

综述

有关食管、胃肠的放射学文献综述

Literaturübersicht 1995:

Radiologie von Ösophagus, Magen und Darm

A. J. Aschoff

食管

Watkinson 报道了 32 例不能手术的食管癌病人借助涂有人工材料的自动扩张食管支架行姑息治疗的首次成果。11 例需用 1 个以上的支架,共植入 44 个体内假体,均无并发症,并达到正常的进食。19 例平均 78 天后死亡,存活的 13 例平均 30 天尚可正常进食。作者认为,这种扩张支架是一种快速、安全和有效的对恶性食道狭窄的姑息治疗。

相反,Okawa 报道了日本多中心放射线治疗食管癌的一分析结果,共报告了 105 例扁平上皮癌尚未突破粘膜下层的病人。5 年生存率 38.7%,2 年局部控制率 83.0%。16 例出现晚期并发症(出血、瘘管、溃疡、狭窄),其中 12 例还附加了腔内放疗。尽管疗效很好,然而尚需继续研究最佳剂量以及如何、何时联合应用管腔外及管腔内放疗。

因为食管裂孔疝和胃食管返流的关系一直存在争论,Ott 比较了 3.9 例病人吞钡的结果和 24 小时胃酸值。病理性 pH 值在伴有大型裂孔疝($\geq 2\text{cm}$)的病人中明显升高(< 4 ,至少在 24 小时占 6%),而在小裂孔疝或无裂孔疝的病人之间无显著差别。

为了防止食物残渣阻塞远端食管,80 年

代初期起用产气体的药剂。最近讨论了由此产生的穿孔危险性,Levine 认为只要气圈形成少于 24 小时,与内镜检查价值相同。为了排除病理原因接着就作水溶性造影剂及 7~10 天后钡剂检查。用小量造影剂同样可以达到排除穿孔的目的,可避免大量外渗或误吸。

食管上段异位胃粘膜上皮通常是无症状的良性病变,与 Barrett 食管相反,它是先天性的。Takeij 前瞻性研究 1142 例病人,均作常规钡餐检查,发现 27 例(男 25,女 2)存在异位胃上皮,并经内镜活检证实为胃柱状上皮,从而得出发生率为 2.4%(男 3.1%,女 0.6%)。放射学检查示食管侧壁成双的切迹和前壁或后壁帽边状阴影,他提出对这种原发良性病变不需作内镜和病程复查。

Karasick 和 Lev-Toaff 对食管狭窄作了很好的综述,他将狭窄分为以下各组:膜状狭窄、喉切除后、天疱疮及营养不良性大疱状表皮松解等皮肤病、特发性嗜酸性食管炎、KMT 后慢性 GvHD、感染性食管炎(念珠菌类、疱疹等,结核极少见)、药物诱发性、新生物、放疗后、吞服酸或碱、胃食管返流、胃插管后、全部或部分胃切除后碱性返流、Crohn 氏病及食管静脉曲张的硬化治疗后。

Huynh 等对有症状的膜状狭窄用球囊扩张,他们用带 20mm 气囊的血管成形导管,扩张 3 分钟(最高压 3.1 bar),9 例有吞咽困难

的女病人取得了良好的效果。整个过程约30分钟,无并发症报道。3例病人失访,余者平均随访2.6年后无症状。

直径 $\geq 1\text{cm}$ 的食管巨大溃疡在 HIV 感染的病人中日益增多,可由 HIV、巨细胞病毒或结核引起。因为临床上区分有重要意义, HIV-溃疡将用类固醇治疗。Sor 回顾性研究了21例 HIV 病人均经 ÖSB 确诊的巨大溃疡在放射学上的区别。16例因 HIV 致溃疡, CMV 3例,2例 HIV 和 CMV 均有可能。所有溃疡的数目、大小、局部位置、征象均相似,不可能用钡餐鉴别。

胃

幽门螺旋杆菌(HP)的变化现在也影响到影像学。Levine 希望在将来不用内镜而用胃双重造影检查确定幽门螺旋菌。另有报道幽门螺旋菌胃炎的放射学检查结果,用胃双重造影分析 88 例 HP 阳性和 41 例阴性的对照病人,增粗的胃粘膜皱襞作为 HP 胃炎最好的放射指标。它可能系粘膜和粘膜下水肿伴炎症继发粘膜肥大而形成的,胃窦是最常发生的部位。

为了可靠的经肠营养,近年来经皮内镜胃造口术的意义显著提高,但文献报道有高达15%的病例有并发症。虽然营养学可经放射监控,然而文献几乎没有报道。Levine 作了有关的综述报道,如置管时胃穿孔、胃管穿入胰腺、穿入横结肠、胃渗液致肝下脓肿形成、胃管端进入十二指肠内等。

胃造口术也可在透视下进行, Bell 报道了519例的经验,总结大并发症(腹膜炎等)为1.3%,小并发症(假腹膜炎等)为2.9%。另有43例病人因内脏重叠、胃高位或大量腹水无法行胃造口术。

十二指肠

在1995年放射学文献中有关十二指肠

无重大意义,诊断主要依靠内镜。

仅有1例报道—85岁病人在放置十二指肠导管时胃食管衔接处的穿孔。作者建议对老年患者放置十二指肠导管时应在 X 线透视监测下进行。

小 肠

造影剂市场上最新报道一种新型口服造影剂,在 CT 片上密度 72HU 能很好显示小肠壁。另有日本一小组报道用兰浆果汁作为含锰口服 MR 造影剂的第一批实验结果。

临床上标准方法除了闪烁扫描外还有小肠造影(Sellink)。Moch 等对 128 例有隐性消化道出血病人的回顾性研究,用小肠造影发现 27 例出血(21%),其中 17 例小肠肿瘤(14 例恶性),3 例动静脉畸形。因为 22% 的检查结果位于十二指肠末段屈氏韧带附近,作者要求在弄清隐性消化道出血时采用一种 Sellink 技术的改良法。

为了区分术后肠麻痹和机械性梗阻,Frager 等研究了 36 例病人,其鉴别均用 CT 检查,其敏感性和特异性均达 100%,而临床、实验室和平片检查结果常令人迷惑,并且不能诊断(总敏感性为 19%)。4 例不全梗阻的病人行消化道造影对梗阻的范围和严重程度提供了有价值的证据。

在怀疑小肠梗阻及平片无诊断性时是否应作 CT 或小肠造影, Balthezar 建议先作 CT,而消化道造影适于 CT 无明显结果时进行。Lappas 观点相同,他提出除急性小肠梗阻外可先作小肠造影。

类癌是小肠最常见的小肠恶性肿瘤。Woodard 等回顾性分析了 52 例类癌病人的 CT 检查结果,并与相应的实验室检查结果相比较。最常见的检查结果是肝转移(65%)及非特异性(50%)和特异性(48%)肠系膜软组织改变,以及腹膜后和肠系膜淋巴结肿大。特异性改变示直线放射状软组织影,40%有钙化,肝转移伴血浆及血小板血清素升高

($P=0.0032$ 和 0.0098) 及尿 5-HIES 升高 ($P=0.045$)。在升高的血小板血清素与肠系膜组织增多间有显著性相关 ($P=0.01$)，作者推想血清素的生长刺激作用于结缔组织细胞所致。

回肠特发性局部扩张(ILLD)是一种罕见的先天性疾病。Javor 收集至今 9 例未公开发表的病例，有消化道隐性出血(77%)和/或伴腹痛(44%)，涉及 6~21cm 长的肠段增宽并可扩展 4~13cm，且总是位于回肠轴。诊断通常用小肠造影剂造影，注意小肠要扩张足够。7 例病人手术组织学结果示 6 例溃疡，2 例另有异位胃粘膜。

大 肠

内镜检查日益取代结肠灌肠法，美国大数量分析 894 777 例钡剂检查结果及 1985 年~1992 年间内镜检查结果可以说明。在此期间行诊断性结肠镜检的数目从 191/100000 (居民)升高到 406/100000，经结肠镜活检数从 77/100000 升高到 183/100000，息肉摘除从 77/100000 升高到 202/100000，同期结肠造影剂灌肠从 929/100000 下降到 511/100000，40 岁下以病人内镜超比例升高。作者认为，结肠镜检的适应证可能过宽。38 例行结肠造影的医疗差错中，18 例忽视了结肠癌的诊断，18 例导致穿孔，2 例原因不明。

Gazelle 等评估结肠癌术前分期中水灌肠法 CT 的价值，行动力学腹部 CT 前直肠内注入 2L 温水，病人检查前准备同结肠镜检一样，无需口服造影剂，所有病人均能很好耐受此法检查，检查不超出 20min，23/30 例(70%)的病人能正确分期。所有 7 例错误估计均由于错误评估淋巴结肿大，其中 4 例病人分期太低，3 例病人分期太高。作者认为该法能确切描绘结肠癌及分期，对术前选择

治疗有重要意义。

肛周 Grohn 氏病并发症的诊断中 MRI 带来了突破，Haggett 对 25 例活动期 Crohn 氏病行磁共振检查。16 例示经皮深部肛周瘘管或肠膀胱瘘管或脓肿，与麻醉下检查结果一致。8 例病人 MRI 和临床上均未发现瘘管，仅有 1 例未能显示结肠膀胱瘘管。

Murrey 等作的一项临床上可能很重要的研究，制定 HIV 病人巨细胞结肠炎的 CT 标准。CMV 感染是艾滋病时最严重的机会性感染，CMV 结肠炎是最常见的胃肠道表现，约 25% 的病例由此诊断艾滋病。他们评价 24 例经活检确诊的 CMV 结肠炎的 CT 片，发现 22 例肠壁增厚 8~33mm (平均 15mm)。13 例位于升结肠，5 例横结肠，10 例降结肠，16 例直肠或乙状结肠。15 例显示有深的肠壁溃疡，此外还发现肠壁水肿、腹水、淋巴结肿大、阑尾炎和穿孔。总之结果是非特异性的，然而作者认为伴有溃疡的增厚结肠壁的艾滋病病人，且小于 200 CD4 细胞/ml 时可作出 CMV 结肠炎的诊断。

自 Smyth 1994 年在柳叶刀上报道了 5 例患结肠的囊性纤维化和狭窄的小男孩的病例，以后又有发表。Zerin 等对 10 例患该病小孩仅作了传统的放射学检查，它包括粘膜不规则性、棘刺和结节性肠壁增粗、正常结肠袋消失。肠腔变窄(自中度到完全阻塞)可以是一很长肠段，另一显著标志是结肠纵向缩短。组织学检查示部分病例中有严重的粘膜下纤维化和脂肪浸润伴纤维化透壁扩展至浆膜，与 Crohn 氏病的区别是缺乏急性炎症改变。

同济医科大学附属同济医院

张 林 译

陈夏丰 校

Röntgenpraxis, 1996, 49: 37-42

(1996-08-02 收稿)