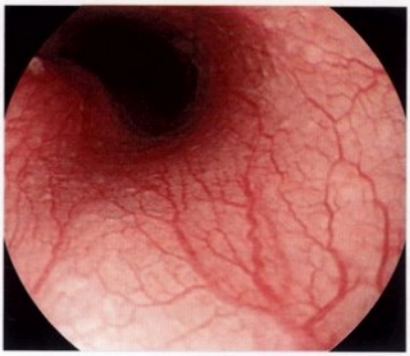
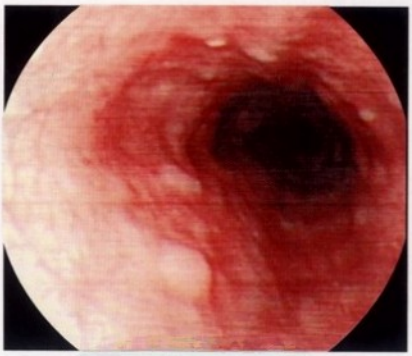
第一章 食 管

第一节 正常食管胃镜表现

胃镜下正常食管粘膜呈粉白色，与胃粘膜比较显薄而透明，注气扩张时可见树枝状血管网影，粘膜表面光滑，约25%的正常人镜下可见食管粘膜有散在直径约5mm左右的白色小结节，少数可融合成片，此为糖原颗粒（棘细胞层增厚），需与念珠菌病鉴别。



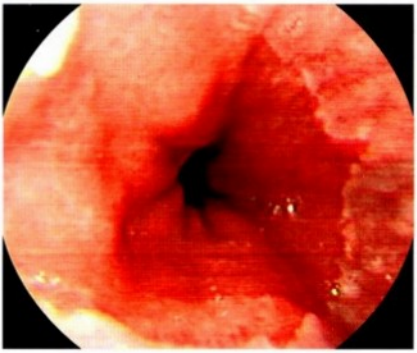
正常食管粘膜可见
树枝状血管纹理



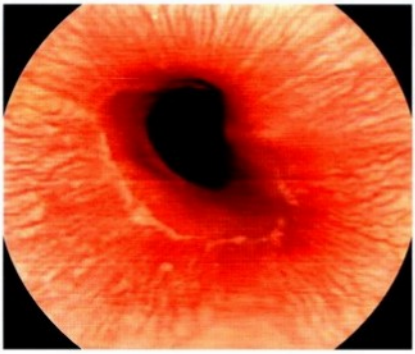
正常食管可见白色
小结节状颗粒

正常食管—胃连接呈不规则齿状、波浪状，分界清楚，粉白色鳞状上皮与桔红色柱状上皮能清晰辨认。食管下段近胃—食管连接血管纹理呈栅栏状。

需要全本请访问 www.ertongbook.com

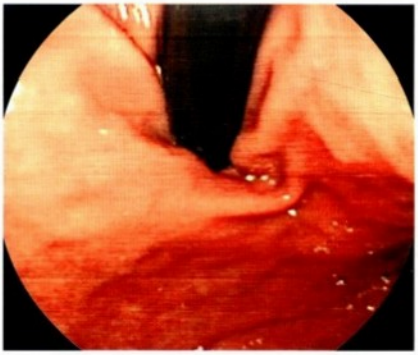


食管—胃连接齿状线



食管远端血管

齿状线以下2～3cm范围为贲门，进镜时仅部分观察，因此需通过胃镜反转再次观察。



胃镜反转观察贲门

第二节　食管炎症性疾病

1. 反流性食管炎

指酸碱反流导致的食管粘膜破损。

胃镜下判断有无反流性食管炎，关键需观察有无粘膜破损，不能仅凭粘膜色泽及血管走向等作出诊断。仅有食管粘膜血管纹理不清，粘膜粗糙不能诊断反流性食管炎。

反流性食管炎内镜分型方法较多，目前多采用以下两种分型；

(1)1999年8月在烟台全国反流性食管病研讨会上通过的反流性食管炎诊断标准：

反流性食管炎的内镜诊断及分级

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

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。

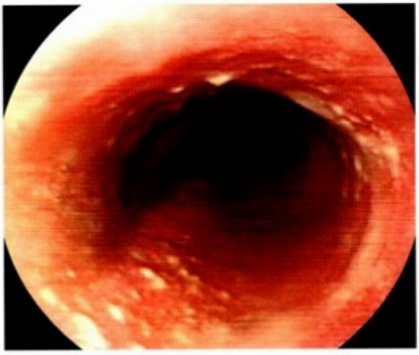
（2）洛杉矶分类法：将反流性食管炎分为四级：

A级：食管粘膜有一个或几个<0.5cm的粘膜损伤。

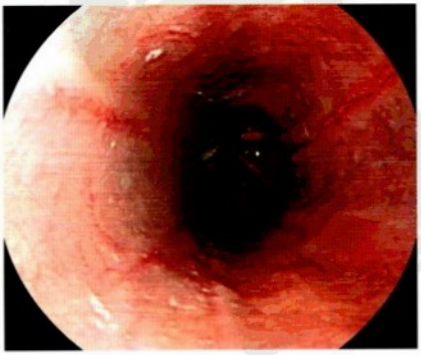
B级：同A级外，连续病变粘膜损伤>0.5cm，相互不融合。

C级：非环绕食管壁超过两条皱襞以上的粘膜融合性损伤。

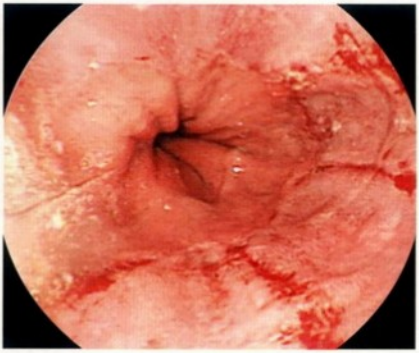
D级：粘膜损伤病灶融合范围>75%的食管壁，或环状融合。



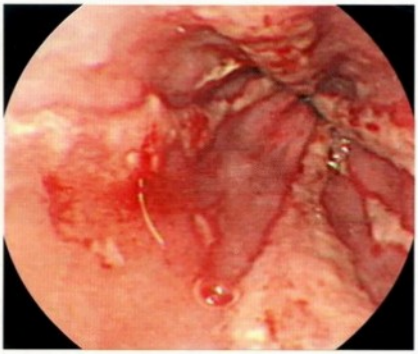
食管粘膜血管纹理不清，
但无粘膜破损非反流性食管炎



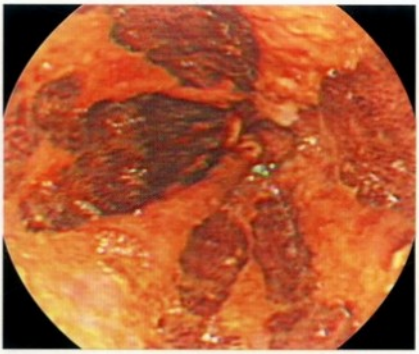
反流性食管炎（A级）
粘膜有破损



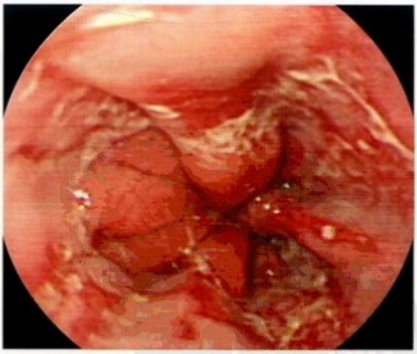
反流性食管炎（A 级）



反流性食管炎（B 级）
病灶相互不融合



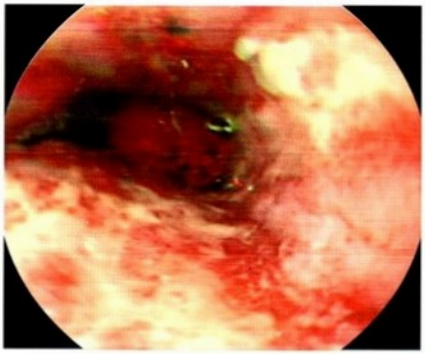
反流性食管炎（B 级）同一病例
复方碘染色，病灶区域未着色



反流性食管炎（C 级）
病灶融合



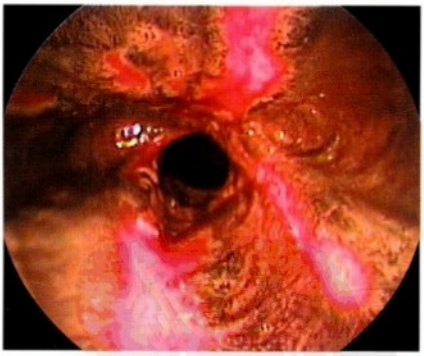
反流性食管炎（C级）
融合较多



反流性食管炎（D级）病灶
融合范围>75%



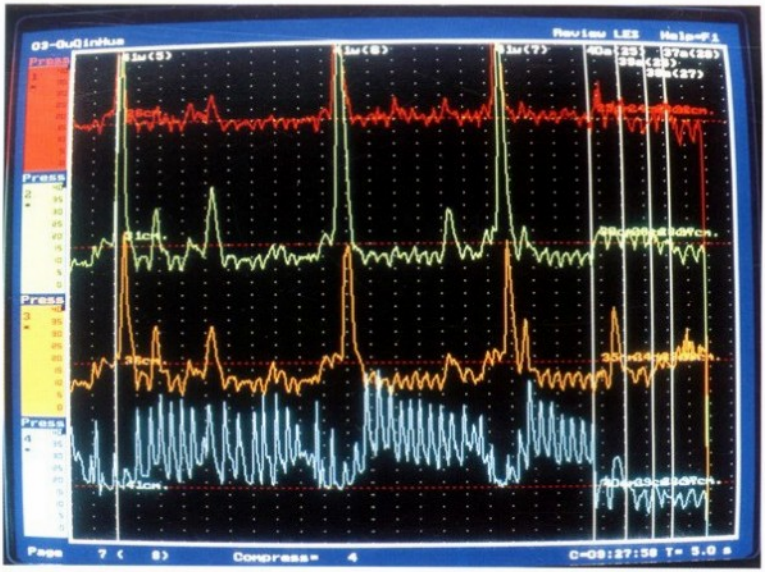
反流性食管炎（D级）
有食管狭窄



反流性食管炎（D级）染色

食管测压及24小时食管pH监测是诊断胃食管反流病的一种重要检测手段。食管测压LESP低平，远端食管吞咽蠕动波低于正常，推进性蠕动协调。24小时食管pH监测提示存在病理性胃食管反流。

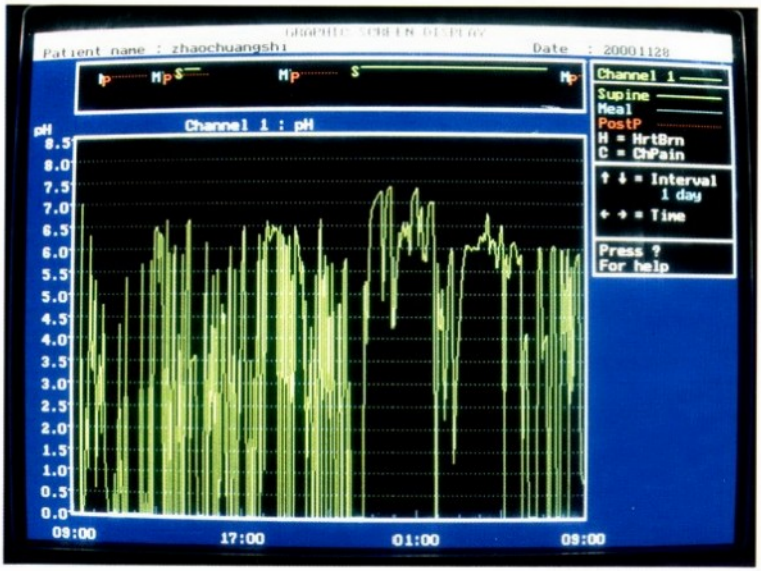
需要全本请访问 www.ertongbook.com



食管测压 LESP 低平



远端食管吞咽蠕动波低于正常，推进性蠕动协调



24 小时食管 pH 监测有病理性胃食管反流

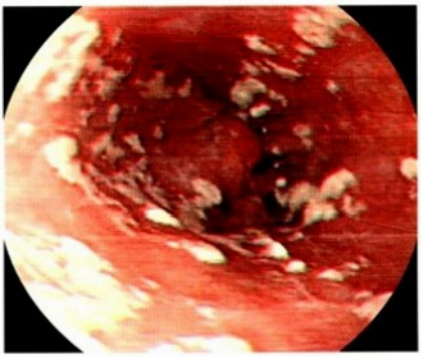
2. 霉菌性食管炎

霉菌性食管炎是食管感染性疾病中最常见的一种，主要为白色念珠菌，多在机体抵抗力低下或某种条件促霉菌过度生长侵袭力增强，出现生态平衡紊乱时发生，近年来国内外有报道十二指肠球溃疡患者在抑制胃酸及抗幽门螺杆菌治疗后出现食管、胃念珠菌感染。

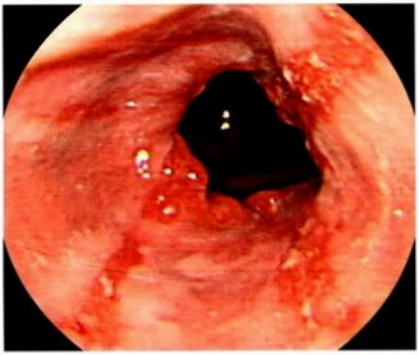
胃镜下表现：食管粘膜片状充血其上被覆乳白色粘稠分泌物的伪膜斑块，粘膜质脆，易出血，斑块有连成片但直径不超过 1cm，重者可有溃疡。确诊需通过内镜活检孔用细胞刷反复刷落涂片。胃镜下诊断需与反流性食管炎鉴别。

霉菌性食管炎与反流性食管炎的鉴别

	霉菌性食管炎	反流性食管炎
部位	全食道或中上段	多于下段食管
外观	多于充血粘膜上被覆乳白色伪膜斑，多现微隆起，病灶散在分布直径不超过1cm	多呈纵向条状病灶，微凹陷，糜烂灶较少点状分布
细胞涂片	可查到念珠菌	阴性



霉菌性食管炎（被覆乳白色散在分布伪膜斑）



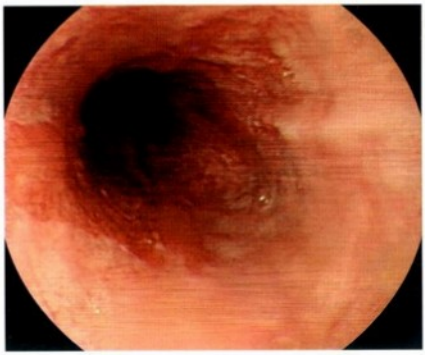
反流性食管炎（条状微凹陷糜烂灶）

3. Barrett 食管

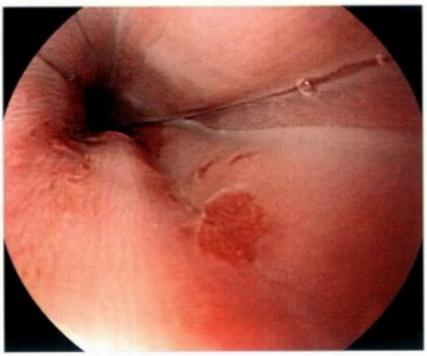
Barrett食管多由于长期胃食管反流，使食管的复层鳞状上皮被胃肠单层柱状上皮取代，近年来随着胃食管反流患者增多而检出率增高，因其与食管腺癌的发生有密切关系，临床上受到广泛重视。

胃镜检查因可直接观察食管上皮的颜色和结构改变，并可行染色和准确取材而被认为是最可靠的诊断方法，最后确诊需组织学检查。胃镜下特征表现为食管腔内与食管珠白色粘膜有明显分界线的天鹅绒红色斑，粘膜显充血

水肿，可环绕食管内壁伸延（全周型），或呈不规则的指状、岛状突起（岛型）可单发也可多发，病灶区除可见粘膜充血水肿外，还可有糜烂或溃疡。镜下若无法准确取材病检时，可通过活检孔插入喷洒导管向病灶区均匀喷洒卢戈氏液，于不着色区取材。镜下诊断Barrett食管需注意病灶必须于距离齿状线1cm以上，对齿状线不规则的胃食管连接者，易将正常连接部粘膜误诊为Barrett食管。



食管下段Barrett食管，岛状红色柔软的柱状上皮粘膜与珠白色鳞状上皮粘膜分界清楚



Barrett食管（指状）



卢戈氏液染色后食管鳞状上皮着棕色，Barrett食管病灶区不着色

通过食管测压及24小时pH监测对诊断Barrett食管有一定帮助，主要表现为食管LESP降低、24小时pH监测有病理性酸反流。

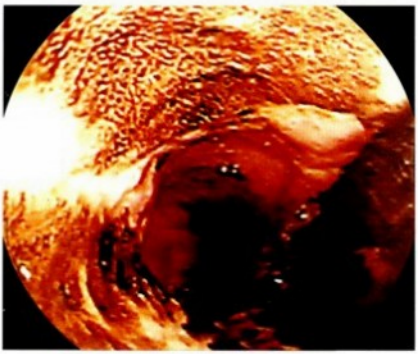


24小时pH监测示病理性酸反流

Barrett食管常见并发症有溃疡、出血、食管狭窄或食管腺癌。Barrett食管溃疡多较深，底有黄白色苔，周围粘膜有充血糜烂。反复不愈的溃疡可因疤痕化引起食管狭窄。



Barrett食管溃疡，周围桔色柱状上皮粘膜



Barrett 食管并食管狭窄
（未着色区为 Barrett 上皮）

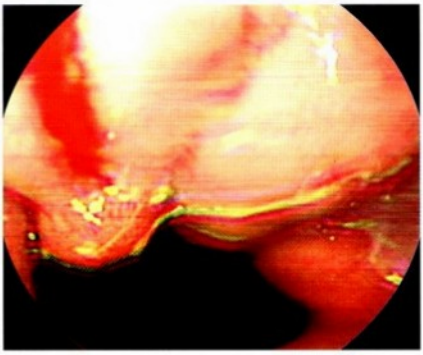
Barrett食管发生食管腺癌的可能性是一般人群的30～50倍，其组织结构表现为异质性，虽为柱状上皮，但既不同于胃柱状上皮，也不同于肠上皮（具有不完全肠化特征），均可发生异型增生，有从低度不典型增生→高度不典型增生→粘膜内癌→浸润性腺癌的癌变顺序，因此目前认为Barrett食管是食管腺癌的一种癌前病变，对此类患者须定期追踪随访，一旦出现不典型增生病灶可镜下微波、激光等方法治疗。

第三节　食管损伤及食管异物

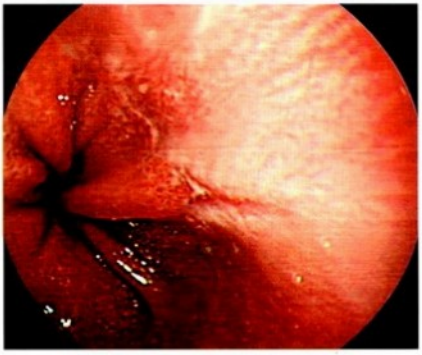
1. 食管贲门粘膜撕裂伤

食管损伤最常见为粘膜撕裂，多发生在饮酒、恶心、呕吐后，均在食道远端及食道胃连接部呈非穿透性撕裂。临床主要表现为频频恶心或剧烈呕吐后有限的间断性呕血。胃镜诊断在呕血近期尽早行胃镜可见新鲜纵行（线状）出血性撕裂，周围粘膜充血水肿。重者裂痕上常覆盖凝血块。病程超过24小时者，裂痕周围有炎症反应，裂痕上可见覆以白苔，病变多限于粘膜及粘膜下层。对镜下有活动出血患者可采用局部注射无水酒精、金属钛夹、电凝等止血处理，此情况最好不采用食道气囊止血，因注气压迫过程可能扩大撕裂口，增加危险性。

需要全本请访问 www.ertongbook.com



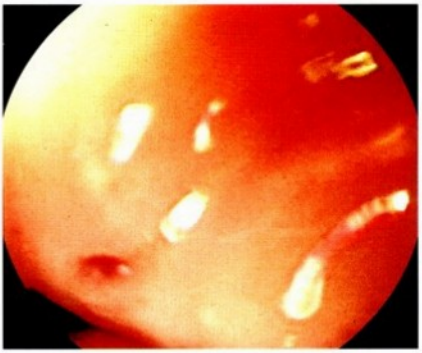
食管粘膜新鲜纵行撕裂



食管粘膜线状撕裂
周围有炎症反应

2. 食管穿孔与自发性食管破裂

由于医源性器械、异物、创伤和食管本身病变引起食管小的穿破为食管穿孔。自发性食管破裂指健康人突然发生食管破裂，剧烈呕吐（多数人在酗酒之后）发生食管全层裂开，最多见于食管下1/3处。临床主要表现为剧烈恶心、呕吐后发生剑突和胸骨后撕裂样疼痛，可放射至肩、背或腹部，吞咽或呼吸时疼痛加重，伴吞咽困难、呼吸窘迫，呕吐物为咖啡样、偶尔带血丝、很少呕出大量鲜血，约半数颈部可及捻发音，胸部有胸腔积液、气胸、液气胸。腹部有肌紧张、压痛和反跳痛。X线检查有重要诊断价值，表现为：早期纵隔气肿；皮下气肿，尤其胸骨上窝和两侧锁骨上窝；液气胸、胸腔积液；食管造影检查见造影剂逸出到食管周围组织。胃镜诊断：直观食管粘膜有破损口，圆形或线状，破裂时间超过24小时可见到周围粘膜糜烂或有脓性分泌物。



食管穿孔



自发性食管破裂

自发性食管破裂的治疗方法及预后与诊断早晚、破裂口大小、进入胸腔胃内容物的数量和污染的程度等有密切关系。早期病例在24小时以内、可立即行急诊开胸修补破裂口。破裂超过24小时可采用大口径引流管充分引流，待其口愈合或形成食管胸膜瘘，再行分期处理。



自发性食管破裂保守治疗后

3. 药物性食管损伤

口服某些刺激食管粘膜的药片（如阿斯匹林、维生素C、抗生素等），加之服药时喝水少，通过食管的时间延长可引起食管粘膜损伤。药物性食管损

伤常发生在食管近端、生理性狭窄处。胃镜表现为食管粘膜局灶性（单个或一组）浅糜烂和溃疡，常于食管中段，单个溃疡需与Barrett溃疡及其他食管疾病鉴别（通过活检和近期复查）。



药物性食管损伤

4. 食管异物

食管异物大多数是误吞入，因此发生在儿童及老年人较多。异物停留部位多取决于异物的形状、大小、质地以及食管本身有无病变，多于食管的三个生理狭窄部位。诊断主要依靠病史、影像学检查和内镜。

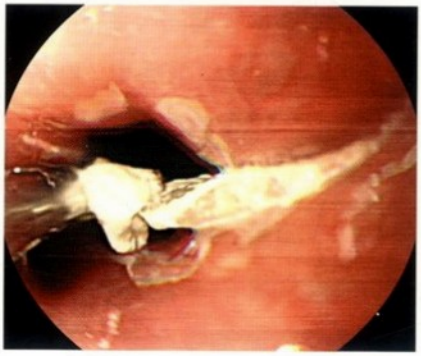
内镜检查因能直观看到异物所停留位置以及其形态和性质，并可以决定所采用处理方法而作为最佳选用方法，绝大多数食管异物可通过内镜下使用辅助器械如：网篮取石器和各种异物钳取出。在取异物前须先确定异物大小、形状以便正确选用器械抓取异物，取出时勿使用暴力，否则导致食管壁损伤及穿孔。取异物的难点在于通过贲门及咽喉部，对长形异物可套住一端，勿使横径超过贲门口径，对尖锐异物务必是钝端向上，尖端向下，在通过咽喉部时，可将头稍向后倾，使咽部与食管成直线。多角形异物应使其游离后再取出。对在食管嵌顿性异物：如鱼刺，首先须从食管壁内取出，然后再轻夹鱼骨随镜退出。对植物性异物无法一次取出，可将异物轻轻推向胃

腔，再分次取出。对于吞入刀片玻璃等尖锐异物者，取出时极易损伤食管与贲门粘膜，应保护管壁，可在镜端放一保护套，先使锐物进入套内，再退镜，以免损伤粘膜。

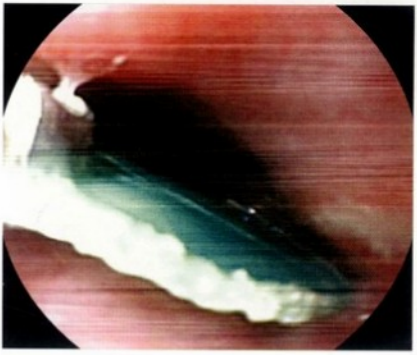
取异物常见并发症：① 上消化道出血；② 食道穿孔；③ 粘膜损伤；④ 感染；⑤ 麻醉意外。



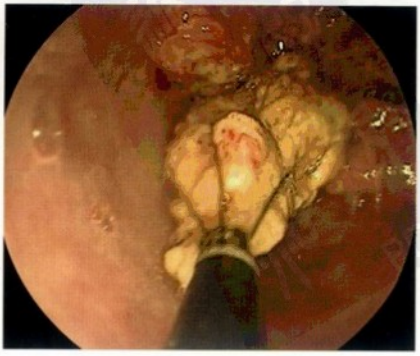
食管异物（食物块）



食管异物（鱼刺）



食管异物（塑料片）



食管异物取出

第四节　食管结构改变与先天疾患

1. 食管憩室

食管憩室是指局部食管壁呈囊状或袋状膨出。可发生于食管任何部位，内镜下较易诊断，其主要表现为食管壁有一局限性向外膨出。憩室较深者常可见到腔内有食物残留，并可有粘膜充血水肿等憩室炎征象。

内镜下根据其形态可分为三型：

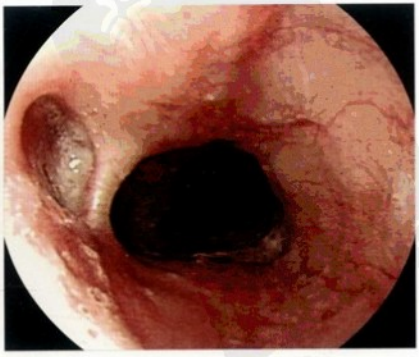
Ⅰ型：憩室与食管壁间有明显的分隔，视野内可看到两个腔，憩室开口及深度不一，多呈下垂型，口向上底向下，食物易进入憩室腔内引起憩室炎。较深的憩室还可在进镜时进入腔内引起穿孔，因此进镜需直视微注气，见较深憩室不要轻易进入。

Ⅱ型：仅壁的部分局限向外膨出，分隔不明显，较浅，底向上口向下，不易存留食物。

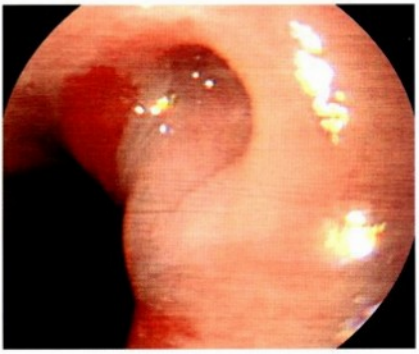
Ⅲ型：局部食管壁向一侧明显扩张，多呈椭圆形或瓢形。口大而平坦的憩室易被误认为食管的一部分。



食管憩室（Ⅰ型）



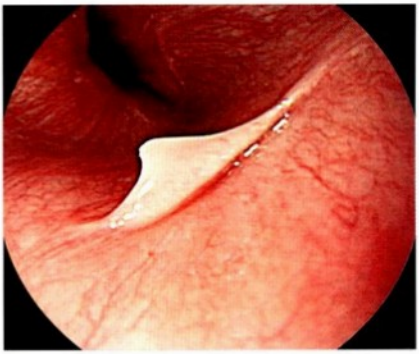
食管憩室（Ⅱ型）



食管憩室（III型）

2. 食管蹼

食管蹼是遮蔽食管腔的一层鳞状上皮，可发生在食管的任何一段，有先天性和后天性两种，后天性多见于食管中、下段。内镜下可见食管腔内有粘膜膈遮蔽食管腔，多为珠白色、柔软、光滑，可见血管纹理。多为食管一侧壁，横行隔膜或呈环状。国内报道有食管蹼沿管壁四周螺旋状盘旋而下，并有纵形长条隔膜将食管分为前后两腔。诊断食管蹼需与食管占位性病变鉴别。



食管下段距交界区上 3cm 侧壁食管蹼，隔厚约2mm，呈长棱状，色与正常食管粘膜一致

需要全本请访问 www.ertongbook.com