

胃癌的X线诊断

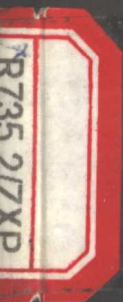
主编 张晓鹏

RADIOLOGIC DIAGNOSIS OF GASTRIC CARCINOMA

胃癌的X线诊断

主 编 张晓鹏

辽宁科学技术出版社



技术出版社

胃癌的X线诊断

RADIOLOGIC DIAGNOSIS OF GASTRIC CARCINOMA

主 编 张晓鹏
副 主 编 徐国成
 徐荣天
 陶广林
学术顾问 张景荣
 陈峻青

辽宁科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

胃癌的 X 线诊断/张晓鹏主编. - 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1996.3

ISBN 7-5381-2314-8

I. 胃… II. 张… III. 胃肿瘤-X射线诊断 IV. ①R735.2②R730.44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 01389 号

辽宁科学技术出版社出版

(沈阳市和平区北一马路108号 邮政编码 110001)

辽宁美术印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

开本: 787×1092 1/16 印张: 8 字数: 160,000

1996年3月第1版 1997年2月第2次印刷

责任编辑: 宋纯智 版式设计: 徐国成
封面设计: 徐国成 责任校对: 丁东戈

印数: 2001—3000 定价: 68.00元

胃癌的 X 线诊断

RADIOLOGIC DIAGNOSIS OF GASTRIC CARCINOMA

主 编

张晓鹏

副 主 编

徐国成 徐荣天 陶广林

编 者

(按姓氏笔划为序)

卢士军
郑力国
高如荣
晨苓苓

吴克勤
郅曙光
郭 斌
黄砚玲

李 林
侯荣林
黄永华
韩秋生

前 言

1972年,中国医科大学肿瘤研究所发现了我国首例早期胃癌。中国医科大学肿瘤研究所放射诊断研究室,在这一时期开始了双对比造影诊断早期胃癌的研究。随着对胃癌进行基础与临床、诊断与治疗等各方面的研究,使我们的认识不断深入。1980年,张景荣教授在我国首先发表了“胃双重造影”一文,向国内同道介绍这一方法。1982年,中国医科大学肿瘤研究所报告胃癌根治术后5年生存率达到了国际水平,早期胃癌5年生存率为97.37%,总的5年生存率达54.40%。这一成绩的取得有多方面的因素,提高X线诊断早期胃癌的水平是一个重要原因。

在胃癌的早期发现、早期诊断、早期治疗工作中,提高对早期胃癌和特殊类型胃癌的认识,仍是当务之急。我们在自己X线诊断经验的基础上,参考国内外先进经验,编写此书,以期对提高胃癌的诊断水平有所裨益。

本书对各种X线检查方法在胃癌诊断中的综合应用进行了分析讨论,强调规范化检查方法的重要性,对双对比造影体位的灵活运用做了较为深入的探讨。本书采用大量病例照片,图文并茂地对胃癌各种X线征象进行分析。此外,对于鉴别诊断也做了重点阐述。

本书适用于放射科、外科、内科、肿瘤科医师,对从事胃癌研究工作者也可供参考查阅。对医学生的放射诊断学教学也是一部有价值的参考书。

在本书完成之际,向中国医科大学及支持过我们工作的兄弟科室,深表感谢。

由于我们的水平和经验有限,难免有疏漏和错误之处,恳请各位专家和同道不吝赐教。

张晓鹏

1996年1月于中国医科大学第一临床学院

目 录

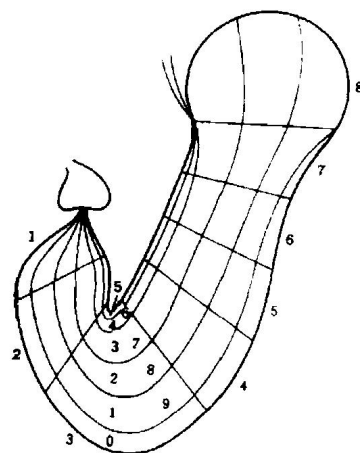
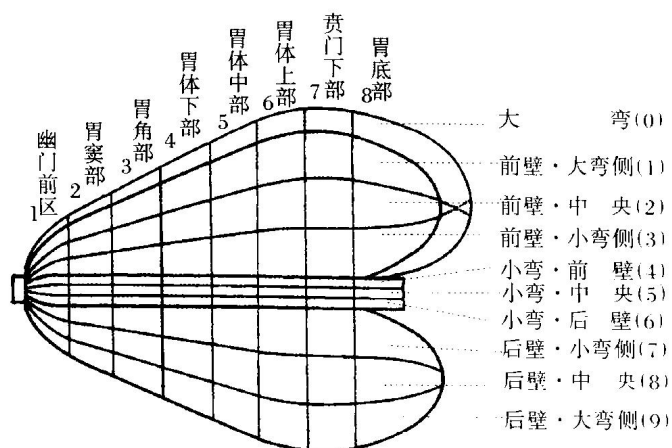
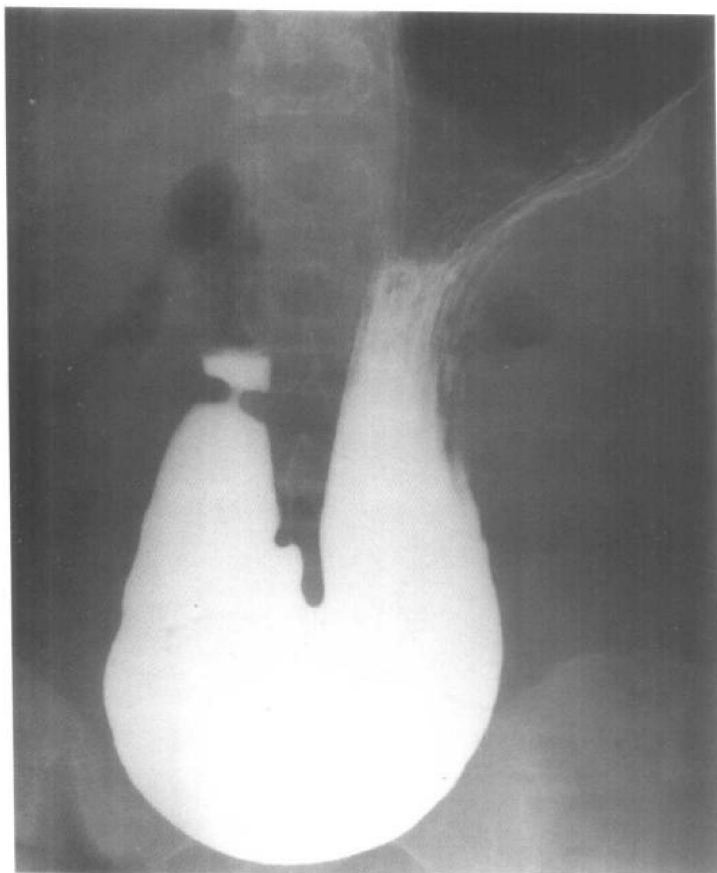
I . 检查法	1
I - 1 胃的分区	1
I - 2 基本检查方法	2
I - 3 前处置	12
I - 4 常规 X 线检查	13
I - 5 特殊部位的 X 线检查	24
II . 进行期胃癌	31
II - 1 进行期胃癌的大体分型	31
II - 2 进行期胃癌的 X 线表现	32
II - 3 进行期胃癌诊断的有关问题	46
III . 早期胃癌	52
III - 1 早期胃癌的大体分型	52
III - 2 早期胃癌的 X 线表现	53
III - 3 X 线表现与病理学类型的关系	80
III - 4 浸润深度的诊断	83
III - 5 浸润范围的诊断	89
III - 6 病变数量的诊断	90
IV . 鉴别诊断	92
IV - 1 隆起性病变的鉴别诊断	92
IV - 2 良、恶性溃疡的鉴别诊断	98
IV - 3 常见疾病与胃癌的鉴别诊断	101
参考文献	116

I . 检查法

I - 1 胃的分区

X 线解剖通常将胃分为胃底部、胃体部、胃角部、胃窦部等几个区域,经常使用的名称还有小弯、大弯、贲门、胃角、幽门等。这种 X 线影像确切地说是二维重叠影像。

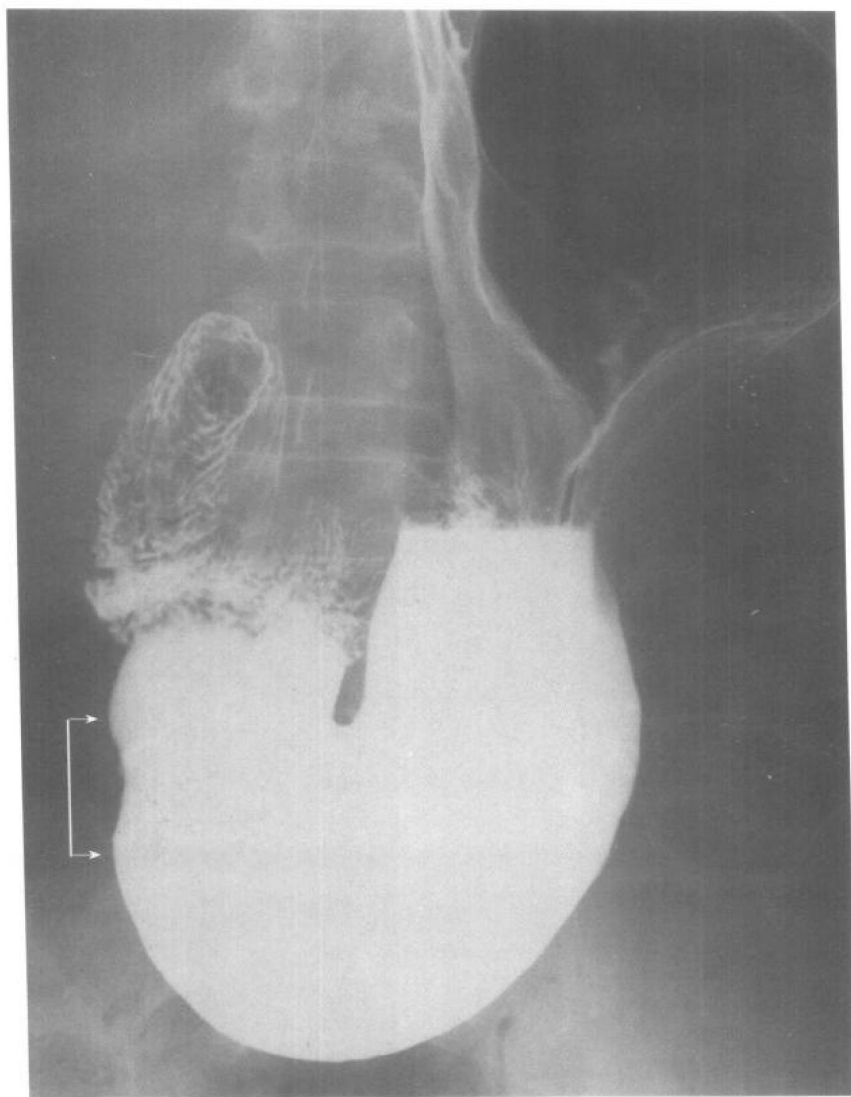
为了准确地描述病变的部位,对胃的分区做了更为详细的划分。理论上这种方法至少可将胃分为 77 个区域。理解这种分区方法的意义在于:一个完整而又全面的胃 X 线检查,应当尽可能不留盲区地显示上述各区,才能保证不遗漏病变。



I - 2 基本检查方法

1. 充盈法

充盈法是胃 X 线检查中最基本的方法,钡剂充盈的程度以立位充盈时钡剂能使胃体中部适度伸展为宜,通常所需钡量约为 200~300ml。充盈像主要用于观察胃腔在钡剂充盈下的自然伸展状态、胃的大体形态与位置的变化、胃壁的柔软度等,对于显示靠近胃边缘部位如大、小弯侧的病变有很重要的价值。

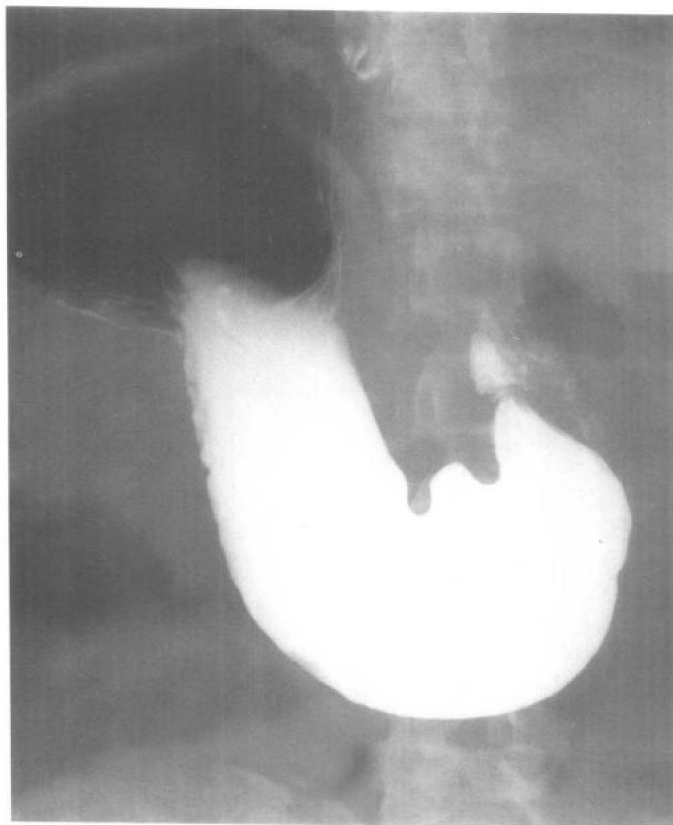


II c 型早期胃癌

立位充盈像显示胃窦大弯的局限性胃壁伸展不良、轮廓毛糙不光滑。

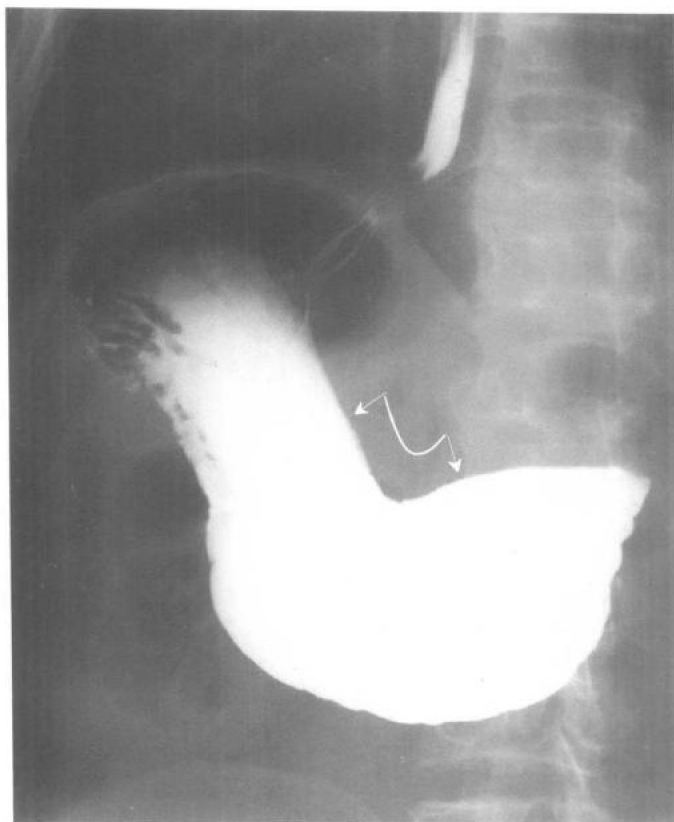
俯卧位充盈像

俯卧位状态下钡剂在胃窦、胃角区充盈比较充分,钡剂易于进入十二指肠,应注意把握好摄片时机,避免肠道内钡剂的干扰。当胃窦向后屈曲较明显时,俯卧正位的显示常不满意,采取轻度的斜位有助于增加显示范围。对于胃腔宽大者如无力型胃等,胃角有时充盈不充分,可将检查床向头侧负角方向适度倾斜,使钡剂充盈胃角。



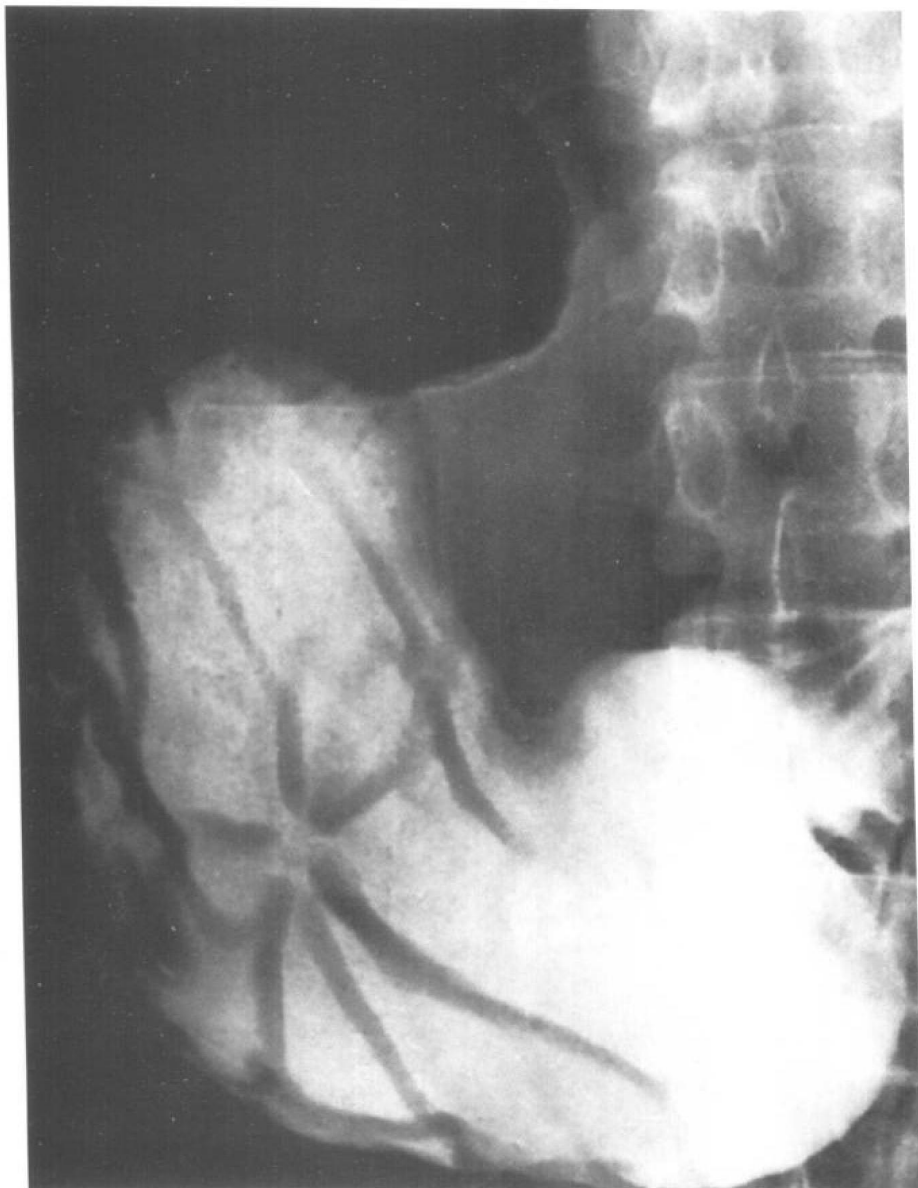
Ⅱ c 型早期胃癌

Ⅱ c 型早期胃癌引起的胃角变形。俯卧充盈像显示胃角开大,局部胃壁不光滑。



2. 粘膜法

粘膜法是利用少量的钡剂,显示胃粘膜皱襞形态的方法。通常以俯卧位显示较佳。钡剂量不宜过多,以 80 ~ 100ml 较好,过多易遮蔽粘膜。在摄片前应在俯卧位状态下取左后斜位→俯卧正位→右后斜位→俯卧正位→左后斜位反复数次转动体位,使钡剂附着充分。可利用床面角度及体位的轻度变化来增加显示的范围。必要时在腹部下方放置一小的压迫棉垫,可使粘膜皱襞的显示更为满意。



Ⅱ c 型早期胃癌

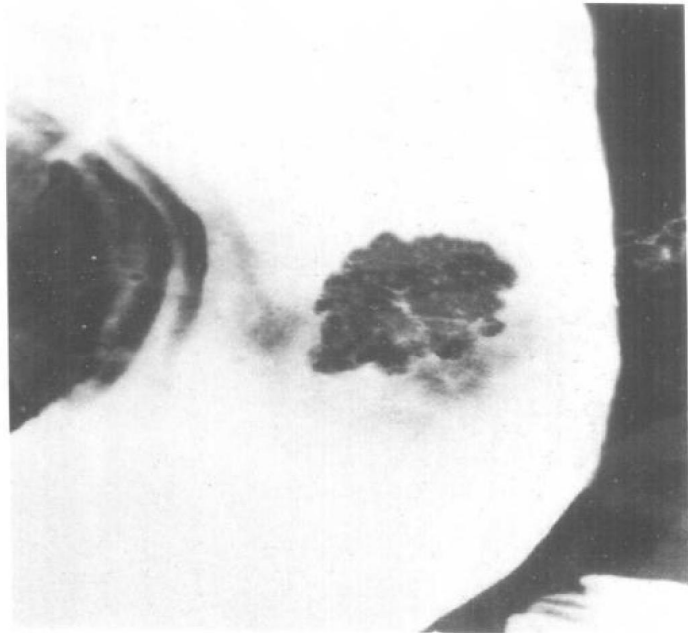
粘膜法显示胃体下部前壁中央带的Ⅱ c 型早期癌,钡斑的形态不规则,粘膜皱襞的尖端表现出狭窄、中断等恶性征象。

3. 压迫法

压迫法的检查范围可包括胃体中部以远的区域。检查时通过调整压迫力度,可获得诸如病变的隆起高度、凹陷的深浅、胃壁的柔软度、粘膜皱襞尖端的形态等诸多信息。特别是对隆起性病变的检查具有非常重要的价值。压迫法又是各种检查法中技术难度较大的一种。在常规检查时,一般应尽量使所要观察的区域置于脊柱前方进行压迫,如压迫胃体中、下部时,可采取轻度左前斜位,压迫胃角部时一般取正位,压迫胃窦部时,采取右前斜位。

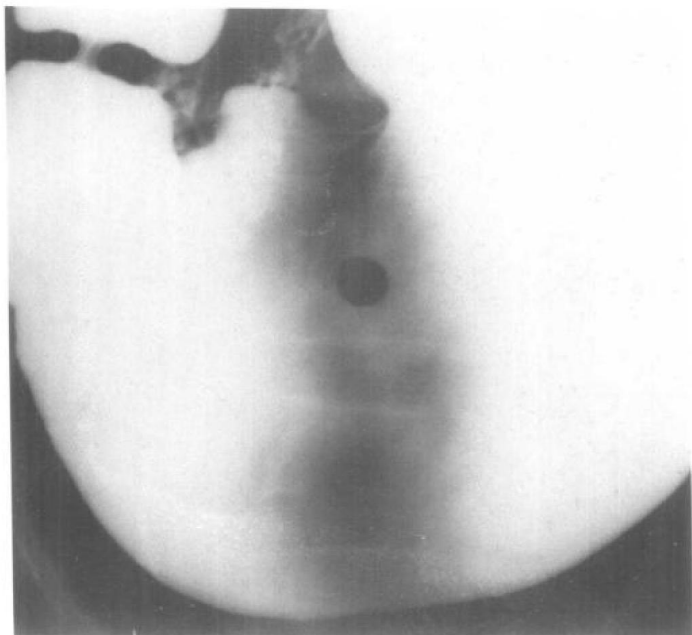
I 型早期胃癌

压迫法显示的隆起性病变,病变呈花瓣状隆起,轮廓不规则,表面凹凸不平,境界清楚。



胃息肉

利用压迫法显示的胃角部小隆起性病变。对于这种小隆起病变,压迫力度的调整是至关重要的。





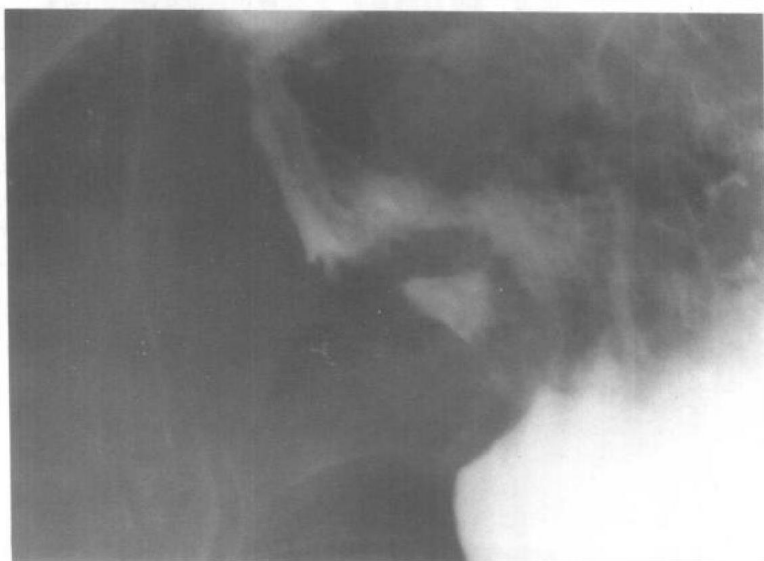
Ⅱ a + Ⅱ c 型早期胃癌

胃窦大弯的隆起 + 凹陷性病变, 具有典型的环堤与龛影, 类似小的进行期癌。

比较不同压迫力度下病变形态的变化, 注意到病变“环堤”的宽度及龛影的形态随压迫力度的改变而有较明显的变化, 说明病变较为柔软, 癌浸润未达到固有肌层, 应当诊断为早期胃癌。

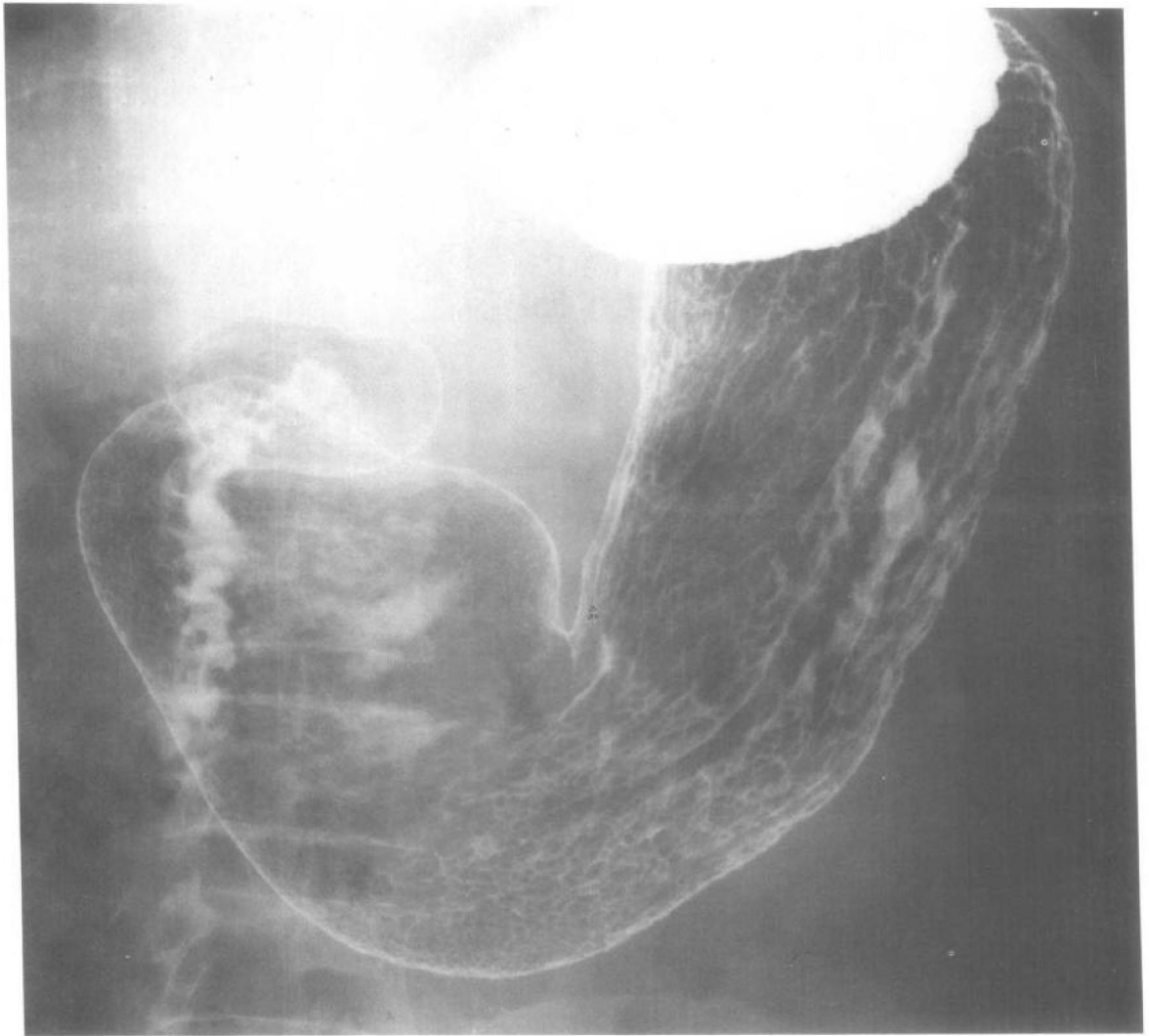


术后病理: Ⅱ a + Ⅱ c 型早期胃癌, 低分化腺癌, 浸润深度 sm。

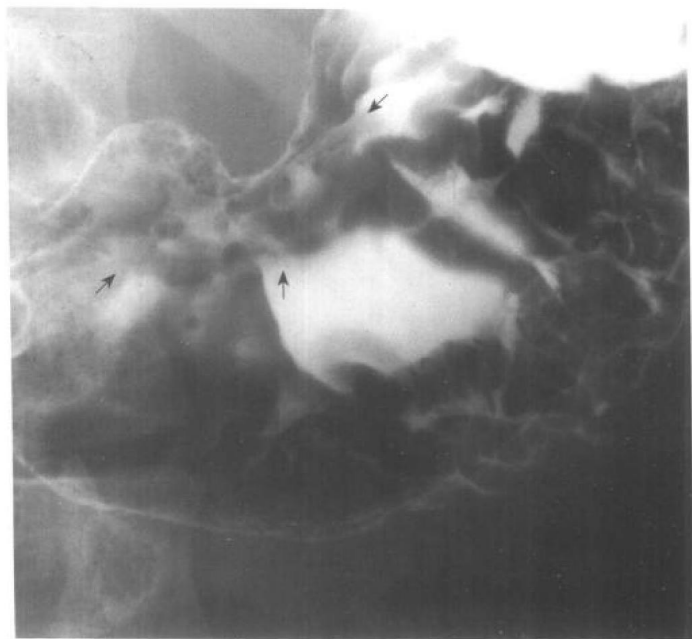


4. 双对比法

把作为阳性造影剂的钡剂和作为阴性造影剂的气体共同引入胃内,所进行的双对比造影是胃 X 线检查法中最重要的进步。利用粘膜表面附着的薄层钡剂与气体所产生的良好对比,可以清晰地显示胃内微细的隆起或凹陷。气体还可作为胃腔的扩张剂,用于观察胃壁的伸展性。由于双对比造影检查操作规范的确立,使所获得的影像具有很好的可重复性,这种可重复性对于 X 线诊断有着非常重要的意义。通过这种方法所获得的 X 线影像具有更大的客观性,能够较大限度地避免检查中的偶然因素和主观判断倾向,从而使胃 X 线检查由透视下的主观诊断,变为通过读片进行的客观诊断。

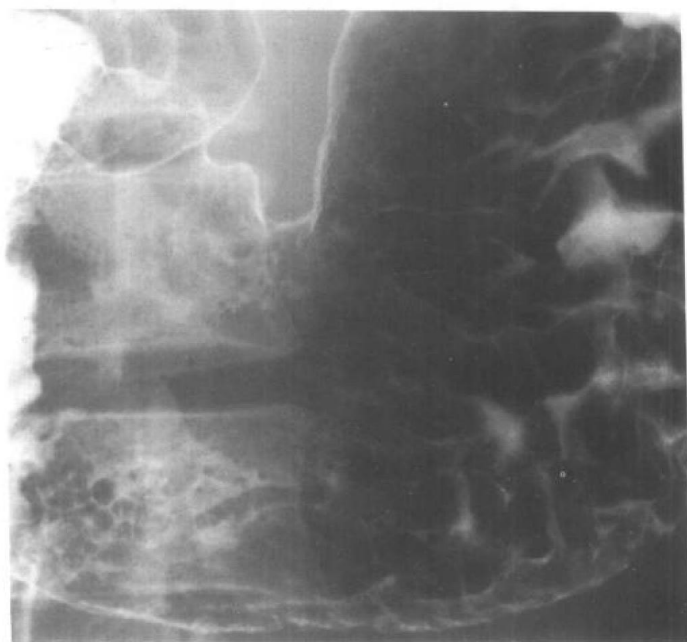


在钡剂附着良好的条件下,调整胃内充气量对于显示病变的细微结构和胃壁伸展度的变化有重要意义。充气量的多少要根据胃容积的大小、病变的位置、病变的大小和类型的不同而有所选择。一般情况下,对胃下垂病例的气量要多些,而牛角型胃的气量则相对要少些;对胃下部的病变所需气量要小些,而胃上部的病变气量则要大些。常规X线检查时,应以中等气量为佳;中、小气量常用于显示较为表浅的病变;而大气量则主要用于观察胃壁伸展受限的程度,以及粗大皱襞的鉴别诊断等。



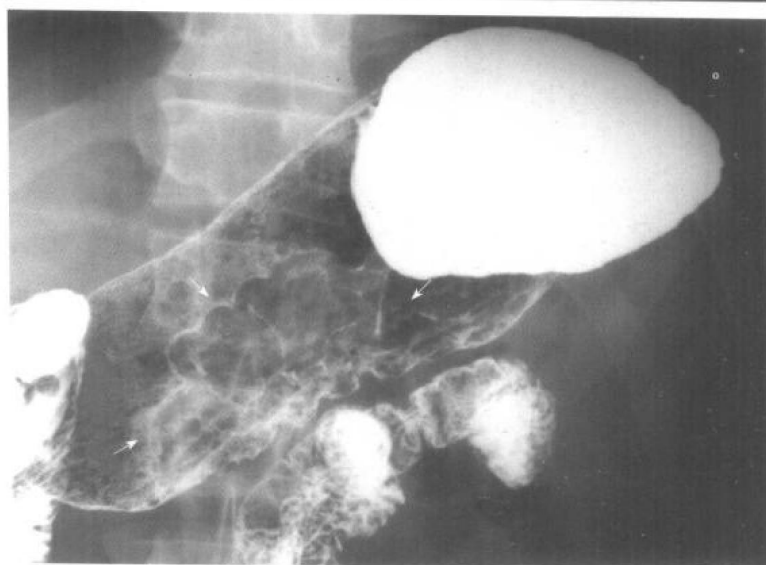
气量对Ⅱc型早期胃癌的影响

胃角部后壁小弯侧的病灶,中小气量时病变显示较好,而增大气量后,病变则变得不清楚了。

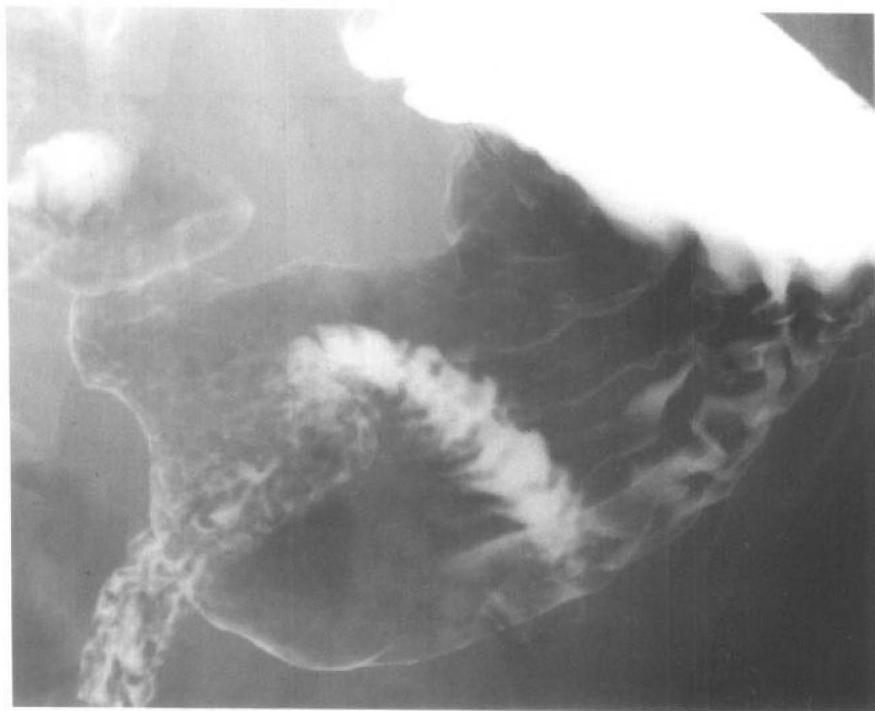


气量对巨大皱襞症的影响

胃体大弯侧的粘膜皱襞增粗肥大,增加胃内充气量,使胃腔处于过伸展状态,显示出胃壁与粘膜形态的柔软性,增粗的皱襞被展平。根据这一表现可与浸润性胃癌、淋巴瘤等相区别。

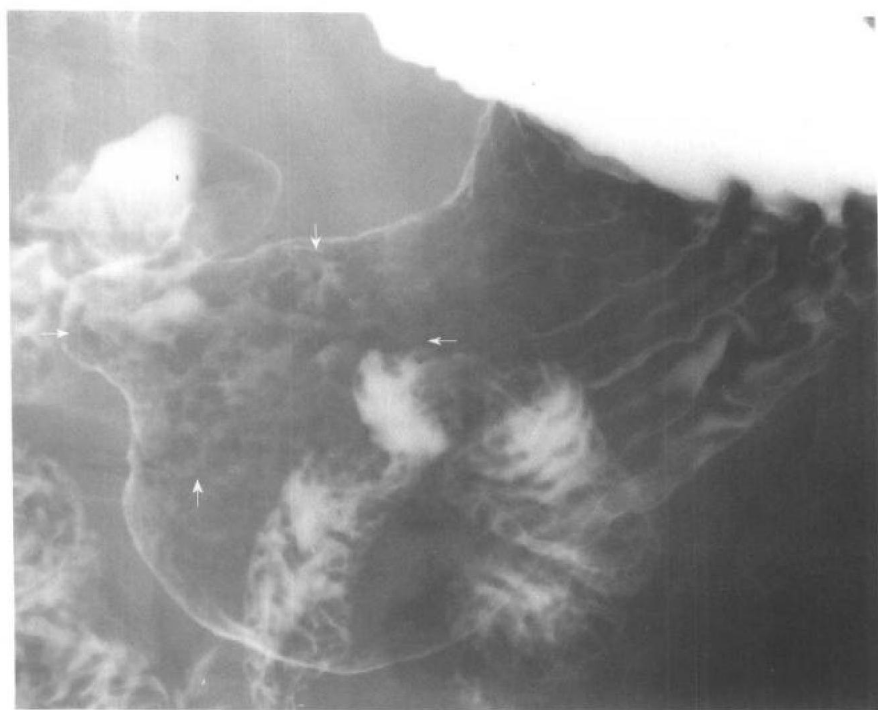


在选择优良钡剂和充气适度的前提下,粘膜面的冲洗涂钡是获得优良双对比像的重要条件。利用体位的反复多次转动使钡剂在粘膜表面冲撞流动,在冲洗掉粘膜表面粘液的同时,使粘膜获得良好的钡剂附着,以利于病变特征的显示。



钡剂附着对Ⅱc型
早期胃癌的影响

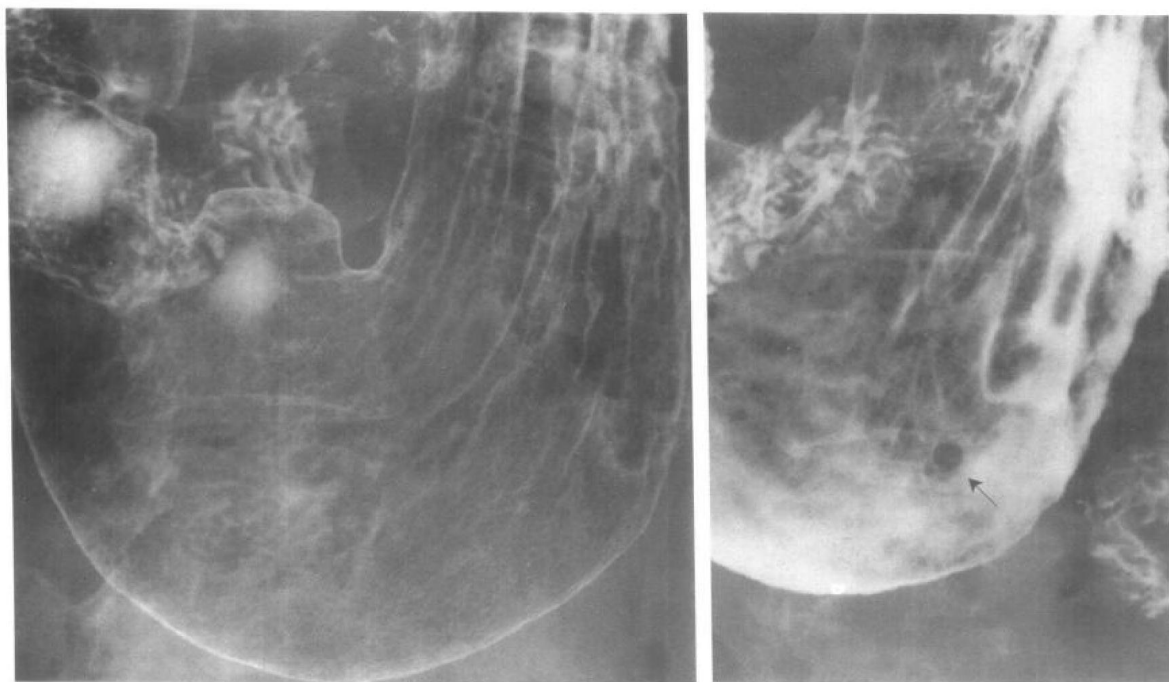
由于钡剂附着
不良,病变的范围
显示不清。



多次转动体位
后,钡剂充分附着
于粘膜表面,病变
的形态特征清楚地
显示出来。胃窦及
胃角部的多发糜烂,
形成不规则浅
钡斑,伴有多个大
小不等的颗粒。胃
窦大弯的胃壁出现
局限性伸展不良,
伴有胃角开大和小
弯的缩短。

5. 薄层法

薄层法是利用体位转动,使钡层在粘膜表面缓缓流过,用以显示表浅的隆起或凹陷的方法。如病变位于小弯侧,可嘱被检者在左侧卧位状态下缓慢向右侧转动体位,此时钡剂沿小弯侧流下,小的隆起或凹陷得以显示;反之,如病变位于大弯侧,可嘱被检者由右侧卧位向左侧缓缓转动体位,钡剂则沿大弯侧流过。



胃息肉

胃体下部后壁近大弯侧的小隆起。

双对比像未能显示病变,利用薄层法清晰地显示出病变的大小和形态。

充盈法 压迫法 粘膜法 双对比法 薄层法

应当强调,一个完整的胃X线检查,必须是上述方法的综合运用,充分发挥每种检查法的优点,才能最大限度地避免漏诊。