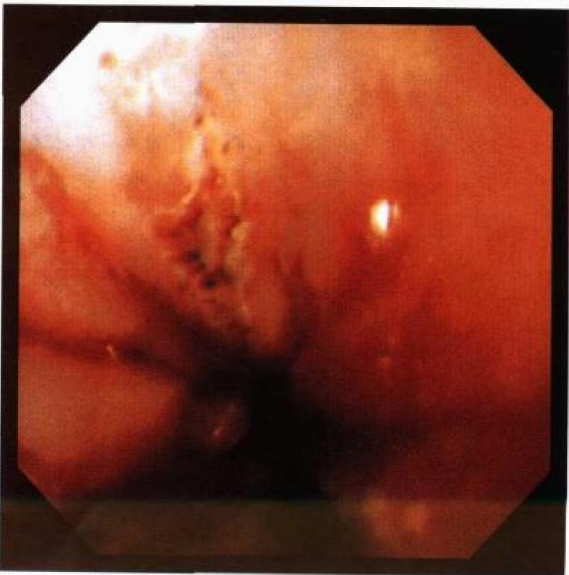


图 1-25



图 1-26

图 1-27



- 图 1-24 反流性食管炎 粘膜充血、水肿、发红,齿状线模糊。
- 图 1-25 反流性食管炎 齿状线附近点状、片状糜烂。
- 图 1-26 反流性食管炎 粘膜散在条状糜烂,周边稍充血、水肿。
- 图 1-27 反流性食管炎 粘膜充血、水肿,溃疡形成。

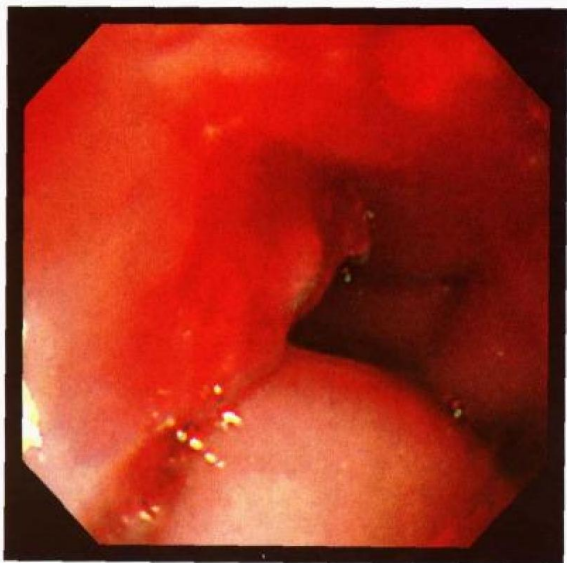


图 1-28

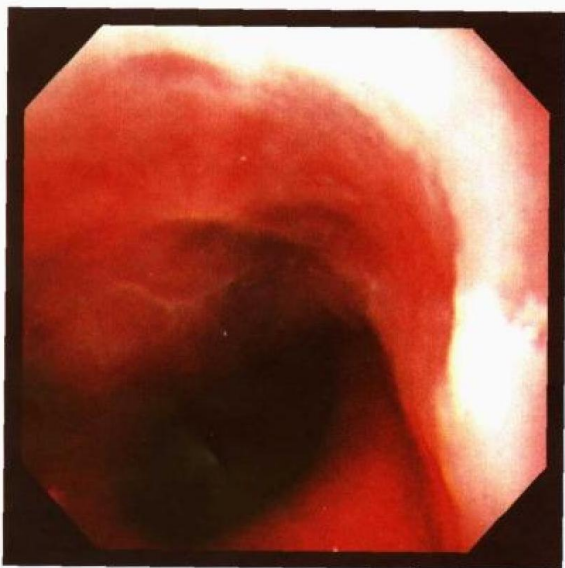


图 1-29

图 1-28 反流性食管炎 食管下段溃疡伴活动性出血。

图 1-29 反流性食管炎 食管下段为溃疡愈合后形成的疤痕。

1.3.3 内镜分级

反流性食管炎内镜下分级,国内外有诸多的分类方法,但至今仍未完全统一。既往以Savary-Miller分级(表1-1)应用较多,我国为更好的深入和统一研究本症,1999年8月在烟台召开的全国反流性食管病(炎)研讨会上制定了反流性食管炎的内镜诊断及分级标准,对于有组织学改变而无内镜下食管粘膜损害的称内镜阴性GERD,而对于有食管粘膜破损的称内镜阳性GERD,并根据食管粘膜破损的程度,将其分为三级。本书试按烟台分级对内镜下反流性食管炎进行讨论(表1-2,图1-30~图1-48)。

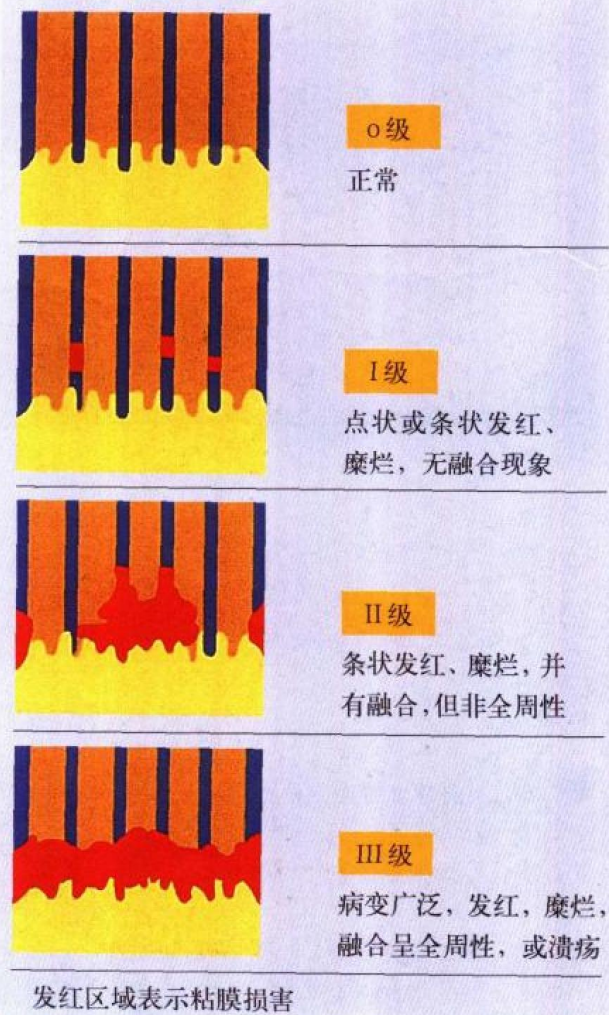


图 1-30 反流性食管炎(烟台)内镜分级示意图

表 1-1 Savary-Miller 反流性食管炎分级

分级	内镜表现
1	粘膜有一处或多处非融合性损伤，伴或不伴有渗出或浅表糜烂
2	渗出、糜烂等病变扩大、加重且有融合，但未累及食管整个环形粘膜
3	融合的渗出、糜烂性病变加重且扩大，累及食管整个环形粘膜
4	损害呈慢性过程，如溃疡、疤痕、狭窄、食管缩短等，有时可化生为 Barrett 食管

表 1-2 反流性食管炎的内镜诊断及分级(1999·烟台)

分级	食管粘膜内镜下表现
0 级	正常（可有组织学改变）
1 级	点状或条状发红、糜烂，无融合现象
2 级	有条状发红、糜烂，并有融合，但非全周性
3 级	病变广泛，发红、糜烂融合呈全周性，或溃疡

必须注明：各病变部位(食管上、中、下段)和长度；狭窄部位、直径和程度；Barrett 食管改变部位，有无食管裂孔疝

- 图 1-31 反流性食管炎(1级) 食管下段散在点状发红、糜烂。
- 图 1-32 反流性食管炎(1级) 齿状线上散在点状及片状糜烂。
- 图 1-33 反流性食管炎(1级) 散在片状糜烂、齿状线不清。
- 图 1-34 反流性食管炎(1级) 糜烂呈孤立片状、粘膜下血管不清。

图 1-31



图 1-32

