

复习指导：上消化道内镜检查执业医师资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/510/2021_2022__E5_A4_8D_E4_B9_A0_E6_8C_87_E5_c22_510153.htm 上消化道内包括食管、胃、十二指肠的检查，是应用最早，进展最快的内镜检查，通常亦称胃镜检查。「适应证」适应证比较广泛，一般说来，一切食管、胃、十二指肠疾病诊断不清者，均可进行此项检查。主要适应证如下：1. 吞咽梗阻、胸骨后疼痛、烧灼、上腹疼痛、不适、饱胀、食欲下降等上消化道症状，原因不明者。2. 上消化道出血需查明原因。急性上消化道出血，早期检查不仅可获病因诊断，尚可同时进行治疗。3. X线钡餐检查不能确诊或不能解释的上消化道病变。特别是粘膜病变和疑有肿瘤者。4. 需要随访观察的病变，如消化性溃疡、萎缩性胃炎、反流性食管炎、Barrett食管等。5. 上消化道疾病药物或手术治疗前后的对比观察。6. 需作内镜治疗的患者，如摘取异物、上消化道出血的止血及食管静脉曲张的硬化剂注射与结扎、食管狭窄的扩张治疗、上消化道息肉摘除等。「禁忌证」随着器械的改良，技术的进步，禁忌证较过去减少。下列情况属检查禁忌证：1. 严重心肺疾患，如严重心律失常、心力衰竭、心肌梗塞活动期、严重呼吸功能不全及哮喘发作期等；轻症心肺功能不全不属禁忌。必要时酌情在监护条件下进行，以策安全。2. 休克、昏迷等危重状态。3. 神志不清，精神失常检查不能合作者。4. 食管、胃、十二指肠穿孔急性期。5. 严重咽喉部疾患、腐蚀性食管炎和胃炎、巨大食管憩室、主动脉瘤及严重颈胸段脊柱畸形等。6. 急性传染性肝炎或胃肠道传染病一般暂缓检查；慢性乙、丙型肝炎

炎或抗原携带者、AIDS患者应备有特殊的消毒措施。「方法」

1.检查前准备 (1) 检查前禁食8小时。估计有胃排空延缓者，需禁食更长时间，有幽门梗阻者，应事先洗胃再检查。(2) 阅读胃镜申请单，简要询问病史，作必要的体检，了解检查的指征，有否危险性及禁忌证。并做好解释工作，消除患者恐惧心理，说明检查的必要性、安全性和检查的方法，以取得患者的合作。(3) 麻醉：检查前5~10分钟用2%利多卡因喷雾咽部2~3次或吞服1%的卡因糊剂一口(约10ml)，后者兼具麻醉及润滑作用。(4) 镇静剂：一般勿需使用镇静剂。过分紧张者可肌注地西洋2.5~5mg。(5) 口服去泡剂：可用二甲苯硅油去除胃粘液表面泡沫，使视野更加清晰。(6) 检查胃镜及配件，注意光辣、送水、送气阀及吸引装置，操纵部旋钮控制的角度等，对胃镜性能及质量作到心中有数。检查电子胃镜的线路、电源开关，注意监视器屏幕影像。此外，内镜室应备有监护设备、氧气及急救药品。

2.检查方法要点 (1) 患者取左侧卧位，颈部松弛，头垫一枕，松开领口及腰带。(2) 口边置弯盘，嘱患者咬紧牙垫(咬口)。(3) 医师左手持胃镜操纵部，右手持先端约20cm处，直视下将胃镜经咬口插入口腔，缓缓沿舌背、咽后壁播入食管。嘱患者作深呼吸，配合吞咽动作将减少恶心，有助于插镜。注意动作轻柔，避免暴力。勿误入气管。(4) 胃镜先端在直视下缓缓插入贲门后，在胃底部略向左、向上旋镜可见胃体腔，推进至幽门前区时，埃机进入十二指肠球部，再将先端右旋上翘各90°，操纵者向右转90°，调整胃镜深度，即可见十二指肠降段及乳头部。由此退镜观察，逐段扫描，配合注气及抽吸，可逐一检查十二指肠、胃

及食管各段病变。注意胃肠腔的大小形态、胃肠壁及皱襞情况、粘膜、粘膜下血管、分泌物性状以及胃蠕动情况。在胃窦时注意观察胃角及其附近；再退镜时注意观察贲门及其附近病变；逐段仔细观察，应无盲区，注意勿遗漏胃角上份、胃体垂直部、后壁及贲门下病变。（5）对有价值部位可摄像、活检、刷取细胞涂片及抽取胃液检查助诊。百考试题网站整理（6）术毕尽量抽气，防止腹胀。取活检者嘱其勿立即进食热饮及粗糙食物。「上消化道疾病的内镜诊断」自纤维内镜使用以来，上消化道疾病诊断率明显提高，对浅表性粘膜病变、早期肿瘤和上消化道出血病因的诊断等内镜检查特别有助。根据各医院检查资料胃镜诊断的上消化道疾病中各种炎症约占70%~80%；消化性溃疡约占10%~20%；肿瘤约占3%~5%。此外尚有息肉、食管与胃底静脉曲张、血管畸形、食管贲门撕裂伤（Mallory-Weiss tear）、憩室、异物、寄生虫等。

1.炎症 急性炎症时，少有进行胃镜检查，故胃镜发现以慢性炎症居多。（1）浅表性炎症：粘膜充血、发红，表现为红疹、红斑，甚至呈条纹状或簇状分布；粘膜水肿使反光增强、小区轮廓明显；表面糜烂可见于平坦或隆起如丘疹的粘膜，呈大小不同的粘膜缺损，中央附以白色分泌物或出血点；粘膜下出血可以呈点状或片状分布，新鲜者呈暗红，陈旧者呈棕色。此外，严重充血水肿可使粘膜呈龟裂状，小结节状。发炎的粘膜表面常有较多透明或黄白色分泌物附着，难以冲掉，冲洗后可见粘膜发炎、易脆，轻度损伤即致出血。对胃内炎症，近年来注重其与幽门螺杆菌（H. Pylori）、胆汁反流和服用非体类抗炎药（NSAIDs）的关系。（2）萎缩性胃炎：表现为粘膜苍白或花斑状（以白为主）

改变；粘膜变薄，皱襞变浅甚至消失；粘膜下血管透见。此外，亦可因萎缩伴随的局灶性增生和肠腺化生而表现为小结节状或粗糙颗粒状，表面缺乏光泽，分泌物少，粘液湖内液体极少。粘膜活检有助确诊。（3）肥厚性炎症：粘膜肥厚、水肿，表现为皱襞粗大（似脑回状），充气不能展平，颜色深红（似牛肉色），胃内分泌液体增多，常伴糜烂，亦有呈结节状或铺路石样外观者。

2. 溃疡 可位于食管至十二指肠等部位，以十二指肠球部及胃窦部慢性溃疡为多镜下见相对规则的圆形或椭圆形凹陷，多数约0.5~1.5cm直径，底部附以白苔或污浊苔，周围尚光滑但多有充血、水肿及粘膜集中，分别代表溃疡活动及瘢痕化过程；浅表性溃疡或糜烂病变多限于粘膜及粘膜下，病因繁多，病程偏短，与慢性溃疡形态与转归都有所不同。虽然部分有可能转变为消化性溃疡，但多数2~3周内愈合，应注意区别。恶性溃疡实际上为癌的一种类型（溃疡型癌），主要发生于胃窦，一般较良性溃疡大而不规则，周边不整，底部不平，触之质硬，易脆出血，与良性溃疡鉴别有一定困难，需作活检，根据病理检查确诊。

3. 肿瘤 国人上消化道肿瘤如胃癌、食管癌相当多见，是胃镜检查的主要指征和研究重点，发达国家借助于以胃镜检查为主的肿瘤筛查方案，使早期胃癌检出率达到50%，从而使患者得到早期治疗。因此，要求内镜检查的医生对镜下的炎症、息肉、溃疡、隆起等病变应高度警惕，并且有识别能力，方可提高早期癌肿检出率。早期胃癌仅累及粘膜或粘膜下层，无淋巴结转移，可作局部治疗而治愈，因此，及时正确的诊断意义重大。肿瘤可表现为微小的隆起或凹陷，直径一般在1cm以下，需仔细观察，配合活检作出诊断。进展期胃癌

胃镜下可根据形态分为隆起型、溃疡型、浸润型，识别并无困难。在后者，溃疡可有可无而胃壁可变得僵硬、增厚、扩张受限，缺乏蠕动，形成“皮革胃”，极易被忽视。食管癌大体类型与胃癌近似，但多来源于鳞状上皮，少数腺癌多与慢性食管炎、食管粘膜胃上皮化生有关。"#F8F8F8" 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com