

实用胃肠道 双重对比造影图谱

ATLAS OF DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY IN
GASTROINTESTINAL TRACT

编著 王爱英

主审 林三仁



ATLAS OF DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY IN GASTROINTESTINAL TRACT
ATLAS OF DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY IN GASTROINTESTINAL TRACT
ATLAS OF DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY IN GASTROINTESTINAL TRACT

实用胃肠道双重对比造影图谱

ATLAS OF DOUBLE CONTRAST RADIOGRAPHY IN GASTROINTESTINAL TRACT

编 著 王爱英

主 审 林三仁



北京大学医学出版社

SHIYONG WEICHANGDAO SHUANGCHONG DUIBI ZAOYING TUPU

图书在版编目 (CIP) 数据

实用胃肠道双重对比造影图谱/王爱英编著. —北京: 北京大学医学出版社, 2006.8
ISBN 7-81116-098-6

I. 实... II. 王... III. 胃肠病—X线造—图谱
IV.R816.5-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 075128 号

实用胃肠道双重对比造影图谱

编 著: 王爱英

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜圣龙印务有限责任公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 许立 责任校对: 王怀玲 责任印制: 张京生

开 本: 889mm × 1194mm 1/16 印张: 18.25 字数: 215 千字

版 次: 2006 年 8 月第 1 版 2006 年 8 月第 1 次印刷 印数: 1-2500 册

书 号: ISBN 7-81116-098-6/R · 098

定 价: 92.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学部

科学出版基金资助出版

序

胃肠双重造影是20世纪60年代由日本著名胃肠病学家白壁彦夫教授首先开创的胃肠检查方法，80年代引进我国，当时以其清晰的图像，微细结构的显示能力，较高的诊断准确性得到国内外学者的广泛重视和认可，对我国消化道疾病的诊断提供了很大的帮助。

目前，随着内镜检查和影像技术的不断发展，胃肠双重造影诊断水平也有明显提高，对消化道肿瘤范围的确定，胃肠道狭窄而内镜不能通过的部位，小肠疾病的诊断等方面都有其独特的优势。本文作者将小肠黏膜活检技术与双重造影相结合，大大提高了对小肠疾病的诊断水平，是国内一项重要的创新性成果，是双重对比造影技术的新发展。

《实用胃肠道双重对比造影图谱》一书，是作者多年来艰苦临床工作经验的积累和总结，不仅详细阐述了胃肠双重造影的基本方法，而且还收集大量图片，根据临床常见病和多发病的基本X线表现编写，条理清晰，层次分明，便于掌握，是消化内科、医学影像学及其他有关专业医师的重要参考书，本书中的大部分病例都有病理对照，增加了本书的可信性，体现了作者严谨的科学态度，该书的出版一定会对胃肠造影诊断水平的提高起到重要作用。



北京大学第三医院消化科教授
中华消化学会主任委员
2006年3月

前言

胃肠双重造影是 20 世纪 80 年代由林三仁教授等引进国内的一项先进的检查技术，自从该项技术引进以来，我科在国内率先开展食管、胃和结肠双重造影，并用于早期胃癌的诊断，为国内消化道疾病检查技术的提高起到了促进作用。胃肠双重造影可显示胃肠道黏膜表面的微细结构及微小病变，以其清晰的画面，可靠的诊断率得到国内学者的认可。特别是小肠双重造影具有可以使肠管充分扩展，减少影像重叠，图像清晰等特点，对小肠肿瘤、原因不明的消化道出血、小肠息肉、溃疡等疾病，具有重要的诊断价值，是目前小肠疾病最有价值的诊断方法。我科在国内率先开展该项检查，而且检查人数在逐年增加，以高质量的技术水平，可靠的诊断率得到国内学者的广泛好评，使小肠造影在该领域形成一定特色，具有一定影响范围，而且一直保持领先水平。

目前有关这方面的专业书籍比较少，而且文字内容较多，X线图片较少。对于临床医师来讲，迫切需要一种既能概括各种疾病的主要表现，又便于掌握的图谱类书籍。因此，本书的出版可弥补这方面的不足，可作为影像学和消化内科专业本科生、研究生、临床医师及外科、肿瘤及其他相关科室临床医师的参考书。

本书编写的内容主要来自我院消化科胃肠造影室收集的病例图片资料，在编写过程中，尽量将X线和临床、病理三方面的资料加以结合对照，尽可能提供优质图片，力求文字简明扼要，重点突出，每幅图都配有相应的示意图，使病变一目了然，便于读者掌握。

在编写过程中，得到我尊敬的导师林三仁教授的热情支持和细心指导，许立编辑给予了许多帮助和指导，北京大学医学出版社对本书的出版给予大力支持，在此谨向他们表示衷心的感谢。我的家人对我的工作给予了大力的支持和鼓励，作出了许多奉献，在此表示深深的谢意。

由于水平有限，难免有错误和不足之处，敬请读者批评指正。

王爱英

2006 年 1 月 20 日

目 录

第一章 胃肠双重对比造影概论

- 第一节 胃肠双重对比造影历史 (1)
- 第二节 胃肠双重对比造影检查方法体会 ... (1)
- 第三节 胃肠双重对比造影读片要点 (3)

第二章 食管

- 第一节 食管造影方法 (18)
 - 一、适应证 (18)
 - 二、禁忌证 (18)
 - 三、造影方法 (18)
- 第二节 食管解剖 (19)
 - 一、位置走行 (19)
 - 二、生理性狭窄 (19)
 - 三、生理性压迹 (19)
 - 四、食管分段 (20)
 - 五、食管蠕动 (20)
 - 六、食管胃结合部解剖 (20)
- 第三节 正常X线表现 (20)
 - 一、正常表现 (20)
 - 二、伪影 (20)
- 第四节 异常X线表现 (22)
 - 一、位置的改变 (22)
 - 二、管腔的改变 (22)
 - 三、管壁的改变 (22)
 - 四、黏膜皱襞的改变 (22)
 - 五、肿块 (22)
 - 六、溃疡和糜烂 (22)

第五节 先天性食管闭锁 (23)

- 一、概述 (23)
- 二、临床表现 (23)
- 三、基本X线表现 (23)
- 四、分型 (23)

第六节 食管良性隆起性病变 (24)

- 一、息肉 (24)
- 二、良性黏膜下肿瘤 (27)

第七节 食管恶性肿瘤 (30)

- 一、食管癌 (30)
- 二、食管癌肉瘤 (41)
- 三、食管淋巴瘤 (42)
- 四、食管平滑肌肉瘤 (43)
- 五、食管转移瘤 (44)

第八节 食管炎 (46)

- 一、反流性食管炎 (46)
- 二、腐蚀性食管炎 (49)
- 三、念珠菌性食管炎 (50)
- 四、食管克罗恩病 (51)

第九节 食管溃疡 (52)

- 一、概述 (52)
- 二、临床表现 (52)
- 三、基本X线表现 (52)
- 四、分类 (52)

第十节 食管其他疾病 (56)

- 一、食管静脉曲张 (56)
- 二、食管裂孔疝 (58)

三、贲门失弛缓症	(62)	第八节 胃炎	(114)
四、弥漫性食管痉挛	(65)	一、慢性胃炎	(114)
五、食管憩室	(67)	二、糜烂性胃炎	(116)
六、食管异物	(71)	三、Menetrier 病	(116)
七、食管外压性改变	(74)	第九节 胃溃疡	(117)
第三章 胃		一、概述	(117)
第一节 胃造影方法	(79)	二、临床表现	(117)
一、适应证	(79)	三、基本X线表现	(117)
二、禁忌证	(79)	四、分期	(118)
三、检查前准备	(79)	五、特殊类型胃溃疡	(118)
四、造影方法	(79)	六、鉴别诊断	(119)
第二节 胃的解剖	(80)	第十节 胃其他疾病	(132)
一、解剖名称	(80)	一、胃憩室	(132)
二、胃的形态	(80)	二、胃扭转	(133)
三、相邻脏器	(80)	三、胃石症	(136)
第三节 正常X线表现	(83)	四、胃黏膜脱垂	(137)
一、正常表现	(83)	五、异位胰腺	(138)
二、伪影	(83)	六、胃底静脉曲张	(139)
第四节 异常X线表现	(84)	七、胃外压性改变	(141)
一、位置的改变	(84)	第十一节 胃术后表现	(143)
二、胃腔的改变	(84)	一、毕I式术后	(143)
三、胃壁的改变	(84)	二、毕II式术后	(144)
四、黏膜皱襞的改变	(85)	三、残胃溃疡	(145)
五、肿块	(85)	四、残胃癌	(145)
六、溃疡和糜烂	(85)	五、复发癌	(146)
第五节 先天性幽门肥厚狭窄	(85)	第四章 十二指肠	
一、概述	(85)	第一节 十二指肠造影方法	(148)
二、临床表现	(85)	一、适应证	(148)
三、基本X线表现	(85)	二、禁忌证	(148)
第六节 胃良性隆起性病变	(86)	三、检查前准备	(148)
一、息肉	(86)	四、造影方法	(148)
二、良性黏膜下肿瘤	(91)	第二节 十二指肠解剖	(149)
第七节 胃恶性肿瘤	(93)	一、解剖名称	(149)
一、胃癌	(93)	二、相邻脏器	(150)
二、胃淋巴瘤	(106)	第三节 正常X线表现	(150)
三、胃平滑肌肉瘤	(110)	一、正常表现	(150)
四、胃类癌	(113)	二、伪影	(150)

第一节 大肠造影方法	(219)
一、适应证	(219)
二、禁忌证	(219)
三、检查前准备	(219)
四、造影方法	(219)
第二节 大肠解剖	(220)
一、位置走行	(220)
二、生理性收缩	(221)
第三节 正常X线表现	(221)
一、正常表现	(221)

二、伪影·····	(221)	二、大肠淋巴瘤·····	(249)
第四节 异常X线表现·····	(223)	三、大肠转移瘤·····	(252)
一、位置的改变·····	(223)	第八节 大肠炎症性疾病·····	(254)
二、肠腔的改变·····	(223)	一、溃疡性结肠炎·····	(254)
三、肠壁的改变·····	(223)	二、克罗恩病·····	(259)
四、黏膜皱襞的改变·····	(223)	三、大肠结核·····	(264)
五、肿块·····	(223)	四、肠型 Behcet 病·····	(268)
六、溃疡·····	(223)	五、缺血性结肠炎·····	(269)
第五节 先天性巨结肠·····	(224)	六、嗜酸粒细胞性胃肠炎·····	(271)
一、概述·····	(224)	七、放射性结肠炎·····	(272)
二、临床表现·····	(224)	第九节 大肠其他疾病·····	(273)
三、基本X线表现·····	(224)	一、肠套叠·····	(273)
第六节 大肠良性隆起性病变·····	(225)	二、肠气囊肿症·····	(275)
一、息肉和息肉病·····	(225)	三、结肠憩室·····	(276)
二、良性黏膜下肿瘤·····	(237)	四、腹股沟结肠疝·····	(277)
第七节 大肠恶性肿瘤·····	(239)	五、慢性阑尾炎和阑尾周围脓肿·····	(278)
一、大肠癌·····	(239)		

第一章 胃肠双重对比造影概论

第一节 胃肠双重对比造影历史

1933年Palugyay首先通过吞咽空气研究食管双重对比造影。20世纪30年代国外首先开展胃双重对比造影,1953年日本学者白壁彦夫采用导管向胃内注气、注钡,观察胃小区获得成功,20世纪60年代,确定了双重造影对早期胃癌及微小病变的诊断价值。1929年Pesguera用十二指肠导管注入钡剂进行小肠造影,为小肠双重造影的开展奠定了基础。1955年Liott首先介绍了十二指肠双重对比造影方法,使肠管充分扩张,并形成良好的双对比图像。1958年Welin报告了结肠双重对比造影方法,经过不断改进,目前已经得到广泛应用。20世纪80年代,我国开展了胃肠道双重对比造影检查方法,并进行了大量的研究及文献报道。

第二节 胃肠双重对比造影检查方法体会

1. 食管 充足的气体和大口吞钡是良好的食管双重造影的关键。
2. 胃 胃内液体的多少,影响胃双重造影的效果。如果潴留液多,可用胃管抽出液体,并用碳酸氢钠等碱性药物及糜蛋白酶等黏液溶解剂清洗胃。
3. 小肠 小肠插管成功与否是造影的第一步,插管时变换体位,并用手推压导管,可帮助导管的顺利推进。
4. 结肠 乙状结肠和直肠重叠,容易漏诊病变,摄片时注意变换体位。

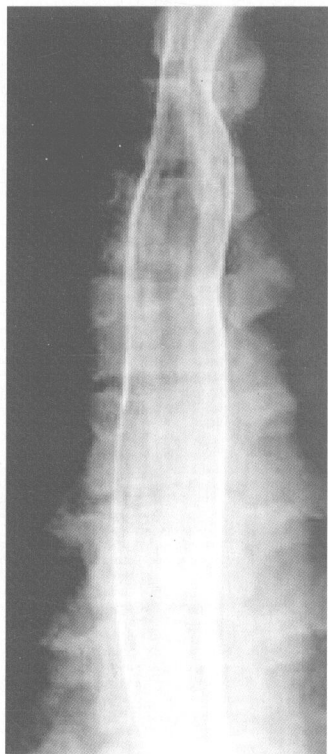


图 1-2-1 食管双重对比造影像



图 1-2-2 胃双重对比造影像

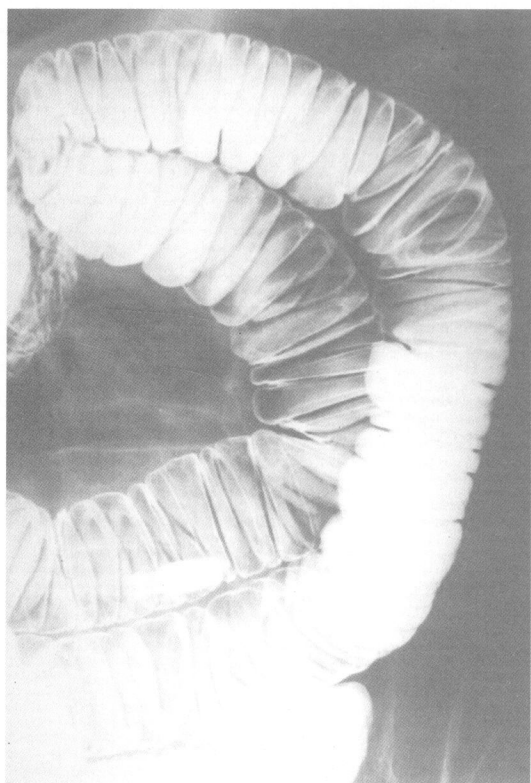


图 1-2-3 小肠双重对比造影像

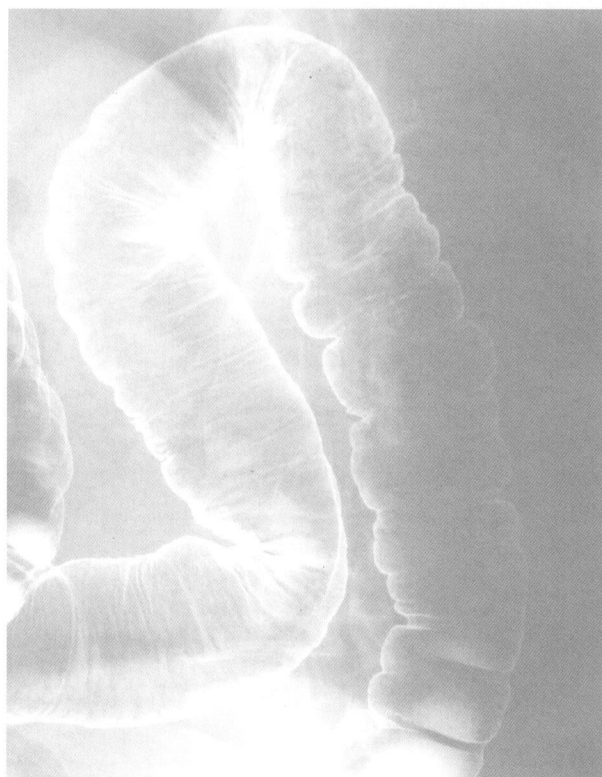


图 1-2-4 结肠双重对比造影像

第三节 胃肠双重对比造影读片要点

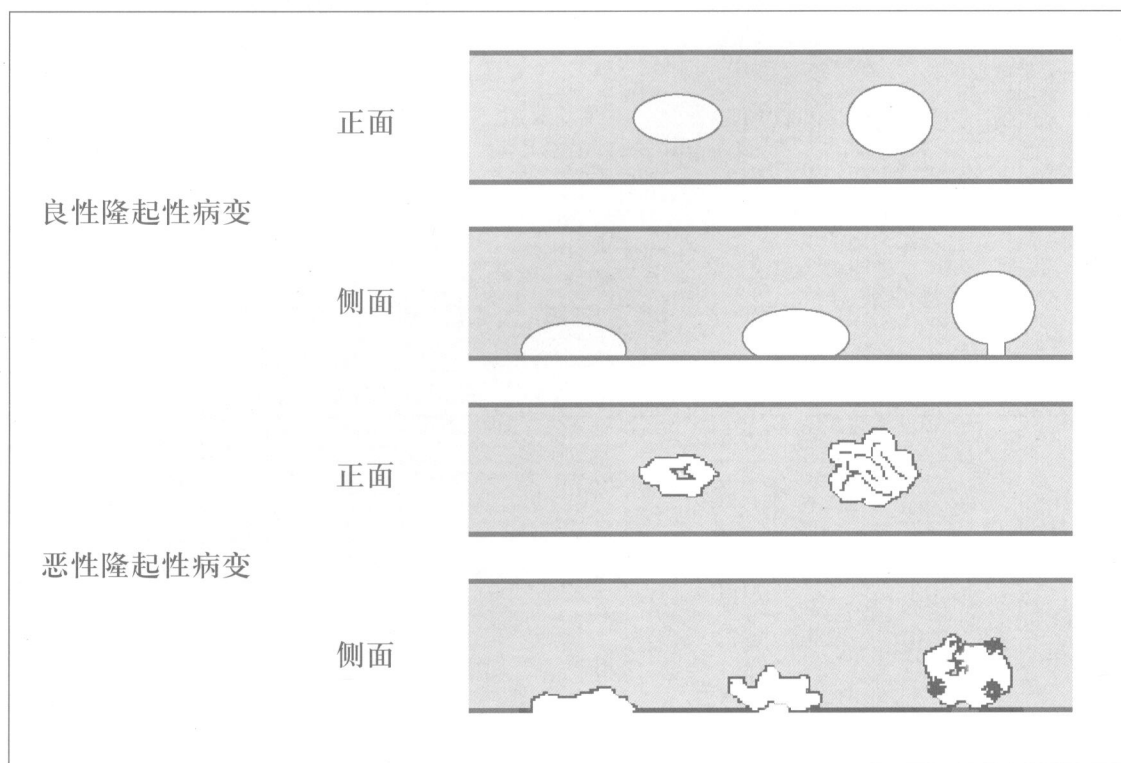
(一) 读片时注意要点

1. 位置走行：是否正常；
2. 管腔：有无狭窄或扩张；
3. 管壁：是否光滑柔软，有无僵硬、破坏等；
4. 黏膜皱襞：有无增粗、迂曲、紊乱；有无集中；有无破坏中断等；
5. 轮廓：有无憩室、龛影及充盈缺损等。

(二) 发现病变时观察要点

1. 病变部位；
2. 病变大小；
3. 病变数目；
4. 病变形态；
5. 病变边缘；
6. 病变表面或底部；
7. 病变周围黏膜皱襞等。

(三) 良、恶性病变鉴别诊断

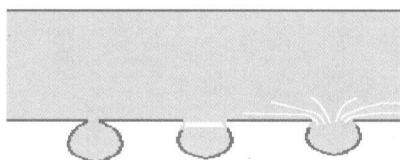


良性凹陷性病变

正面

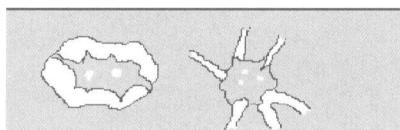


侧面



恶性凹陷性病变

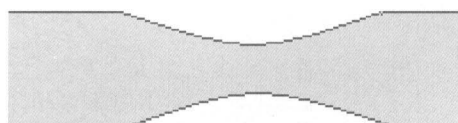
正面



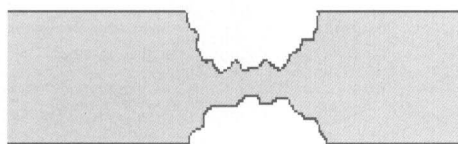
侧面



良性狭窄性病变



恶性狭窄性病变



1. 隆起性病变的鉴别诊断

(1) 良性：病变较小，形态规则，有蒂或亚蒂者多为良性，表面光滑或略呈分叶状，边缘光滑整齐，局部胃肠壁柔软。

(2) 恶性：病变较大，形态不规则，表面不平，有不规则凹陷，边缘不整，局部胃肠壁僵硬。

2. 凹陷性病变的鉴别诊断

(1) 良性：龛影形态规则，多为类圆形、椭圆形、纵形等，边缘清楚，可有水肿带、“狭颈征”、“项圈征”等，底部光滑，周围黏膜皱襞放射状集中，且逐渐变细，胃肠壁柔软。

(2) 恶性：龛影形态不规则，多为不规则半月形等，边缘不整，可见“环堤征”、“尖角征”等，底部不平，结节状，周围黏膜皱襞非对称性集中，先端呈杵状、笔尖状或相邻皱襞融合，局部胃肠壁僵硬。

3. 浸润性病变的鉴别诊断

(1) 良性：狭窄范围较广，病变两端界限不清楚，呈逐渐移行，边缘光滑，表面比较平坦。

(2) 恶性：狭窄范围局限，两端界限清楚、突然，呈“果核征”，边缘不整，呈“虫蚀状”，表面不平结节状。

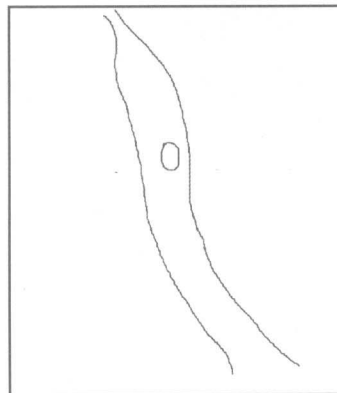
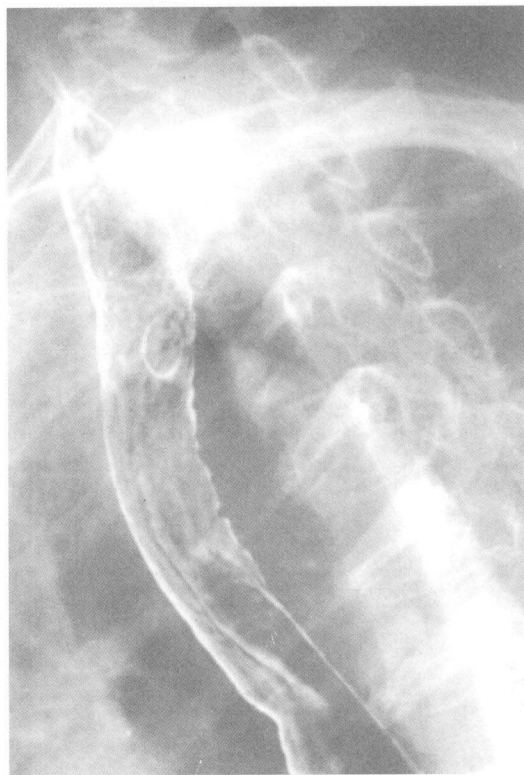


图 1-3-1 食管良性隆起性病变

女，54 岁，吞咽不适 1 周，食管中上段类圆形充盈缺损，边缘光滑锐利。

病理：平滑肌瘤

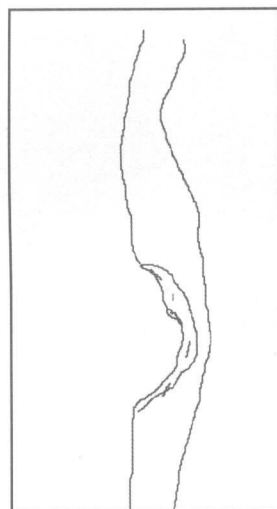
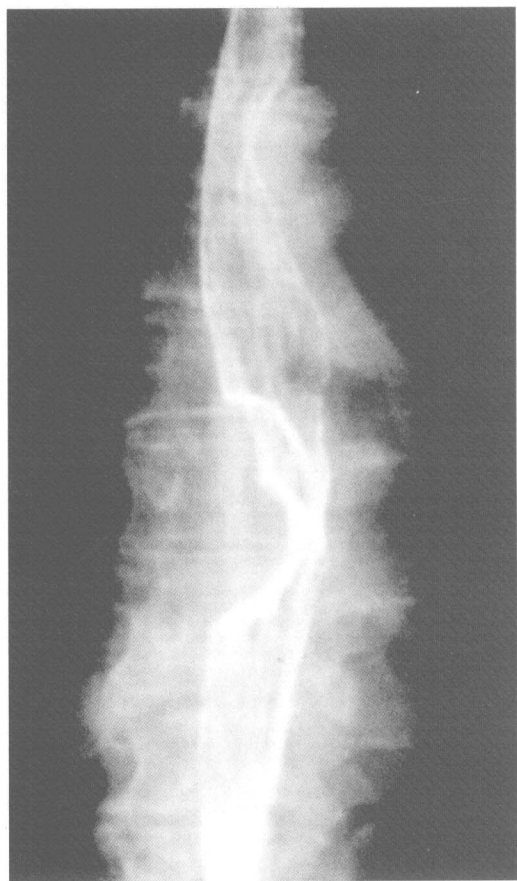


图 1-3-2 食管恶性隆起性病变

男，71 岁，吞咽困难 3 周。食管中段管腔狭窄，管壁僵硬破坏，可见不规则充盈缺损，表面不平。

手术病理：鳞癌

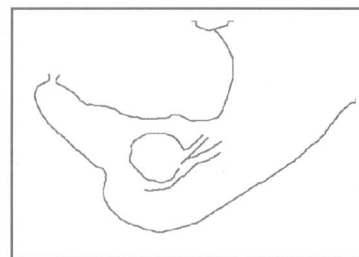
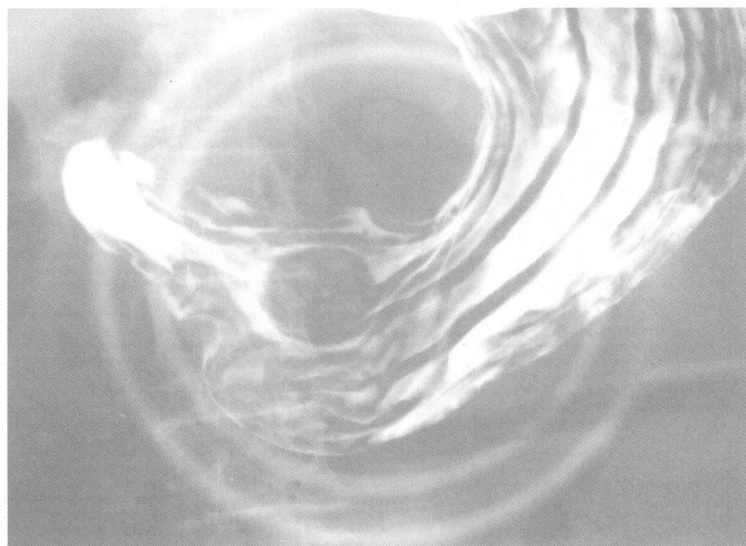


图 1-3-3 胃良性隆起性病变

女，64岁，腹痛。胃窦类圆形充盈缺损，边缘锐利，表面光滑，周围黏膜皱襞达病变边缘。

手术病理：平滑肌瘤

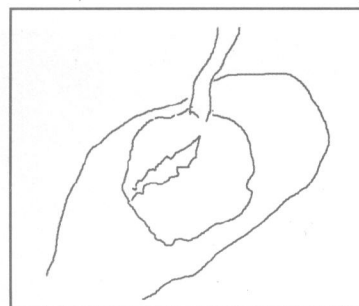
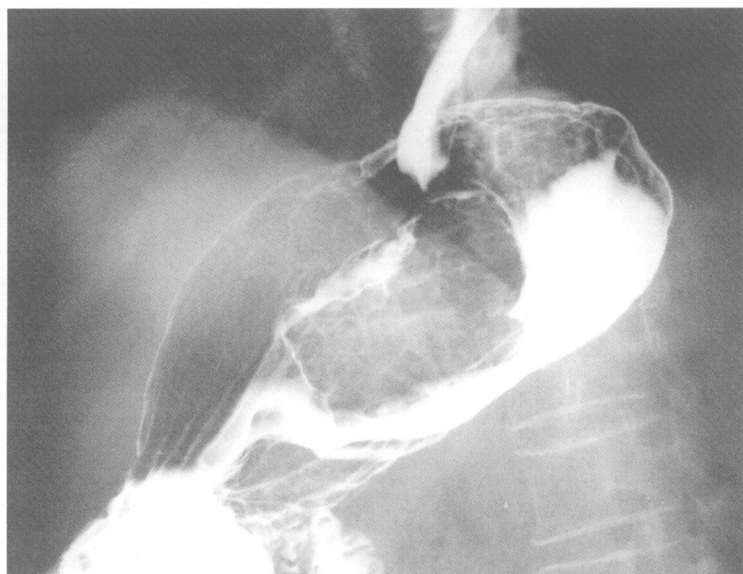


图 1-3-4 胃恶性隆起性病变

女，66岁，上腹痛。胃底贲门区巨大不规则充盈缺损，边缘不整，表面见不规则龛影。

病理：管状腺癌