DOI:10.16016/j.1000-5404.1983.01.008

临床经验

纤维结肠镜248例次检查和诊断的体会

第一附属医院消化内科 徐采朴 杨宗才 刘为纹 廖福权 赵 毅 吕秀惠

纤维结肠镜检查是诊断结肠疾病可靠的直视检查法，现将本院1974年至1981年应用Olympus CF-LB$_2$、CF-LB$_3$及CF-MB$_3$型纤维结肠镜所作248例次检查和诊断的体会小结如下。

检查结果

关于适应症、禁忌症、术前准备、定位及各种具体操作手法曾作报道[1]毋庸赘述。

成功率可分为三个阶段：1.摸索阶段；2.熟悉操作手法阶段；3.根据病情需要掌握插镜深度阶段。各阶段成功率分别为3.06%、85.5%、和83.9%，速度由最快的12分钟（第二阶段）缩短至9分钟（第三阶段）（表1）。Groll[2]（1978年）认为插镜操作仍较困难，国内报导[3-5]插至盲肠的成功率从3.8～90%，也逐年提高。

表 1

阶段		1	2	3
例数		98	35	114
成功率(%)		3.06	85.5	83.9
到达盲肠所需时间	最快		12分钟	9分钟
	<30分钟者		占47.8%	占50%

初步体会

一、提高插镜成功率的要领：1.应熟练掌握寻找肠腔、滑进、定位、钩拉法、结圈和解圈等法；2.注气量宜少，否则可致腹胀、腹痛甚至穿孔以及肠管膨胀后柔软度和移动度明显变差，肠管不易随镜身弯转，同时肠管弯曲度更大，造成插镜困难；3.循腔前进结合滑进；在乙状结肠、脾曲、横结肠下垂部及肝曲等转弯处常需配合滑进。此时应辨明转弯的方向，调整镜头，然后边滑进边找腔。滑进时虽然不见肠腔但见粘膜（常见有血管网）向后滑动，若粘膜不见滑动，显黄白色，血管网消失，患者喊痛或插镜有阻力时即应退镜，寻找肠腔或辨明拐弯方向；4.减少镜身的弯曲度能消除进镜时的阻力。方法有Deyhle氏钩拉法[1][6]（通过乙状结肠用）、拉镜A法（解除α圈用）以及拉镜B法[1][7][8]（通过横结肠及肝曲用）等方法；5.变锐角为钝角是通过乙状结肠、横结肠及肝曲的常用方法，有α结圈法[1][8]及γ结圈法[1][9]；6.我们第三阶段应用了滑管（Sliding tube）在解除α圈后固定镜身，防止它在

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

乙状结肠段打弯，能使插镜弯曲度和阻力减小，对提高插镜成功率颇有帮助。如无此管也可自行仿制，同样有效。

从表3可见本组纤维结肠镜检查中83.8%是采取α结圈方式通过乙状结肠的；通过横结肠及肝曲则大多数（73.2%）以横结肠取直法，其次是以正Y结圈法，仅少数（5%）是以反Y结圈法。总之我们体会到应根据当时肠镜走行先试一种方法看能否通过，多次失败时则立即改换另一方式通过。本组有些病例中以正Y结圈方式多次失败改用横结肠取直法后顺利通过肝曲，也有的病例用取直法失败后改用正Y结圈法取得成功。

二、并发症：

纤维结肠镜检查可并发肠穿孔、肠出血、腹膜后气肿及隐性损伤（结肠浆膜肌层撕裂、肠系膜撕裂、腹内血肿、粘膜糜烂和溃疡）等，但并不常见。美国胃肠道内窥镜学会统计[2] 1972～1973年25298次检查有穿孔者0.2%，出血者0.9%。国内华东医院报道肠穿孔3例，至于浆膜及隐性损伤尚未见报导。本组一例同时发生肠穿孔及浆膜层撕裂隐性损伤。当纤镜插入18cm处有阻力，患者感疼痛，稍后又消失。继续前进见右季肋下灯光弥散，疑有穿孔乃退镜，吸气，但腹胀不减，腹部透视及照片见膈下游离气体。手术中见降结肠距脾曲约20cm处前壁有约1.5cm的穿孔，另于乙状结肠入盆腔处外缘有一长约1cm的纵形浆膜层撕裂伤。术后痊愈出院。本例穿孔的教训是：1.患者71岁高龄，患结肠炎，探查见肠壁较薄，肠镜检查必须慎重，手法应轻巧、宜循腔进镜；2.本例未在透视下操作，不明肠管走行，带有一定盲目性；3.术者与助手间的密切配合尚有欠缺。至于乙状结肠入盆腔处外缘的纵形浆膜层撕裂伤，若无剖腹手术不易发现，故称为隐性损伤。文献[10]有和本例相仿的报道，3例分别为71、73及82岁高龄，其中2例并无肠穿孔但见升、横结肠等处有纵形浆膜层撕裂伤4处，最长者达11cm；1例穿孔并有腹内血肿。结肠损伤并不一定要由镜头直接压迫造成，很可能用镜头将乙状结肠过度向上伸展所致。本组患者穿孔在降结肠中段，灯光所示镜头指向右上腹而纵形浆膜肌层撕裂伤却在乙状结肠入盆腔的外缘，似难以肠镜头穿孔后擦伤来解释，可能由于上述原因所致。回顾过去在肠镜检查中也曾遇到镜检后发生腹痛及压痛，但无穿孔表现，可能系此种隐性损伤所致，应引起注意。

三、有关诊断方面的几点体会

1. 诊断直肠和结肠息肉　我们共检出息肉41例（表2）其中16例是第二阶段查出

表 2

病名	假性结肠炎	结肠息肉	结肠癌	乳突性腺瘤	溃疡性结肠炎	血吸虫感染	其他
例数	191	41*	5	2	3	1	5△

* 其中多发性息肉16例（3例为多发性腺瘤病；2例为家族性结肠息肉症）

△ 其中正常3例；回肠腺癌侵及结肠形成瘘管1例，肿瘤性质未定1例

的，均作过钡灌肠检查，将其结果与纤维结肠镜诊断对比如下：二者诊断一致的6例；钡灌肠未能正确诊断但纤维镜诊断息肉并经组织学证实者7例；钡灌肠拟诊息肉而纤镜及病理组织学均不符合者3例。此外还有2例钡灌肠仅显示直肠或乙状结肠息肉而纤镜则发现升结肠、脾曲有多个息肉（病理学证实）。由此可见纤维结肠镜比钡灌肠检查阳性率及准确性都高，因为小于1cm的息肉钡灌肠难以显示，反之肠腔粪块、气泡等又易造成假象。至于直肠

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

镜及乙状结肠镜虽简便易行，亦能进行活检但其局限性是对高位息肉则无能为力，本组至少3例是如此。

值得一提的是有三个特殊病例，现简要列举于下：例1：黄某（结镜号161），间歇下腹隐痛、便鲜血6年入院。二次钡灌肠阴性。1977年纤结镜检查发现乙状结肠有指头大息肉，表面光滑，分叶状，建议手术治疗（因故未手术），1980年复查发现盲肠有1×1cm息肉（蒂短、基广），乙状结肠有3×2.5cm蒂短宽基息肉，表面发红有黄色渗出物，活检病理诊断盲肠、乙状结肠多发性腺瘤性息肉，前者Ⅲ级不典型增生，后者已癌变。患者姐姐亦因结肠癌而手术过。此例说明通过一系列纤维结肠镜观察，不仅发生了多发性息肉而且随访到由息肉演变到癌变的过程，显示纤维结镜检查的突出优点。

例2：李某（结镜号238），男，48岁，以腹泻、便血1月伴有高烧、腹痛、严重脓血便及果酱色大便以及重度脱水、水电解质紊乱入院。大便培养出阿米巴滋养体及福氏痢疾杆菌而确诊为急性阿米巴痢疾及急性细菌性痢疾；X线钡灌肠检查，两次诊断慢性溃疡性结肠炎，最后经纤维结肠镜检查发现盲肠至乙状结肠散在大小不等（0.2～0.6cm）多数广基短蒂息肉，活检组织学检查证实为盲肠及乙状结肠腺瘤性息肉。此例病情重而复杂，最终经纤结镜检查等得以明确诊断。

表 3

	通过乙状结肠					通过横结肠及肝曲		
方式	α结圈	N型	P型	直线	不详	结圈[illegible]	不全结圈	反转结圈
例数	* 119	16	5	2	1	74	22	5
%	83.80	11.27	3.5	1.4		73.20	21.88	5.0

* 其中2例为双α结圈

例3（纤结镜号184），男，39岁，因腹泻伴血便14年而钡灌肠显示直乙结肠多发性息肉。纤维结肠镜检查见脾曲多个息肉大者4×5cm，小者绿豆大分布肠腔内，表面分叶状有糜烂，有的光滑有蒂，有的为短蒂广基。肠腔由于息肉大而多无法通过脾曲且直肠多处有息肉故无法上滑管。病理诊断：结肠多发性腺瘤性息肉不典型增生Ⅱ级。诸如此类下段结肠或直肠有病变，纤维结肠镜无法进入盲肠、升、横结肠而又疑有病变需手术时，我们曾在手术台上纤结镜由术者通过手术切口送入上段结肠以协助术者了解病变范围，这种经验不多，但是切实可行的有效方法。

2．结肠及直肠癌的诊断

本组5例结肠癌分布为乙状结肠2例，降乙结肠交界处1例，降结肠及升结肠各1例，5例均呈隆起性病变，其中3例像菜花样，2例息肉状隆起，尤为特征的是5例患者病变部位肠腔均呈环行狭窄，隆起性病变表面均有糜烂、出血，个别有溃疡。反之在没有癌变之良性息肉则表面光滑无糜烂出血，当癌变时可呈糜烂，这些都可供鉴别诊断时参考。

本组尚有1例纤结肠及病理检查均未能正确诊断的特殊病例。男性57岁以贫血、腹泻、血便入院多次钡餐、钡灌肠均阴性，纤维结肠镜检查发现乙状结肠有结节性隆起，活检组织学诊断腺癌，手术中确诊为回肠腺癌，浸润乙状结肠并形成瘘管。

总之，纤维结肠镜检查对结肠、直肠息肉的诊断治疗具有突出的优越性，不仅能辨明

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

息肉系单发抑或是多发性，有蒂或无蒂，外形及其表面糜烂、出血、渗出物、溃疡之有无；而且可初步定位，并作照片、活检、印片、刷片甚至染色法以明确息肉性质，对某些息肉尚可行电凝切除术避免了剖腹手术。此外对结肠良性及恶性肿瘤的诊断，尤其是对结肠粘膜浅表溃疡、糜烂、出血等病变的诊断无疑是优于钡灌肠及乙状结肠镜的，为目前诊断结肠疾患中最有效的方法。

小　　结

本文报道纤维结肠镜248例次检查的方法及1例同时并发肠穿孔和浆膜肌层撕裂伤（隐性损伤），结合文献进行了讨论。总结了纤维结肠镜在诊断结肠和直肠病变特别是对息肉、癌肿等方面的一些体会。

参 考 文 献

（1）徐采朴　刘与纹等：重庆医药　（3）：1，1980
（2）Groll A：Canad J Surg 21(3)：196，1978
（3）中山医学院外科：中华外科杂志　16(3)：179，1978
（4）潘其英：中华内科杂志　17(6)：472，1978
（5）周殿元等：中华内科杂志　18(3)：180，1979
（6）Deyhle P：Endoscopy 4：102，1972
（7）长回纪：内科　30：410，1971
（8）松永藤雄·他：内科　28：1029，1971
（9）第一军医大学：科研资料选编　增刊　P.28　1977年3月
（10）Wu TK：Gastrointestinal Endoscopy 24(5)：236，1978

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net