

定. 我们治疗息肉 68 例, 5 例术后腹部疼痛加重, 经治疗迅速缓解, 无一例出现穿孔. 有两例息肉直径为 3 cm 的患者, 均经过三次治疗, 虽然治疗面积大, 除在术后感腹部疼痛有所加剧外, 未述其他不适, 三次治疗结束后, 半月内镜复查见 1.5 cm × 2.0 cm 左右浅表溃疡, 经口服洛赛克、思密达、阿莫西林 2 wk, 2 mo 后再次复查溃疡面消失, 仅见黏膜欠光滑. 另外 1 例 76 岁的老年患者, 因冠心病安有心脏起搏器, 在热极治疗的术中、术后未述不适, ECG 检查无异常. 由于热极头涂有防粘连剂(四氟乙

烯), 没有发生因热极头粘连组织、牵拉、焦痂脱离所致继发性出血、穿孔, 而激光、微波易与病变组织产生粘连出现并发症. 热极线缆无热辐射, 不会引起内镜老化, 热极头光滑、圆钝不会损伤内镜内检管道. 该机使用方便, 无需象高频电需外接电极板, 体积小, 重量轻(≤ 4.5 kg)搬运方便, 而且价格低, 明显低于 Nd:YAG 激光治疗仪、微波治疗仪、高频电治疗仪. 不足之处是对于较大息肉处理相对较困难, 需经多次治疗, 无高频电及 Nd:YAG 激光的切割功能. 由于病例不是很多, 还有待进一步观察及总结.

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 结肠镜常规检查回肠 1340 例

唐井钢, 高 飞, 李 娟

唐井钢, 李娟, 广州南方医院中医科 广东省广州市 510515  
高飞, 中国人民解放军 260 医院 河北省石家庄市 050041  
项目负责人: 唐井钢, 510515, 广东省广州市广州大道北, 南方医院中医科.  
wjg@wjgnet.com  
电话: 020-61365870 传真: 020-61365870  
收稿日期: 2004-07-05 接受日期: 2004-09-09

### 摘要

**目的:** 评价经结肠镜常规检查回肠的临床价值, 提高对回肠疾病的诊断与治疗水平.

**方法:** 结肠镜到达回盲部后采用直接进入法、钩拉进入法、导丝引导进入法插镜至回肠 20-70 cm, 观察回肠黏膜病变.

**结果:** 1340 例患者 1240 例成功插入回肠, 成功率为 92.5%, 244 例发现了病变, 总阳性率为 19.7%.

**结论:** 在小肠镜还未推广使用的情况下, 结肠镜常规深插对发现回肠末端疾病很有意义.

唐井钢, 高飞, 李娟. 结肠镜常规检查回肠 1340 例. 世界华人消化杂志 2004; 12(12):2925-2926

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2925.asp>

### 0 引言

回肠末段是小肠疾病的好发部位, 随着电子内窥镜广泛应用和检查技术不断提高, 采用中长型结肠镜经回盲瓣插入回肠末段检查, 近年来已成为部分医院的结肠镜常规检查部位. 我科近年用 Olympus XQ240 型结肠镜在检查全结肠的基础上常规深插检查回肠末段, 对

回肠末段疾病有了新的直观的认识, 现总结报告如下.

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 病例为解放军 260 医院 2003-01/12 门诊及住院患者, 男性 742 例, 女性 498 例, 年龄 14-86 岁, 平均年龄为 46.1 岁, 临床症状表现为腹痛、腹泻、血便、黏液便、腹部包块、便秘等.

**1.2 方法** 常规方法插入结肠镜, 整个插入过程少注气、多吸气, 根据情况变换体位, 助手协助腹壁加压, 熟练运用钩拉和旋转手法, 一般距肛门 50-80 cm 可达回盲部. 达回盲找到回盲瓣位于阑尾口视野左上方. 根据回盲瓣形态, 选择如下进镜法: (1) 直接进镜法: 取直镜身后在回盲瓣开放与半开放情况下, 镜头对准开口中心直接插入. (2) 回拉滑入进镜法: 看清回盲瓣后将镜头送至回盲瓣前方, 调整旋钮使镜头向下弯曲看清开口为止, 回拉镜身使结肠镜滑入回肠. (3) 支撑引导进镜法在回盲瓣挛缩时可采用此法, 利用活检钳或胆道导丝先插入回肠, 引导镜身插入.

### 2 结果

**2.1 正常回肠黏膜镜下表现** 肠腔变狭窄呈圆锥型, 黏膜橘红表面呈绒毛状, 继续进镜可见稀疏、细浅的环形皱襞, 颜色变淡, 可见散在大小不等颗粒或结节状淋巴滤泡, 少数密集呈簇. 1240 例成功插入回肠, 100 例插入失败, 失败原因见表 1.

**2.2 回肠疾病诊断结果 (表 2).**

表1 100例失败原因分析

原因	n	%
耐受性差	56	56.0
肠腔狭窄堵塞	14	14.0
相对禁忌	6	6.0
视野不清	5	5.0
其他	19	19.0

表2 内镜诊断结果

疾病	n	%	备注
慢性回肠末端炎	150	12.14	部分病理证实
回肠末端淋巴滤泡增生症	65	5.23	
寄生虫	11	0.89	
溃疡性回肠炎	3	0.24	病理证实
回肠结核	3	0.24	病理证实
回肠克隆病	2	0.16	
血管瘤	1	0.08	
异物	1	0.08	
平滑肌瘤	1	0.08	手术证实
憩室病(Meckel's)	6	0.48	
肿瘤	1	0.08	病理证实
正常	996	80.32	

### 3 讨论

结肠镜顺利插入回肠的关键是镜身在大肠内不能结圈,故在进镜过程中边进边拉直镜身,70 cm左右到达回盲部,如大于该长度,进回肠就比较困难。同时,到达回盲部时将大肠内积气抽吸干净,亦是确保进镜深度的重要技术手段,本组1 340例患者,顺利进入回肠1 240例,成功率达92.5%,与国内部分医院报道接近<sup>[1]</sup>,共检出各种疾病244例,占19.7%,低于国内部分医院报道<sup>[1-2]</sup>。

该组患者进入回肠成功率只有92.5%的主要原因是

患者耐受性差,占总失败率的56%,他们中的绝大多数是在外院已做过结肠镜检查,已发现病灶,来我院检查的目的是进一步确诊或行内镜治疗,故不愿耐受较长时间的检查。肠腔狭窄堵塞是另一个未能成功的主要原因,少数患者因炎症性肠病溃疡较大较深,我们认为是相对禁忌,为避免穿孔不再深插;视野不清亦是插镜失败的原因之一,当日预约的患者数及医务人员的操作熟练程度亦是影响内镜顺利进入回肠的因素。

国内尚未出台回肠疾病的内镜诊断标准,故对回肠疾病的认识有一定分歧,导致各家报道的阳性率差异较大,低者只有15%<sup>[2]</sup>,高者接近43%<sup>[1]</sup>;我们的检出率为19.7%,分析原因主要是对慢性末端回肠炎的诊断标准认识不统一,我们对该病的诊断比较谨慎,认为该病的内镜表现为:黏膜红白相间,花斑状,地毯状绒毛减少或倒伏,病理提示黏膜萎缩或次全萎缩等慢性炎症表现,这与周国华 *et al*<sup>[3]</sup>报道的慢性末端回肠炎的病理表现一致。

随着双气囊小肠镜及胶囊内镜的逐步使用,对小肠疾病的认识越来越清楚,二者的缺点是用时较长,价格贵,并不被广大患者接受,而且胶囊内镜容易在回肠末端滞留<sup>[4]</sup>。结肠镜的深插能观察回肠20-70 cm的距离,这一长度也是回肠疾病高发的部位<sup>[5]</sup>,所以,在国内小肠镜尚未广泛应用的情况下,结肠镜的常规深插对发现该部位的回肠疾病大有裨益。

### 4 参考文献

- 1 任占武,王红丽,李国玲. 中型结肠镜检查回肠末段的体会. 中华消化内镜杂志 2000;17:111-112
- 2 荣珍,徐少勇,毛明芝,屠新华,姜东升. 回盲部病变381例内镜检查结果分析. 邵阳医学院学报 1998;17:226-227
- 3 周国华,薛红仙,左大猛,陈奉条,周红梅. 回肠末端炎164例内镜病理学分析. 中华消化内镜杂志 1996;13:40-41
- 4 Ang TL, Fock KM, Ng TM, Teo EK, Tan YL. Clinical utility, safety and tolerability of capsule endoscopy in urban Southeast Asian population. *World J Gastroenterol* 2003;9:2313-2316
- 5 Bassi A, Loughran C, Foster P. Carcinoid tumour of the terminal ileum simulating Crohn disease. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:1004-1006