

# 双对比造影在胃十二指肠检查的应用研究 ——附80例X线影像分析

美国定 解月太 郭麦军 薛慧丹

【中图分类号】R816.5, R814.43 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2000)05-0367-01

随着先进医疗设备在临床的运用,对消化系统疾病的影像检查诊断,尤其是胃肠气钡双对比造影(DC)检查的价值和实用性已被公认肯定。这一简便、经济、无痛苦的技术弥补了基层医院无内窥镜设备的不足。因此,本文就我院两年来所做的80例资料较完整的胃十二指肠双对比造影检查的X线影像进行回顾性分析,旨在进一步阐述论证其诊断价值和优越性,同时亦为在基层医院积极推广这一技术起一个小范围的医疗导向宣传作用。

**材料和方法** 95年1月至96年12月间以上腹部不适为主诉,做(DC)检查的80例病例。其中男性49例,女性31例,发病年龄最小25岁,最大76岁,平均年龄 $39.36 \pm 5.86$ 。

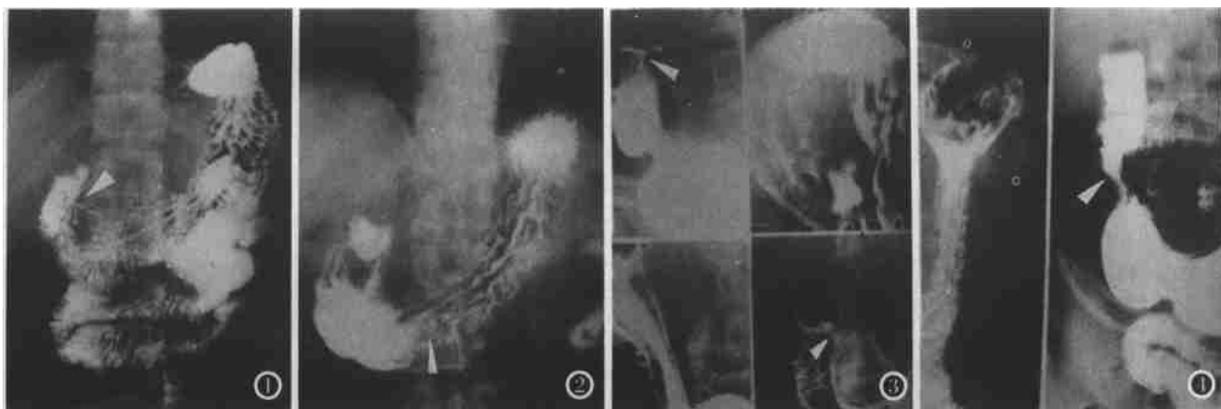


图1 胃窦小弯侧溃疡,胃粘聚集尚连续,可见龛影。 图2 浅表情胃炎,胃小区变化明显、粘膜粗乱、其间显示点状小龛影。 图3 十二指肠球部溃疡变形,粘膜像有龛影显示。 图4 十二指肠球部溃疡,充盈不佳且有变形。

使用KB-500型X光机配日本WTV-30D型荧光增强器,造影方法:服产气粉6克1分钟后嘱病人吞服调拌好的双重造影用硫酸钡(BC)混悬液10~30ml,身体翻转3圈后在不同体位下电视透视重点观看,必要时给予点片,然后继续服钡剂60~100ml,以观察胃十二指肠的充盈影像。

观察内容和诊断依据进行胃十二指肠DC检查,重点观察其内部微粘膜结构的异常改变,即胃小区和胃小沟的形态变化。以此来揭示和确定病变的部位、形态、大小数目、浸润范围及功能变化。主要诊断依据是,粘膜皱壁的增粗,平坦,破坏中断及纠集,有无狭窄,肿块及龛影征象等。

**结果** 80例胃十二指肠DC检查前均未肌注654-2,所显示出的胃轮廓及胃内各部小区小沟形态均较满意,其中阳性发现71例,占89%,见表1。

表1 80例胃十二指肠DC检查结果

病名	例数
胃内炎症(包括浅表性、糜烂性、萎缩性炎症)	56
胃溃疡	1
十二指肠球溃疡合并胃窦炎	1
十二指肠球溃疡	6
胃底贍门癌	6
胃下垂	1

从表中所示,造影诊断胃底贍门癌6例与胃镜、手术均相符。8例溃疡病中有3例曾作胃镜检查对照均相符,另5例均经临床用药治疗相符,其余病例均依靠造影所见直接诊断和临

床用药治疗相符。

80例造影检查中,有56例为胃内慢性炎症改变,其主要造影所见为胃小区和胃小沟的形态变化如粘膜皱壁增粗或粗细不均,平坦,迂曲等征象(图2)。1例胃小弯侧溃疡(图1),3例十二指肠球部溃疡造影直接显示为龛影征象(图3,4),6例癌症患者均为管腔狭窄,粘膜破坏断裂,钡流改向,管壁僵硬等典型X线征象。

**讨论** DC检查对胃肠微粘膜结构的显示,尤其是胃内各部小区小沟及形态变化显示率较高,本文为80%,这与王爱英等有关报道相符<sup>[1]</sup>。关于胃小区的X线显示及诊断价值,已有许多文献报道,特别是对早期病变的诊断给予充分肯定,但有的文献将胃小区小于3cm,形态规则,大小均匀者视为正常胃小区,而病理常为慢性浅表性炎症。这是由于胃是一个开放性器官,一般成人胃粘膜均有不同程度浅表炎症,胃窦部显示胃小区者,其病理改变均有慢性炎症。

结合本文56例胃内慢性炎症所显示的结果,可以说双对

作者单位: 471013 河南省洛阳荣康医院放射科  
作者简介: 美国定(1968~),男,河南南阳人,主治医师,从事介入放射学研究

比造影时,无胃小区显示的患者不能排除胃粘膜炎症的存在,一旦有胃小区的显示,应肯定有胃内炎性病变的存在。

诊断符合率较高:采用DC检查,由于对病变的显示率大大提高,使其结果与胃镜检查诊断符合率无明显差异,这与本文所做的部分胃镜结果证实是一致的。

明显优越于常规钡餐检查。1985年全国第一届消化系内窥镜学术讨论会纪要指出:常规钡餐检查阳性率很低,约为39%~60%,误诊率有的高达60%,而DC检查阳性率大大高出常规钡餐检查。柴小民等曾报道阳性率在93%以上<sup>[2]</sup>,本文的病变检出率为89%,与这一结果相近。况且DC检查方法简便,对患者既无痛苦又经济,完全可取代常规钡餐检查。

胃十二指肠DC检查,其应用价值主要在于能明显揭示病变,尤其是在有影像增强电视透视下展示病变的部位和全貌,

能判断病变大小数目及范围,大体类型及观察功能性变化。本文80例被检中,其71例病变的造影所见已证明了以上论述。

根据有关统计资料表明,DC检查技术在全国中基层医院积极推广是一个迫切的任务。本文通过80例胃十二指肠DC检查的影像分析研究,证明和提示:多种影像学检查方法的有机结合和临床联合运用,尤其是在胃肠道疾病诊断方面应用,扩展了放射诊断范围,使病变的“质”和“量”的诊断更加完善,以更好地提高影像诊断水平。

#### 参考文献

- 1 王爱英,林三红,张德勋.胃小区、胃小沟形态改变的病理学基础及临床意义[J].实用放射杂志,1992,8(6):324-326.
- 2 柴小民.胃双对比造影检查在临床上应用价值的探讨[J].实用放射杂志,1990,6(2):84-85.

(2000-03-14 收稿)

## 盲肠脂肪瘤合并慢性肠套叠一例

黄劲柏 雷红卫 卢木发

【中图分类号】R735.3<sup>+</sup>6.R574.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0368-01

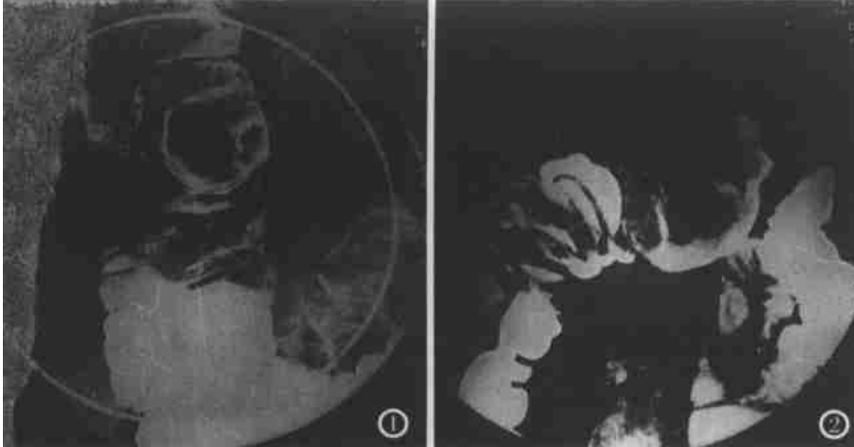


图1 经肛门插管结肠气钡造影:钡剂于横结肠中段近肝曲部上行受阻,可见弹簧状钡线及不规则充盈缺损。图2 口服稀钡剂约200ml,6h后复查见于结肠肝曲水平回肠与结肠相连续,可见回肠粘膜延伸入结肠内。

患者 女,45岁,20天前无明显诱因下腹痛,阵发性发作,10天前疼痛加剧,伴恶心、呕吐,可自行缓解,平时大小便可。3月前曾行阑尾切除术。体检:腹平软,右中下腹可触及一约5cm×3cm大小之肿块,质中等,轻度压痛,活动差,肠鸣音4~5次/分。

影像检查:腹部透视,双膈下无游离气体,腹区无气液平征象。经肛门插管结肠气钡造影:钡剂于横结肠中段近肝曲部上行受阻,可见弹簧状钡线及不规则充盈缺损(图1)。口服稀钡剂约200ml,6小时后复查见结肠肝曲水平回肠与结肠相连续,

可见回肠粘膜延伸入结肠内(图2)。X线检查考虑为慢性肠套叠,炎症所致可能性大。

电子结肠镜检:结肠肝曲升结肠侧可见一球状肿物,大小约2.0cm×3.0cm,表面充血糜烂,附有粪物,可见蒂。镜检结果:结肠肝曲肿物,癌可能性大。

手术所见:腹腔无渗液,无明显粘连,回盲部、升结肠套入直至结肠肝曲,盲肠内有一约5cm×6cm大小包块,可活动,表面光滑,有完整包膜,基底部附着于肠壁,有较粗短蒂,未侵犯肠壁肌层。切开包块,其内为大量脂肪组织。

病理诊断:盲肠脂肪瘤。

讨论 慢性肠套叠是指病程持续2周以上至数月之久的病例,一般多发生于年龄较大的儿童及成年人,其肠腔常保持部分通畅,其原因可为原发性,但肠管有器质性病变者较为多见,如结核、炎症,息肉和肿瘤等<sup>[1]</sup>。本例患者45岁,特点为肠套叠的范围大,掩盖了肿瘤的征象,又由于3月前曾行阑尾手术,结肠造影易误诊为术后炎症所致慢性套叠。通过对本病例分析,对此类病例提出以下几点意见供同行参考:①临床表现:可有腹痛呕吐,腹部可扪及包块,但无急性肠梗阻的表现;②影像检查方法:透视及平片可无阳性表现;钡灌肠钡剂于梗阻部上行受阻,可见螺旋状阴影;口服法钡餐检查见不到正常的回盲部和升结肠,可见回肠粘膜伸入结肠内;③诊断:钡灌肠及口服钡餐造影相结合基本可确立肠套叠的诊断,但其病因如息肉、肿瘤等难以显示,需结合结肠镜检查。(2000-02-18 收稿)

作者单位:434000 荆州市第一医院放射科

作者简介:黄劲柏(1971~),男,湖北松滋人,医师,从事消化系统疾病影像诊断及研究