

自吞消化道异物的双对比造影检查(附 108 例分析)

安徽省白湖医院放射科(231508) 崔应中
安徽省庐江监狱医院放射科(231508) 李伦府

自吞消化道异物病例并不少见,但对于谎吞 X 线阴性异物者必须予以排除,并对确有异物者明确定位以利于临床进行治疗。普通 X 线检查往往难以解决上述问题,用双对比造影方法进行检查,其结果比较满意。

材料与方法

须经检查确定有否消化道异物者 108 例,年龄在 20~50 岁之间,均为男性。所有 108 例病人均先作常规腹透或摄腹平片。其发现阳性异物者有吞 1~2 枚长铁钉者 13 例,吞服 4~12 枚短铁钉者 38 例,吞服若干枚大头针者 23 例,吞服金属汤匙柄者 7 例,主诉吞服阴性异物而普通腹平片未发现异物者有:吞塑料调羹柄者 7 例,吞碎玻璃片者 6 例。主诉吞小刀片、铁钉、碎玻璃等摄腹平片未发现者 14 例。

检查方法同一般消化道气钡双重对比造影。但检查前应仔细查看病人腹部及背部有无可致伪影的金属材料及皮肤涂有碘剂或贴有胶布之类可疑之处。

检查程序应根据主诉吞服异物的性质、长短、时间、体型以及腹透或腹平片上的存在与否来估计大概部位而确定行上或下消化道检查或全消化道检查。

检查结果

13 例吞服 8cm 长铁钉者,胃内明确显示其异物长轴与胃窦、幽门管至十二指肠球部的走行方向相一致,一端停留于幽门管及球后部而不能通过。其中 10 例钉的尖端已戳破粘膜,局部水肿。1 例球部穿孔。

38 例吞服 3~5cm 短铁钉者及 23 例吞服大头针数十枚者,于透视下或腹平片上发现中下腹部阳性异物,由于系散在分布,加之小肠有重叠迂回,难以准确定位,在作双对比加低张后,使小肠内异物之位置分布、长短及数量清楚显示。38 例吞服 3~5cm 长短铁钉者因数目自 4~12 枚,由于时间分别为 18~36h 不等,部分已进入回肠末端,少数仍在十二指肠水平部或与空肠交界处。有的分散在空、回肠各部。另 23 例各

吞服若干枚大头针者均显示良好,分别进入回肠及回盲部,少数仍停留于空肠。

7 例吞服金属汤匙柄者,其 3 例长约 6cm×1.5cm 停留于幽门管内,其 4 例短的约 3cm×1.5cm 已进入十二指肠停留于水平部,吞服时间均大致相等。局部粘膜均有损伤水肿。

7 例吞服塑料调羹把者,其材料为可透 X 线之阴性异物,事先作普通钡餐时由于钡剂的遮盖,尽管加压显示亦不理想,而行双对比检查时,由于有良好的气体衬托,加上异物本身表面钡剂的“染色”,清晰地显示 3 例在胃窦及幽门部,另 4 例分别进入十二指肠降部及水平部。

6 例吞服碎玻璃片者,原先摄腹平片并作普通钡餐均显示不清。行双对比加低张,部分玻璃片钡剂“染色”显示清楚,另部分由于局部粘膜损伤水肿、出血、液体增多的关系,使钡剂不易附着而“染色”不佳,显示不甚满意。

14 例主诉吞服各类异物者,均事先经透视或摄腹平片均未发现阳性异物。为了慎重,证实有否阴性异物,行双对比检查,结果亦未发现异物存在而得以排除,给有关部门的工作取得了主动性。

讨论

消化道异物的诊断方法主要是 X 线检查。对消化道异物进行一般 X 线检查时虽然亦能指出阳性异物的存在,但对于所在部位只能作出大概估计。对于可透 X 线的阴性异物就不能很好地显示。尤其是特殊环境下的特殊病人,他们有意吞服各类材料以故意造成消化道异物为病由。这当中,有真有假。为了去伪存真,而探索采用 X 线气钡双重对比或加低张造影的方法来检查消化道异物,并初步取得一些效果。通过对 108 例消化道异物病人的双对比检查,并适当作普通钡餐相对照,结果:普通钡餐造影由于钡剂浓稠密度高,异物往往被钡剂所遮盖而不得显影。采用双对比的方法进行检查,由于异物被稀钡的“染色”和气体的衬托形成良好的对比。不但能清晰显示阳性及阴性

异物并能明确异物在消化道中的解剖部位及其解剖关系以及大小、长短、数量及形态。

但是在检查玻璃材料的异物时仍然存在一些问题。因玻璃本身表面较光滑,加之消化道局部粘膜损伤、炎性水肿、液体增多,如钡剂调配不当,不易附着使

部分异物不得“染色”或“染色”不均匀,而显示不满意。但就双对比与普通钡餐相比较,前者明显优于后者。要想获得理想满意的效果,还必须进一步的实践与探索、总结与提高。

(1998-10-29 收稿)

巨大肺肉瘤一例报告

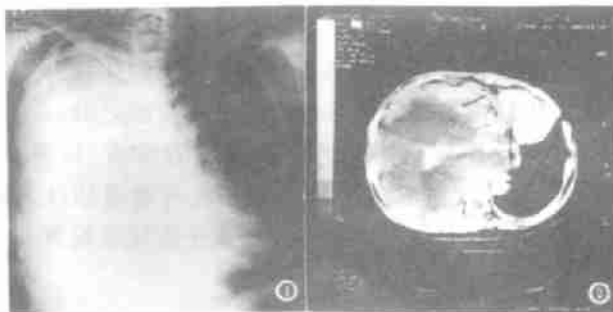
湖北省巴东县人民医院放射科(444300) 朱承刚

肺原发性肉瘤罕见,巨大肺肉瘤非常罕见,我院见1例误诊为大量胸腔积液,现报告如下。

患者,女,37岁,胸闷气逼1月。T 38℃、P 110次/分、R 22次/分、BP 14/11 kPa。化验:RBC $453 \times 10^{12}/L$ 、WBC $39.6 \times 10^9/L$ 。在外院诊断为:结核性胸膜炎。本院以结核性胸膜炎收入住院,入院后来我科做胸部站立后前位胸片检查。X线表现:右侧肺野见一片致密影,右心缘及右膈面不清,纵隔明显左移,X线诊断:右侧大量胸腔积液(图1)。即行穿刺抽液术,术中仅见少量血液流出(约20ml)。B超诊断:右肺巨大占位性病变。转上级医院行CT、病理检查。CT平扫:右侧胸腔内见巨大不规则软组织肿块填塞,右肺结构不清,气管、纵隔、心脏明显左移、肿块密度不均,CT值18~58HU,其内见大片液化坏死灶,纵隔内结构不清、左肺清晰,右胸肋骨未见破坏。CT诊断:右胸腔内巨大肿块。考虑:1. 恶性胸膜间皮瘤;2. 肺肉瘤。病理诊断为:肺肉瘤。患者出院1个月后死亡。

讨论 肺原发性肉瘤是一种罕见病。巨大肺肉瘤占居一侧胸腔者更为罕见。本病发病年龄多在30岁左右。中央型发生者支气管者呈息肉状,可阻塞管腔,常有咯血,可咳出大块瘤组织,外周型的病程可很长。本病X线表现:1. 结节型:此型显示圆形肿块影,可单

发或多发,外形整齐、边缘光整,大者可侵犯整个肺叶、但不超过叶间裂。肿块很少形成空洞,常可侵犯胸膜并能产生血性积液。2. 浸润型:此型在肺内显示比较广泛的浸润阴影。



文献中结节型肺肉瘤可占居整个肺叶,但不超过叶间裂。本侧患者占居了一侧肺野,X线表现不典型这是误诊原因之一,本病罕见,对本病认识不够也是造成误诊的另一重要原因。笔者认为必须注意X线表现与临床表现的结合:胸膜炎常有胸痛,深呼吸时加重。本例误诊的重要原因之一是忽视了这一点,在X线表现与临床表现不符时,应行B超、CT等进一步检查即可避免误诊。

(1998-10-06 收稿)