

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^[2],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):321-326.
- 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⁺6.R574.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0368-01

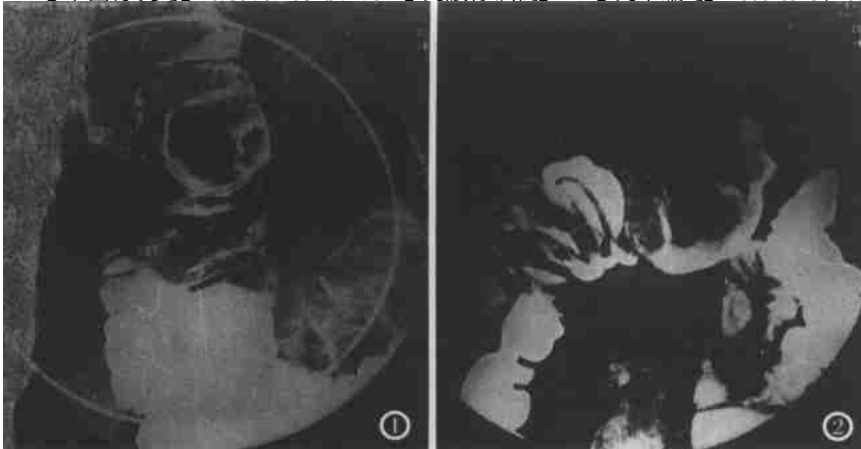


图1 经肛门插管结肠气钡造影:钡剂于横结肠中段近肝曲部上行受阻,可见弹簧状钡线及不规则充盈缺损。图2 口服稀钡剂约200ml,6h后复查见于结肠肝曲水平回肠与结肠相连续,可见回肠粘膜延伸入结肠内。

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^[1]。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)