

## • 新技术介绍 •

# 纤维内窥镜在中西医结合中的应用

南京军区八一医院 钱岳年

### 一、纤维内窥镜介绍

纤维内窥镜(简称内镜)对消化道疾病观察清晰,活检可作病理检查,亦可作细胞刷涂片及印片细胞学检查,对中西医结合的诊断、治疗、科研及教育起到很大的促进作用。

内镜可分为直视式、侧视式及斜视式,能观察食道、胃及十二指肠,放大胃镜能放大物像约 30 倍,可看到粘膜的微细结构。新型胃、十二指肠镜能做高频电凝电切,可在内镜下切除胃息肉及止血等。

内镜主要包括内镜本体、照相机装置、冷光源箱、教育镜及附件活检钳、细胞刷等,内镜本体分操作部,包括接目镜、转角控制钮、注气及注水阀门,吸引阀门及活检通道阀门;中段为易弯的镜身,长约 100cm 左右,镜身的尖端内装接物镜、注气及注水孔、活检孔(兼可吸气吸水)。导光缆插于冷光源箱上,将灯光经导光缆束经内镜导入胃腔内,照亮食道、胃及十二指肠粘膜,将物像映入接物镜内,通过导像玻璃纤维束可观察粘膜病变的情况,玻璃纤维导光束及导像束均用透明的玻璃光学纤维束来导光及传导图像。

### 二、准备工作

检查以上午为宜,检查前一天晚 20 点以后不再进食,医师先要了解病史症状、钡餐检查结果并进行体检,于检查前半小时皮下注射阿托品及肌注安定 10mg,用 2% 潘托卡因置于喉头喷雾器喷咽喉部,每隔 5 分钟 1 次,每次 2ml,共 3 次。

### 三、内镜检查方法

患者左侧卧位,术者站在患者左侧,用右手持内镜镜头端,操作部交给助手拿持,术者把镜头送入口腔后段咽喉之中央将镜往下送,插入食道上段后,术者用左手持操作部,右手持镜身慢慢自食道往下插入,可边插边观察食管腔,进入胃腔后注气少许,使胃壁张开即可看到胃底部,然后调整镜面方向,进入胃体部,通过胃角进入胃窦后可看到幽门,然后把镜插入十二指肠球部。细致观察胃内情况是在内镜退出过程中进行的,首先观察十二指肠、幽门及胃窦部,然后观察胃角、胃体、胃底及贲门。观察中要做直视活

检,一般常规取 4~5 块组织,即胃窦大弯、小弯各一块,胃体大弯及小弯各一块,贲门小弯取一块,如发现溃疡、糜烂、息肉及肿瘤等要多取几块以明确性质,在病灶处应做细胞刷涂片细胞学检查,最后在食道中可边观察边缓慢退出内镜,术后 1~2 小时后才能进流质饮食,2~3 天后可恢复正常饮食及工作。

### 四、内镜检查必须严格掌握适应症及禁忌症

1. 适应症:(1)凡疑有食道、胃及十二指肠疾病,X 线检查没有发现或发现可疑病变,均列为适应症。对浅表的溃疡、早期小的肿瘤及小息肉等尤具优越性。(2)原因不明的上消化道出血做急诊胃镜检查常可找到其出血的原因及部位。(3)有消化不良症状如上腹胀或疼痛、食欲不振等,内镜常可发现有慢性胃炎,并可区别其类型。在慢性萎缩性胃炎伴有中度以上腺体萎缩及肠上皮化生以及有异形增生者,应定期复查内镜以观察有无恶变。(4)腹泻时间较长,或大便有脓血,或便血原因不明者,应做纤维结肠镜检查,以明确有无炎症或结肠癌等存在。

2. 禁忌症:(1)凡患者不合作或精神过分紧张者不宜检查。(2)有坏死性食管炎、食道狭窄或有贲门梗阻者应适可而止,不能强行插入。(3)有急性咽炎或急性扁桃体炎症者。(4)有严重心脏病伴有心功能不全者。(5)有哮喘发作或严重肺气肿呼吸困难者。(6)有降主动脉瘤压迫食道者。(7)精神病患者及一切危重患者以及患有传染性肝炎或肝炎相关抗原阳性者均不宜检查。

### 五、内镜检查使消化道疾病的中西医结合诊断更准确

对消化道疾病,纤维镜检查是常不可少的。常见的胃脘痛是一个大的症候群,包括常见的消化性溃疡、慢性胃炎、胃息肉、胃肿瘤及较少见的胃血吸虫病、胃结核及胃粘膜脱垂等。自内镜广泛应用以来对以上疾病的诊断有很大的突破,如对消化性溃疡小而浅表的,X 线钡餐常不易显示者亦能看到,并可观察其大小、部位、形态、深浅及治疗后愈合情况。所有胃溃疡必须做内镜及活检以排除癌性溃疡,因溃疡的良性或恶性有时肉眼尚难鉴别,必须做活检病理才能确

诊。对慢性胃炎经内镜及活检方能明确区分为慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎或慢性肥厚性胃炎,仅用肉眼观察有时仍不能正确辨认,必须结合病理检查。只有病理活检才能证实有无腺体萎缩、肠上皮化生及异形增生,才能判断萎缩之程度如何。病理改变是最有力的依据,若肉眼观察与病理不符时应以病理为准,目前国内内外镜医师对慢性萎缩性胃炎的诊断肉眼与病理相符者最高达80%左右,低者仅50%左右。食道及胃的癌症用X线钡餐检查常有误诊或漏诊,内镜检查可提高癌肿的诊断率,特别是早期胃癌的发现更有其优越性,对小胃癌(直径1cm以内)及微小胃癌(直径在0.5cm以内)内镜能发现,且可做病理活检证实之。早期胃癌有时仅见粘膜颜色的改变,如粘膜局部发红或发白而粘膜并不隆起(Ⅱb型),有时粘膜上病灶稍见隆起(Ⅱa型)或略微凹陷或见浅表溃疡(Ⅱc型),仅肉眼观察有时很难确定是早期胃癌。必须用直视活检或细胞刷涂片或印片细胞学检查才能确诊为胃癌。

内镜应用激光照射能提高胃癌的发现率及诊断正确性,我们常用光敏剂血卟啉下经内镜用氩激光照射,如是胃癌或食管癌则呈现翡翠绿色荧光,对早期小胃癌或微小胃癌的发现有其优越性。

内镜活检后将胃粘膜块测定环核苷酸有助于诊断胃内恶性病灶,环核苷酸有cAMP及cGMP,因二者互相拮抗,是体内生命活动的调节物质之一,若细胞内环核苷酸的含量有异常变化,常会导致病理状态的发生,测定组织内的cAMP及cGMP对胃肠病是良性或恶性有诊断意义,在良性病变cAMP升高,在恶性病变cAMP下降,cGMP升高。

上消化道出血属于血瘀范围,原因很多,多数要做内镜检查方能确诊,常见的有反流性食道炎、肝硬化门脉高压食道静脉曲张出血、食道贲门粘膜撕裂伤、消化性溃疡、慢性糜烂性出血性胃炎、胃息肉、胃癌、幽门粘膜脱垂症、胃及食道血管畸形曲张出血等,若做急诊内镜检查则阳性率更高,如食道贲门粘膜撕裂症及糜烂出血性胃炎等在出血24小时内检查,诊断阳性率可达95%,若3天以后检查则多数已愈合看不见出血之处。

长期腹泻或便血在治疗之前必须先弄清病因,如为非特异性溃疡性结肠炎、Crohn病、肠息肉或结肠癌等除做一般常规检查外必须做纤维肠镜检查才能得到正确的诊断。

#### 六、内镜检查能提高中西医结合治疗消化道疾病的疗效

1. 内镜检查能选择最好的中西医结合治疗方法:胃脘痛中经内镜确诊为消化性溃疡、慢性胃炎等可以用中西医结合分型治疗,可以收到很好的疗效。如作者曾用中西医结合分型治疗消化性溃疡202例,有效率为96.98%,其中近控占81.22%,治疗后溃疡消失者占92.73%,溃疡消失时间平均为41.65天(钱岳年,等.中西医结合分型治疗溃疡病202例观察分析.江苏中医杂志1980;1:3)。又如慢性萎缩性胃炎经中西医结合治疗亦能收到良好疗效,非一般西药治疗所可比拟(详见后)。在慢性萎缩性胃炎中若有中度以上肠上皮化生或异形增生(即不典型增生),则应积极地中西医结合治疗,并短期内定期胃镜及活检病理复查,如有疼痛加剧,或规律性改变,或大便隐血试验持续性阳性,则更应注意;若有中度以上异形增生,或已转变为疑癌病灶,或已转变为早期胃癌,则必须外科手术治疗。这说明内镜检查能最好的选择中西医结合治疗方法或手术治疗。

2. 通过内镜能开展中西医结合治疗,如通过内镜的活检孔道能注入中药治疗疾病,在急性上消化道出血的患者用内镜明确诊断为溃疡病或急性胃粘膜病变确定出血部位后,可由活检孔道用塑料管直接对准出血病灶注入止血中药,如用云南白药或白芨胶剂混合氢氧化铝胶,可加速止血疗效,如为食道静脉曲张出血可注入紫珠草煎剂(福建产)对止血有良效。

#### 七、内镜可提供中西医结合分型治疗的依据

如慢性萎缩性胃炎经内镜确诊后,根据中医辨证即依据主要症状及体征可分为脾胃虚寒型、肝胃不和型或虚寒兼气滞型三型,按不同类型定出治疗方案及协定方剂作为各型的基本方,再根据患者的特殊症状在基本方上略作随证加减,如慢性萎缩性胃炎中兼有阴虚症状者可加麦冬、石斛或生地等,兼有湿困者可加苍术、厚朴等,有恶心及胆汁反流者可加半夏、柿蒂等。如有呕血、便血等出血症状者即血瘀型或出血型,可先用乌芩散止血,可收到良好的止血效果(钱岳年,等.乌芩散治疗溃疡大出血之疗效观察.江苏中医杂志1965;11),待血止后再按以上分型治疗,作者等曾报道慢性萎缩性胃炎106例经3~6个月的中西医结合分型治疗,经内镜及活检检查收到良好效果,由慢性萎缩性胃炎逆转为慢性浅表性胃炎占59.43%,是其他治疗方法所无法达到的(钱岳年,等.慢性萎缩性胃炎治疗前后胃镜及活检病理对比观察——中西医结合及胃泌素治疗133例.中西医结合杂志1986;6(9):533)。其他如消化性溃疡等亦可按上述分型治疗收到良效。不同疾病用同法治疗均可取得疗效,即

所谓异病同治。作者等在慢性萎缩性胃炎的中西医结合治疗中,起初疗效较差,后加用活血化瘀药物如当归、赤芍及红花等疗效有所提高。

在中西医结合治疗中必须抓住“本”不放,不能舍本求标,如慢性萎缩性胃炎患者有口干、舌质红、小便短赤、大便秘结等阴虚症状,同时有脾胃虚寒症状者,不能仅作为阴虚型治疗,必须按脾胃虚寒型之“本”加以治疗,同时酌加滋阴药治疗才能收到良效,否则疗效不佳。

八、内镜检查结果可作为中西医结合疗效判断的标准

判断疗效观察症状及体征是否好转或消失当然重要,是评价疗效标准之一,在消化道疾病更重要的是通过内镜观察病灶的变化,如胃及十二指肠溃疡观察溃疡有无消失或缩小,是溃疡的活动期还是愈合期,还是已成为疤痕期,内镜观察疗效较细致确切,胜过X线钡餐检查。又如慢性萎缩性胃炎的治疗疗效判断必须结合内镜及活检病理来综合衡量分析比较,其

中应以病理为主要依据,为了正确的判断中西医结合治疗的疗效,必须在治疗开始前短期内进行内镜检查,一般消化性溃疡及慢性胃炎应在治疗前一周内检查,疗程结束后溃疡病应在2~5天内内镜复查,慢性萎缩性胃炎亦应在1~2周内复查,观察比较才较正确。为了增强疗效的可比性在慢性萎缩性胃炎必须在治疗前后定点取材,我们均在胃窦大、小弯各距幽门后2 cm处取之,胃体大、小弯各在胃角及相应处以上2 cm取之,若能定人操作则更好。为了判断疗效便于科学总结作出统计学处理,每类型患者须在50例以上,应用中西医结合分型治疗方法能积累较多的病例,可在各类型间进行观察对比,便于更好地总结提高。

肝硬化伴有食道静脉曲张患者经中西医结合治疗后可用内镜复查观察食道曲张的静脉是否有减轻,曲张静脉出血呈现的红色征是否变为稳定的白色征,出血的前兆征象是否减轻或消失,内镜检查是判断中西医结合治疗效果的有力依据。

胃癌中虚气滞证的病理形态研究初探(摘要)

朱云华<sup>1</sup> 王雅如<sup>1</sup> 戴华康<sup>2</sup> 王 黎<sup>1</sup> 何原惠<sup>3</sup> 夏友祥<sup>4</sup>

为了探讨不同证型胃癌的规律性,我们从肿瘤的部位、肉眼及组织学形态、分化程度,肿瘤产生粘液的性质、癌旁肠化生及亚型、癌浸润和转移、癌前缘免疫形态反应等方面,对术前具有完整中医临床资料的60例胃癌切除标本进行了系统的观察,现将结果总结如下。

**一般资料** 60例胃癌切除标本中中虚气滞证组38例,男32例,女6例;平均年龄53.2岁;胃病史平均4年8个月。其它证型组22例,男13例,女9例;平均年龄48.2岁;胃病史平均3年6个月。按照全国胃癌病理协作组规范进行标本固定、取材和观察。除HE染色外,有肠化生的切片做HID/AB/PAS和PB/KOH/PAS粘液染色,以区别肿瘤细胞产生的粘液性质和肠化亚型——完全型(Ⅰ型)、不完全型(Ⅱ型),后者又分为小肠不完全型(ⅡA型)和结肠不完全型(ⅡB型)。

**结 果** 中虚气滞证组肿瘤部位依次为胃窦、贲门、胃体,肉眼形态依次为溃疡型、结节型、弥漫

浸润型和浅表型;组织病理学表现为高分化癌65.8%,管状腺癌47.4%;粘液染色显示分泌酸性粘液者为60.5%,癌旁肠化生为78.9%,重度肠化为47.4%,含有硫酸粘液的ⅡB型肠化为52.6%。其它证型组病理学表现低分化癌54.5%,粘液细胞癌31.8%;粘液染色显示分泌酸性粘液为22.7%,癌旁肠化生为50%,重度肠化生为4.5%,ⅡB型肠化生为9.1%。两组间均存在显著或非常显著的差异( $P<0.05$ 或 $0.01$ )。

**体 会** 我们的观察表明:胃癌中虚气滞证占全部病例的63.3%,在年龄、性别、病程、组织结构、分化程度、癌旁肠化生及亚型、肿瘤细胞的粘液性质上均表现了肠型胃癌的特点,提示中医分型与胃癌流行病学,形态结构、组织发生间存在着一定的联系。此外我们发现中虚气滞证组中浸润浆膜及浆膜外的晚期癌占73.7%,发生转移者占60.5%,癌前缘淋巴样细胞反应也较差,推测该组胃病史长,易于忽略癌变的发生有关。我们还证实分泌硫酸粘液的ⅡB型肠化生与胃癌间存在着密切关系,它可能代表一种胚胎幼稚化的逆向分化。中虚气滞证组癌旁肠化生也具检出率高、程度重、ⅡB型多的特点。因此中医辨证时配合胃粘膜活检、粘膜染色,对ⅡB型肠化患者密切随访,有助胃癌的早期发现,也将对中医药防治胃癌提供客观依据。

1.江苏省中医院病理科  
2.南京中医学院第二教学医院病理科  
3.南京中医学院病理教研室  
4.江苏省中医研究所病理科