

婴儿先天性巨结肠 X 线诊断

郭顺林 雷军强 高明太

【摘要】 目的:探讨婴儿先天性巨结肠的 X 线特征及其检查方法。材料和方法:经手术及病理证实的 17 例婴儿先天性巨结肠的 X 线表现与手术结果对照。结果:婴儿先天性巨结肠好发于直肠及乙状结肠的交界处。最典型的 X 线表现为狭窄、移行、扩张段并 24 小时后均有不同程度的钡潴留。婴儿期先天性巨结肠的检查方法具有一定的特殊性。结论:X 线检查是诊断婴儿先天性巨结肠的重要方法,绝大多数病例具有典型的表现。

【关键词】 婴儿先天性巨结肠 检查 诊断

【中图分类号】 R726.2, R814 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2000)05-0320-03

X-ray diagnosis of infant congenital megacolon Guo Shunlin, Lei Junqiang, Gao Mingtai. Department of Radiology, the First Affiliated Hospital of Lanzhou Medical College, Lanzhou 730000

【Abstract】 Objective: To study the X-ray characteristics and the examination procedure of infant congenital megacolon. **Methods:** 17 cases of infant congenital megacolon were examined with barium enema, and the X-ray findings were compared with operative and pathological findings. **Results:** The infant congenital megacolon often located between rectum and sigmoid. The typical X-ray features included the stenosis and dilatation of colon, and transitional zone between them. There is also stagnation of barium sulfate 24 hours after irrigoscopy. The method of examination is of some speciality. **Conclusion:** Irrigoscopy is an important diagnostic method for infant congenital megacolon.

【Key words】 Infant congenital megacolon Examination Diagnosis

先天性巨结肠是较常见的婴幼儿肠道发育畸形,其诊断方法较多,但钡剂灌肠检查已成为其最简单、最普遍、较准确的诊断方法之一。本文就我院手术、病理证实的 17 例婴儿先天性巨结肠钡剂灌肠的表现,结合病理改变,讨论了婴儿先天性巨结肠的 X 线诊断,并对其灌肠方法予以探讨。

材料和方法

1990 年元月至 1998 年 6 月在我院行气钡灌肠检查,经手术及病理证实的婴儿先天性巨结肠 17 例,其中男性 14 例,占 82.35%,女性 3 例,占 17.65%,最小年龄 35 天,最大年龄 11 月,平均年龄 8.4 月。

气钡灌肠前 15 人有腹部平片,24 小时后 17 人有钡剂排空片。

钡灌肠的方法:检查前不作清洁灌肠。肛门先置金属标记,用儿童肛管,30%~35%稀钡 100ml,通过 50ml 空针缓慢注入,常规透视及点片。

结果

先天性巨结肠的一般资料 男:女=14:3。部位:直肠和乙状结肠的交界处 13 例,占 76.47%,直肠中段

2 例,占 11.76%,直肠下段 2 例,占 11.76%。气钡灌肠前摄有腹部平片 15 例,其中显示阶梯状气液平 12 例,占 80%,肠腔多处积气扩张 3 例,占 20%,一般以结肠扩张明显。显示典型的狭窄、移行、扩张段 16 例,占 94.12%;狭窄、扩张分界清楚 1 例,占 5.88%。气钡灌肠后 24 小时腹部平片 17 例,肠腔内均有不同程度的钡剂潴留占 100%。

婴儿期结肠代偿性的扩张处于初步形成期,故对其的检查一般不同于新生儿,也不同于幼儿,应慎重对待。

讨论

X 线诊断 腹部平片:诊断本病的首选方法,本组 15 例,均不同程度出现小肠、结肠充气扩张,并以结肠扩张明显,同时有 12 例显示阶梯状的气液平,故肠梗阻(完全性或不完全性)(图 1)及肠膨胀(图 2)是本病出现的最早征象。因此对有临床症状、高度怀疑本病的患儿首先摄腹部平片,对及时、早期诊断有一定的价值。气钡灌肠检查:一般可明确诊断,其显示狭窄、移行、扩张段者在本组病例中有 16 例,占 94.12%,单纯显示狭窄及扩张段 1 例,占 5.88%。故狭窄、移行、扩张段的显示对本病有重要的诊断价值(图 3, 4)。

此外,钡剂潴留现象也是诊断本病的另一重要征

作者单位:730000 兰州医学院第一附属医院
作者简介:郭顺林(1963~),男,甘肃人,副教授,从事肝脏肿瘤临床介入治疗

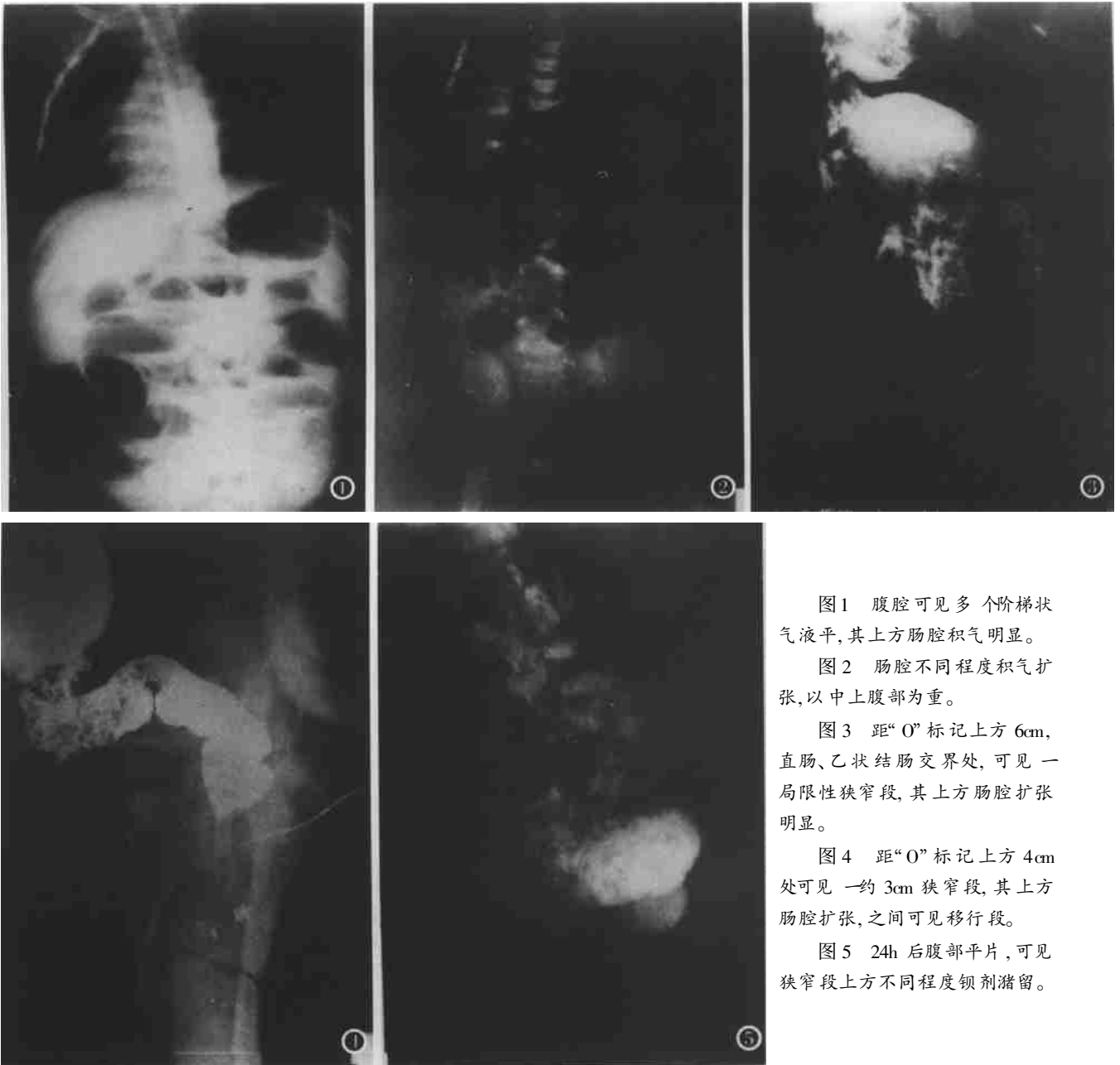


图1 腹腔可见多个阶梯状气液平,其上方肠腔积气明显。

图2 肠腔不同程度积气扩张,以中上腹部为重。

图3 距“O”标记上方6cm,直肠、乙状结肠交界处,可见一局限性狭窄段,其上方肠腔扩张明显。

图4 距“O”标记上方4cm处可见一约3cm狭窄段,其上方肠腔扩张,之间可见移行段。

图5 24h后腹部平片,可见狭窄段上方不同程度钡剂潴留。

象。尤其对狭窄、扩张段显示欠佳,钡剂潴留可为其唯一的诊断依据(图5)。气钡灌肠后24小时或48小时腹部平片,应作为常规检查应用于临床。本组病例17例,均有不同程度的显示,占100%。

婴儿期先天性巨结肠检查方法的特殊性 婴儿期结肠代偿性的扩张处于初步成期,故对其检查一般不同于新生儿及幼儿,结合本组病例浅谈以下几点:

1. 钡剂灌肠前一般不作清洁灌肠,因其可使狭窄段被动扩张,尤其是位于直肠中下段的狭窄段,X线表现暂时消失或不明显。

2. 造影剂一般调制成30%~35% W/V的混悬液,以免大量水份被扩张结肠吸收发生水中毒。

3. 儿童肛管一般插入肛门远端直肠内向上3~

4cm 约在肛提肌的上方,不易插得过深,以免超过狭窄段而引起漏诊。

4. 以金属标记观察肛门至病变段的距离,确定病变的长度,为手术治疗及方案的选择提供依据。

5. 钡剂一般用50ml注射器缓慢注入,压力不宜过高,以免狭窄段被动扩张,且注入钡剂不宜过多,避免相互重叠及水份过多吸收,当显示狭窄、移行、扩张段时,即可停止注入,选择最佳体位摄片。

6. 拔出肛管后如钡剂不能排出为先天性巨结肠最早而又可靠的征象。

7. 24~48小时后延迟摄片,特别对于初次检查或曾作为清洁灌肠的婴幼儿,可见到明显的钡剂潴留,一般残留于扩张段内,可显示狭窄段轮廓及范围。本组

17例均有不同程度的显示。

8. 另外对于全结肠型先天性巨结肠,显示结肠小且缩短,延迟摄片且全结肠有钡剂潴留。

结合本组病例,本病最常见的发病部位为直肠乙状结肠交界处,占76.47%,其次为直肠中段(11.76%)及直肠下段(11.76%)。对于发生在以上部位的本组病例,结合手术所见,测量不同时期婴儿直肠的长度将是我们工作中主要探讨的问题之一。也将为术前诊断及手术方案的确定提供重要的依据。

总之,正确掌握了婴儿先天性巨结肠X线表现,

合理的使用各种检查技术,完全能够达到临床诊断的目的,并使婴儿先天性巨结肠的术前诊断、确定手术方案、判断预后成为可能。

参考文献

- 1 张学衡. 肛门直肠的局部解剖及其应用. 中华小儿外科杂志, 1989, 3: 170.
- 2 刘贤富, 胡晓平, 郭俊渊. 婴儿先天性巨结肠X线征象探讨, 临床放射学杂志, 1989, 2: 71.
- 3 X线诊断学·腹部. 上海人民出版社, 1961.

(2000-02-13 收稿)

CT 诊断 Fahr 病一例

谢应朗 崔辛

【中图分类号】R814.42, R742 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0322-01

Fahr 病是以双侧基底节、丘脑、小脑齿状核及皮质下中枢对称性钙质沉着为主要病理学特征的疾病, CT 诊断资料报道罕见^[1]。笔者遇见1例, 报道如下。

患者 女, 7岁。因头部外伤伴头痛1周, 于2000年3月8日入我院。患者既往有学习困难史, 家庭成员未见异常。查体: 神清, 合作, 表情呆滞, 双手震颤。实验室检查: 血钙 2.7mmol/L, 血磷 1.60mmol/L。头颅 CT 平扫: 双侧丘脑、壳核、苍白球、尾状核可见大量斑片状钙化灶, 小者 0.3cm×0.3cm, 大者 2.5cm×1.5cm, CT 值 243~720HU。双侧侧脑室、三脑室均显

示扩大。中脑导水管及四脑室无扩大, 中线结构无移位(图1, 2)。CT 诊断: Fahr 病, 梗阻性脑积水。

讨论 本病罕见, 又称特发性家族性脑血管亚铁钙沉着症。病因主要为特发性家族性遗传性疾病, 多为常染色体显性或隐性遗传。病理表现为病变区广泛对称的终末小动脉和静脉周围的钙质沉着。常起始于青春期或中年期, 男女无差异, 主要症状有进行性精神障碍、智力低下、痴呆、语言障碍、严重的生长障碍、癫痫发作; 其它表现有头晕、头痛、手足搐搦等, 血钙、磷生化值在正常范围。

CT 表现: ①基底节钙化: 苍白球呈圆锥形或长条形对称性钙化, 壳核呈点状或不规则形钙化, 尾状核头呈“八”字形或片状钙化, 体部呈带状钙化; ②丘脑钙化: 呈对称性三角形或片状钙化; ③小脑齿状核: 呈括号形或不对称性片状钙化; ④额、顶、颞、枕叶皮髓交界区呈对称性点状、片状或条带状钙化^[1]。本例钙化主要分布于双侧丘脑及基底节区, 而小脑齿状核及各叶皮髓交界区未见钙化。患儿双侧侧脑室及三脑室均显示扩大, 这在以往的文献中论述甚少。

本病主要与容易产生基底节钙化的甲状旁腺功能减退、结节性硬化等相鉴别。

笔者认为, CT 具有密度分辨率高, 钙化显示好, 定位准确, 简便易行的优点, 是检查 Fahr 病的主要手段。平片检查虽然可发现部份 Fahr 病的颅内钙化, 但其存在分辨率低, 定位困难的缺点, 可作为本病的筛选手段。而 MRI 虽然对软组织病变分辨率高, 但对钙化显示较差, 不宜作为检查 Fahr 病的首选手段。

(2000-04-04 收稿)

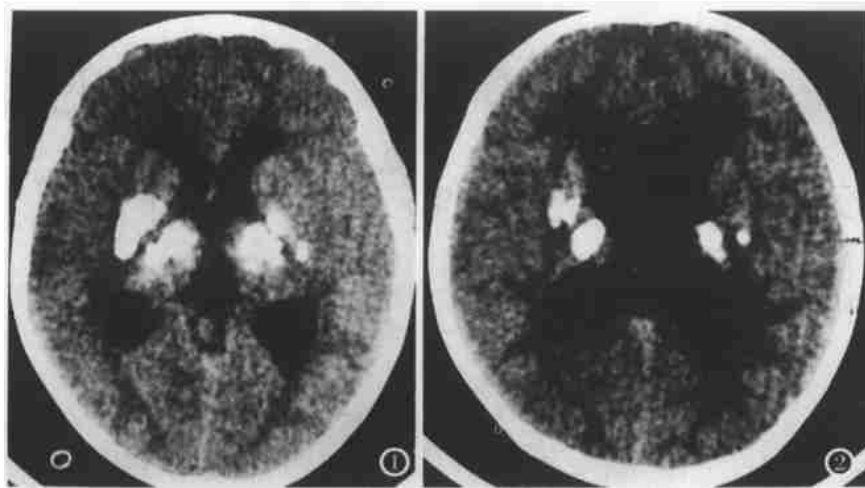


图1 双侧丘脑、壳核、苍白球可见大量斑片状钙化灶, CT 值 243~720HU。双侧侧脑室及三脑室扩大。

图2 双侧尾状核、壳核钙化、双侧侧脑室扩大, 前角变钝。

作者单位: 625000 四川雅安地区医院放射科
作者简介: 谢应朗, (1954~), 男, 四川成都人, 副主任医师, 从事盆腔腹膜下病变 CT 诊断及研究