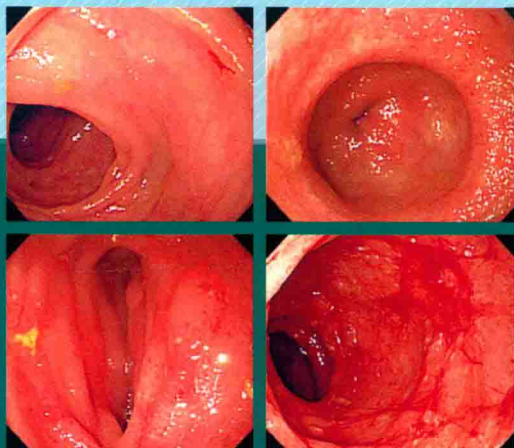


小肠疾病内镜诊断

主 编 于中麟



科学出版社

小肠疾病内镜诊断

主 编 于中麟

副主编 张澍田 冀 明 吴咏冬

内 容 简 介

本书由多年从事消化科内镜临床一线的专家编写,主要介绍了内镜在小肠疾病诊断中的应用。每种疾病皆在介绍病因、症状、诊断方法之后,重点讲解内镜检查肉眼所见,以及内镜下与其他疾病的鉴别诊断,并简述了治疗方法。

本书图文并茂、内容实用,可供消化科医师、内镜医师、普通外科医师以及拟从事消化内镜专业的相关人员参考。

图书在版编目(CIP)数据

小肠疾病内镜诊断/于中麟主编. —北京:科学出版社,2018. 3
ISBN 978-7-03-056323-1

I. ①小… II. ①于… III. ①小肠—肠疾病—内窥镜检
IV. ①R574. 504

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 008911 号

责任编辑:于 哲 / 责任校对:张小霞

责任印制:肖 兴 / 封面设计:龙 岩

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

http://www. sciencep. com

北京汇瑞嘉合文化发展有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年3月第 一 版 开本:850×1168 1/32

2018年3月第一次印刷 印张:4 1/8

字数:106 000

定价:38.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

多年来，小肠疾病一直被认为是少见病。另外，由于诊断手段偏少，认识不足，故小肠疾病长期以来被业内认为是“黑暗的土地”。

1971 年 Olympus 公司开发了小肠镜，但当时只能推至十二指肠悬韧带，而且很难操作，故未能推广。日本山本博德医师开发了双气囊小肠镜，对小肠疾病的临床诊断起到了重要的推动作用，随之由富士胶片公司推出双气囊小肠镜，之后，Olympus 公司又推出单气囊小肠镜，使了解“黑暗的土地”初见曙光。

以色列 Given Imaging 公司在 2001 年开发了胶囊内镜，数年之后国内金山公司也生产出胶囊内镜，小肠检查逐渐达到安全、无痛苦化。

上述检查技术的发展和进步无疑提高了对小肠疾病的认识水平。

本人于 20 世纪 80 年代赴日本留学，其间，发现小肠气对比的 X 线造影能够提高临床诊断能力，应将其掌握。回国后运用此技术诊断了数例在其他医疗单位不能确诊的病人，这些病人的病情皆属晚期。

目前，随着国内各种内镜的使用和普及，医生们在小肠内镜诊治方面积累了一定的经验，但由于小肠疾病较少见，且检查费用偏高，多数检查者经验十分有限。为此，我们编写了本书，以期为初学者提供学习参考，同时也为消化科医师提高对小肠疾病的认识提供丰富的参考资料。

《小肠疾病内镜诊断》一书在编写过程中，得到王海寅工

程师、牛丹丹同志的大力支持，在此一并予以致谢。由于编者学术水平有限，书中若存在不足或错误之处，望读者批评指正。

首都医科大学附属北京友谊医院
教 授

于中麟（天津医科大学名誉教授） 张澍田
冀 明 吴咏冬

一、小肠炎症性疾病(非肿瘤性疾病) / 1

非特异性小肠炎症性疾病 / 1

克罗恩病 / 1

非甾体抗炎药性溃疡(NSAID 溃疡) / 4

肠道白塞(Behçet)病/单纯性溃疡 / 7

慢性非特异性多发性小肠溃疡 / 10

缺血性小肠炎 / 13

过敏性紫癜 / 15

嗜酸性粒细胞浸润性小肠炎 / 17

特异性小肠炎症性疾病 / 20

组织移植后宿主病 / 20

胶原病性小肠病变 / 23

小肠结核 / 26

甲氧西林耐药性葡萄球菌性肠炎(MRSA 肠炎) / 28

放射性小肠炎 / 32

二、小肠肿瘤性疾病 / 35

恶性小肠肿瘤性疾病 / 35

原发性小肠癌 / 35

恶性淋巴瘤 / 37

消化道原发滤泡性淋巴瘤 / 40

肠道 T 细胞淋巴瘤 / 44

小肠黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤 / 48

胃肠道间质瘤 / 51

小肠类癌 / 55

良性小肠肿瘤性疾病 / 59

小肠多发神经内分泌肿瘤 / 59

Peutz-Jeghers 综合征 / 62

Cronkhite Canada 综合征 / 64

家族性大肠腺瘤病中的小肠腺瘤 / 67

脂肪瘤 / 71

炎性类纤维性息肉 / 72

小肠平滑肌瘤 / 75

海绵状血管瘤 / 78

毛细血管瘤 / 80

化脓性肉芽肿 / 83

淋巴管瘤 / 86

三、小肠血管性疾病 / 90

遗传性出血性末梢血管扩张症 / 94

小肠静脉曲张 / 97

四、小肠其他疾病 / 101

梅克尔憩室 / 101

小肠憩室(不含梅克尔憩室) / 103

蛋白漏出性胃肠病(不含肠淋巴管扩张症) / 106

肠淋巴管扩张症 / 109

小肠气囊肿 / 113

小肠结石 / 116

异位胰腺 / 118

参考文献 / 121

一、小肠炎症性疾病（非肿瘤性疾病）

非特异性小肠炎症性疾病

克罗恩病

Crohn disease

克罗恩病多表现为腹痛、腹泻、肛门部病变，伴有体重减轻、发热等全身症状。

该病为自身免疫异常而呈持续性炎症的一种疾病，目前病因尚不明确。

除肠管外症状尚有贫血、关节炎、口腔溃疡、结节性红斑，坏疽性脓皮病等皮肤症状及虹膜炎，幼年发病尚可致生长发育障碍，病程长久则易发生恶性肿瘤。

临床症状与活动程度并非完全一致。

必须以内镜、造影检查来客观评价炎症程度及病变范围。以往只能以大肠镜评价大肠及回肠末端的病变，自小肠镜应用于临床以来，使过去无法评估的小肠疾病成为可能。

治疗方面主要是加强营养及药物治疗。自药物英夫利昔单抗（infliximab）、阿达木单抗（adalimumab）为代表的抗体制剂应用以来，药物治疗已成为主要手段，使长期预后得到改善。目前治疗目标以临床症状改善、防止复发为中心，内镜评价指标也进入了“黏膜愈合”这一概念，治疗原则上遵循黏膜愈合后再行抗复发治疗这一理念。

【内镜所见】

气囊小肠内镜已达到肉眼可直接观察的水平，小肠病变的铺路石改变及纵行溃疡、不规整溃疡与大肠镜所见相似。阿弗他溃疡，即病变中央部呈凹陷性溃疡，周边炎症性水肿性隆起，但这些改变在其他病亦可呈现。

克罗恩病变具有纵行倾向的特征，且此不规则之纵行溃疡在其他疾病比较少见，溃疡多发生在肠系膜附着侧，用内镜观察时处于从回盲部至回肠末端，插镜时多在 12 点处（图 1，图 2），若回肠见到的糜烂呈纵行排列，则大多数活检标本都能在切片上看到肉芽肿（图 3）。

虽然小肠造影、胶囊内镜也可能发现病变（图 4），但不如气囊小肠镜清晰，且能取到活检标本，行病理学诊断，还能进行狭窄处的扩张治疗，而胶囊内镜在有狭窄病变时会有滞留胶囊的危险。不过胶囊内镜检查具有病人痛苦小，易于接受的优点。

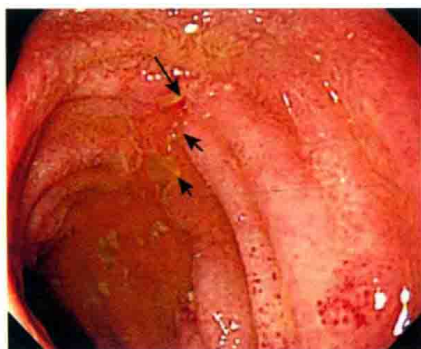


图 1 气囊小肠镜：系膜附着部纵行倾向溃疡



图 2 气囊小肠镜见纵行糜烂

【鉴别诊断与内镜的鉴别】

肠结核：溃疡走行多是横行，或有环行倾向，陈旧病变可

见瘢痕性萎缩带。

克罗恩病溃疡多在肠系膜附着处，即内镜插入时多在回盲瓣、回肠 12 点处。尽管如此，实际上鉴别尚存在不少困难。

肠白塞病、单纯性溃疡：多以回盲瓣为中心，呈圆形、卵圆形溃疡，溃疡周边几乎无炎性隆起，极似拔钉孔样凹陷溃疡。

NSAID 空肠病变：多以糜烂为主，至回肠可形成小溃疡、环行溃疡，当克罗恩病发生狭窄时也可以见到。

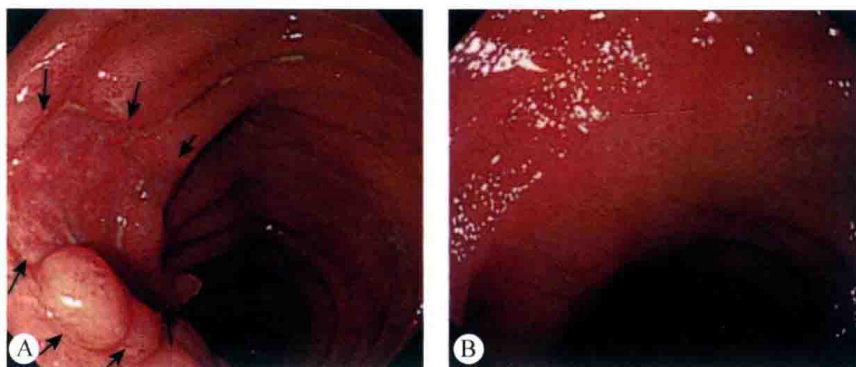


图 3 英夫利昔单抗治疗后黏膜愈合，瘢痕化

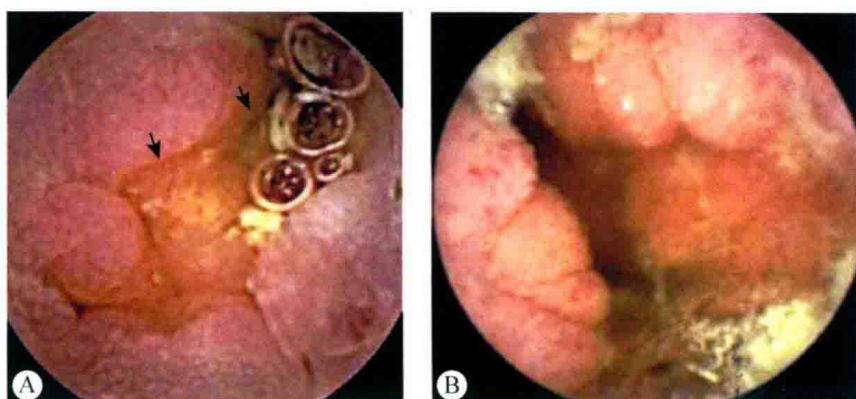


图 4 胶囊内镜所见：回肠纵行溃疡（A）和铺路石改变（B）

【治疗原则】

1. 营养疗法。
2. 药物治疗。
3. 如有小肠狭窄，可进行手术治疗。①行扩张术，以 X 线小肠造影为标准，狭窄 $< 3\text{cm}$ 为宜； $> 3\text{cm}$ 多扩张失败。②择期手术。

非甾体抗炎药性溃疡 (NSAID 溃疡)

NSAID related ulcers

非甾体抗炎药及小剂量阿司匹林 (aspirin)，不仅会损伤胃、十二指肠黏膜，还可引起小肠溃疡性病变，常为原因不明的消化道出血病因之一。

选择性环氧化酶抑制药 COX-II 亦不例外。但不同种类的 NSAID 药物，在不同的服用时期，需多长时间才发病尚不清楚。

近年应用小肠胶囊内镜后，经临床研究服用 NSAID 药物者约 70% 的人发生小肠黏膜损伤，高龄与 PPI 并用的重病者发病更为多见。

【诊断标准】

尚不明确，可参考以下项目。

1. 内镜见小肠溃疡且有膜样狭窄。
2. 发病时正在服用 NSAID，停药后病情好转。
3. 除外特异性肠病和感染性病因；无抗生素服用史。

严格地讲第 2 项是必需的。

NSAID 及小剂量阿司匹林，是为了镇痛或抗血栓治疗，切勿为了诊断本病停药而使病情恶化、复发，尤其是有缺血性心、脑、末梢血管病正在使用小剂量阿司匹林者，若停药应与相关专科医师会诊后再决定。

【内镜所见】

胶囊内镜虽为微创检查，但应在 CT 下小肠造影确定无狭窄情况下进行。有 NSAID 服药史，且确认有狭窄，存在胶囊滞留肠内的可能，应在向病人明确说明后，再进行检查。若证明通畅，也应充分予以评价后再行检查，因有时即便存在狭窄，胶囊内镜仍可能通过。

内镜下常见表现为阿弗他溃疡、拔钉孔样溃疡，圆形、不整形地图样溃疡，形态多种多样，而环行溃疡和膜状狭窄为特征性所见，但仅有 2%，长期小剂量服用阿司匹林也有同样报道，而多数仅为红斑及绒毛缺损等微细改变。

病变分布：溃疡多在小肠远端，与肠系膜附着侧或对侧或无关，可经活检孔注入造影剂进一步明确病变分布及狭窄程度，或是否在系膜附着侧（图 5、图 6）。

【鉴别诊断】

本病内镜表现多种多样，很难明确诊断，尽管有环行溃疡与膜状狭窄的特征性改变，但实际上很少出现，因此存在服药史至关重要。

需鉴别的疾病有：细菌感染性肠炎、肠结核、巨细胞病毒性肠炎、克罗恩病、非特性多发性小肠溃疡、缺血性小肠炎、肠道白塞病、小肠癌、恶性淋巴瘤。上述疾病皆有可能出现溃疡性改变，抗酸菌培养、活检、隐性结核感染血液检查（quantiferon）对诊断有一定帮助。

与克罗恩病有一定差别的是溃疡并不一定发生在系膜附着侧，不伴有定型病变的疾病，如口腔黏膜溃疡、外阴溃疡、眼部病变。有时鉴别困难。活检多为非特异性炎症，而看不到肉芽肿变化。

【治疗原则】

1. 抑制肠管炎症，防止并发症，改善营养状态。

2. 停药，但注意是否存在使原发病恶化的危险。目前对改用 COX-Ⅱ 选择性抑制药是否能预防尚不肯定。

3. 美索拉唑、雷贝拉唑能否预防尚无定论。

4. 大出血、穿孔、梗阻时应外科治疗。

5. 对小肠狭窄者，内镜下扩张术有可能代替手术。

只有在膜样狭窄 UL-Ⅱ 溃疡瘢痕时使用，由于只存在固有肌层，故不会引起穿孔。

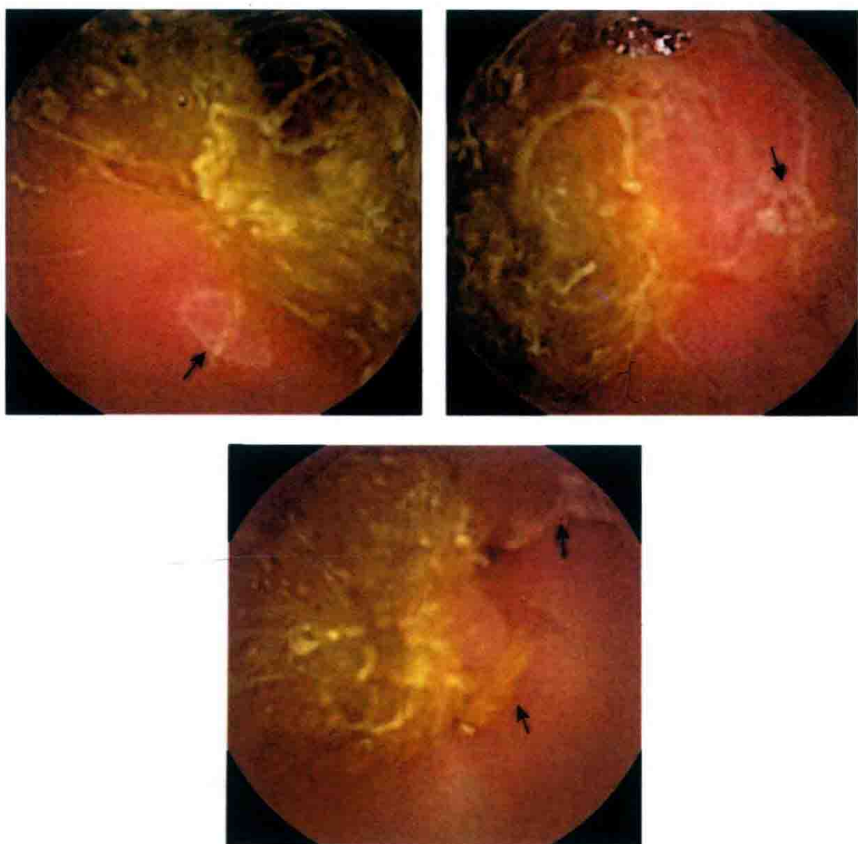


图5 胶囊内镜：服用小剂量阿司匹林致小肠黏膜损伤残渣较多，下部小肠多发溃疡，形态各异

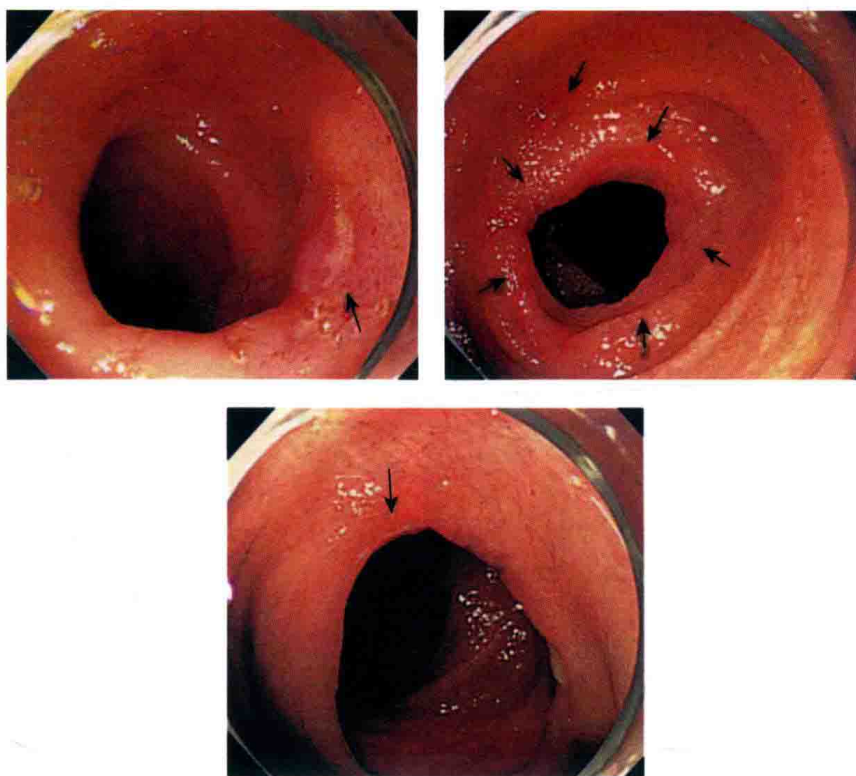


图6 服用小剂量阿司匹林的气囊小肠镜所见，同上病例，以回肠为中心多数溃疡，圆形、地图样，特征性环行溃疡

肠道白塞（Behçet）病/单纯性溃疡

Entero-Behçet's disease/Simple ulcer

白塞病为原因未明的全身性炎症性疾病，特征表现为口腔黏膜溃疡，皮肤、眼、外阴部的慢性炎性。以消化道病变为临床改变的白塞病，多在回盲部形成挖坑样溃疡。

肠道白塞病占总体白塞病的 2%~26%，多为无眼部症状的不完全型。

【内镜所见】

典型者呈边缘清晰的挖坑样或拔钉孔样溃疡，其形状呈卵圆形或类圆形，也有呈不规则形，回盲部好发（图 7A），也有呈多发者，两病变中间黏膜无炎性改变。

也有呈阿弗他多发溃疡，形态多种多样。不典型者（图 7B，图 8）多在回盲部，兼有典型病变并存，也有只见不典型者。甚至伴有铺路石样改变。

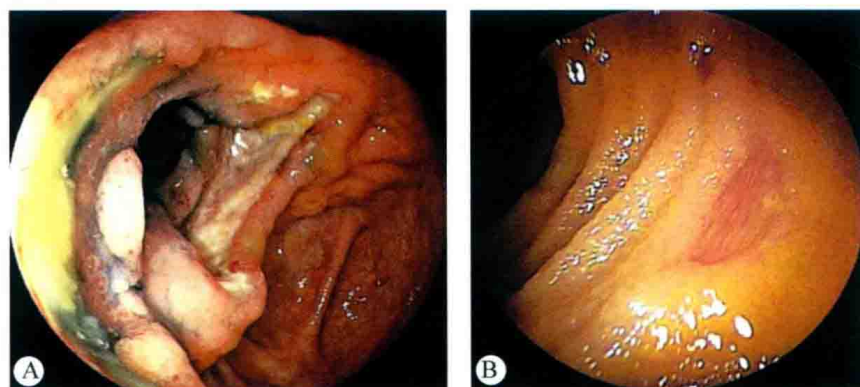


图 7 气囊小肠镜所见

A. 典型病变，回盲瓣上边缘清晰开放性溃疡；B. 非典型，回肠上卵圆形溃疡

【鉴别诊断】

本病需与克罗恩病、肠结核、非甾体消炎药性肠病、回盲部形成溃疡的感染性肠炎、淋巴瘤、癌相鉴别。

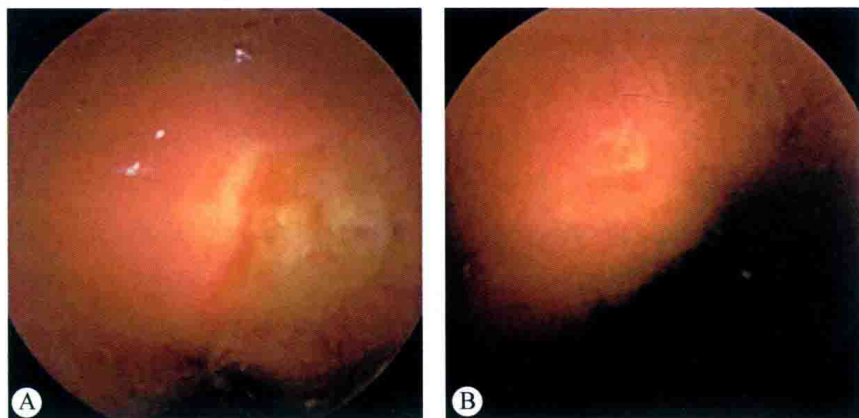


图8 胶囊内镜所见

A. 回肠类圆形溃疡的典型病变；B. 非典型病变，回肠糜烂灶

形态：从溃疡形态及形状区分很重要。

不典型者从病变分布及排列形态观察也是有用的。

克罗恩病：病灶以系膜附着侧为中心，形成纵行排列。

肠结核：溃疡多以黏膜肌层为中心，好发在肠系膜附着的一侧。

参考条件：服药史、炎性反应、隐性结核感染血清试验，活检（图9）。



图9 切除肠管病理切片所见：明显纤维化的挖坑样溃疡UL-IV

【治疗原则】

症状明显时，内镜表现呈明显挖坑样溃疡，先以皮质激素进行缓解治疗，好转后以 5-ASA 维持治疗。

激素治疗无效或减量复发时，使用免疫抑制药硫基嘌呤，注意保持营养，必要时可予以肠营养疗法。

近年有报道称使用 TNF-2 有效，且标准治疗无效时，本药有效。

内科治疗无效或穿孔，形成瘻管时行外科手术治疗。

慢性非特异性多发性小肠溃疡

chronic nonspecific multiple ulcer of the small intestine

本病表现为持续性潜在出血，导致贫血及低蛋白血症，无自愈倾向的小肠浅而多发的溃疡。

组织学无特异性的慢性炎症性肠道病变，有常染色体劣性遗传家族的表现，可能属于家族性遗传疾病。年幼时出现原因不明的缺铁性贫血起病，青壮年后始获诊断。

【主要症状】

贫血，伴水肿，肉眼无血便，呈高度低色素性贫血，低蛋白血症，大便隐血持续阳性，可有轻度炎症指标上升。

病变发生在回肠，但至末端又正常，小肠溃疡呈横行状或细长三角形，与肠系膜附着部位无关。随肠管长轴方向走行，溃疡亦可呈分支状或有融合倾向，溃疡止于黏膜下，轻度淋巴细胞及浆细胞浸润，溃疡底部有均匀一致的纤维化，溃疡边缘及溃疡间黏膜正常，无绒毛萎缩。