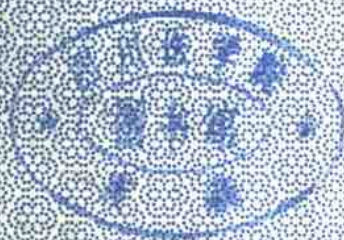


消化道双重造影

谢敬霞 编著



北京医学院



消化道双重造影

谢敬霞 编著

北京医学院

序 言

谢敬霞医生在极短的时间内精通了双重造影法及其诊断学，并完成了这部著作，这真叫人惊讶和佩服。谢医生之所以能够取得这么大的成就，全凭她的聪颖和努力。我谨向她表示最崇高的敬意。如此优秀的人材有志于消化道X线诊断的研究，我感到无比欢心。

谢医生允许我撰写序言，我感到光荣，感谢她的信任。我想借此机会，以北京医学院学生的身分，坦率地表露胸怀，谈谈自己的体会和想法，这也就等于表白我自己的信念。我想这样做才能让大家把日本的经验引为鉴戒，不再引起学术上的混乱和误解。

我开始研究双重造影法以后，为了运用于临床而把它引进了诊断学的轨道。我相信，由于本书的出版，双重造影法将在北京，进而在中国开花和结果。

本书对初学者可能难度大一些，可是所有的内容对诊断基础是不可缺少的。从事X线诊断工作的人，必须把它作为起脚点，进而，再在各论中引深；内窥镜诊断工作者也可以从本书中吸取X线诊断的优点，然后再去发挥内窥镜独有的长处。这样，就会使内窥镜诊断产生出更好的诊断效果。

双重造影法产生的过程是这样的：第一步我们拿来患肠结核或其他疾病被切除的肠标本，注入钡和空气，并不断变换注入量，进行拍照。对于术前和术后的照片，仔细加以比较，考察什么样的照片最有诊断病变的能力和鉴别能力；什么样的照片诊断效率最高。经过了一系列的考察，我们才归纳出双重造影法。它并不是单纯地在胃X线检查方面进行一下试验就获得成功的。把双重造影法实际运用到胃X线检查以前，我们进行了许许多多的基础试验，积累了丰富的经验，最后才创造出可用于诊断的双重造影法。

当时有多种胃摄影法。有了双重造影法之后，我们的第二步工作就是研究怎样跟其他方法相配合。为此，我们对每一种摄影方法进行了分析，看它们都有哪些长处和短处，然后各取它们的长处，加以综合利用，建立了一种新的检查体系。用一句话来概括就是：胃X线检查方法，是以双重造影法和充盈法作为核心，辅以压迫法和粘膜法的。

关于检查病变时采用哪个方法的问题，我的想法是：对于凹陷性病变最适合运用双重造影法；而对于隆起性病变，则必须运用压迫法，但运用双重造影法亦可收效。

上述体系形成以后，作为胃常规检查法在日本得到普及，并及至现在。我还把它推广到胃疾患的普查上。目前，日本国内的胃疾患普查，大都采用这种摄影法。

总之，双重造影法在胃X线摄影方法当中起到了主导作用。并由于采用这个方法，形成了如下的研究步骤。即：读片——整理X线所见——病变与诊断率的图表化与数字化——考察检查理论——把检查理论运用到实际检查中——读片。按照这个顺序多次反复，才发展了摄影技术，提高了诊断率，使诊断水平达到了过去难以想象的高度。

人们掌握了双重造影法以后，才有了诊断线状溃疡和多发溃疡的可能性。由此产生了研究整理胃变形的必要性，产生了胃变形学。因为小肠和大肠均有可能患线状溃疡和多发溃疡，所以胃变形学进而又运用到所有的肠道变形上。它的诊断效果立刻反映在肠结核、克隆氏

病以及其他病症的诊断上。我把它加以整理，提出了点 (Point)、线 (Line)、面 (Area) 的理论 (简称 P.L.A 诊断理论)，提倡运用变形学。

欧美各国最初不肯接受双重造影法，大概是因为不知道具体做法而没敢大胆采用。后来熟练掌握以后，又觉得很简便，而且检查效率也高，所以很快地普及起来。在欧美，体格肥胖的人比较多，不适合采用压迫法，所以用双重造影法来代替是最合适的。

双重造影法的摄影技术乍看起来好象不太难，其实不然，没有检查者的热情、耐心和努力，摄影技术是很难掌握和提高的。人们或许会发问，为什么要提高技术？我的答复是这样的：双重造影法必须如实地描绘出在切除标本上肉眼所看到的一切病变，并且内窥镜达不到的地方也要清晰地描绘出来。这种描写正象画画儿一样，画出好的双重造影象跟创作美术作品有着相通之处。以我看，那不是西欧的油画式的描绘方法，而是东方式的描绘方法。因此，东方人和西方人对于双重造影法的技术要求是不一样的，而且有相当大的距离。

有人把 X 线诊断成绩和内窥镜诊断成绩加以比较。我认为这种比较是不合适的。正确的比较应当是这样的：首先将 X 线诊断成绩跟切除标本所见相比较，得出诊断率；将内窥镜诊断成绩跟切除标本上的病变相比较，得出诊断率。然后，将二者加以比较。如果不是用这种办法去考察和研究诊断率，那么诊断学就不会有进步。因为 X 线诊断和内窥镜诊断往往会相互妥协，或者相互加以牵制。这种现象曾经在日本发生过，而且在欧美各国的诊断医生之间正在发生。

日本的医院和欧美各国的医院，采用着同样的组织形式。放射线科的医生只进行 X 线诊断；内科和外科医生单作内窥镜诊断。双方不免有一些分歧看法，而这种分歧通过讨论的办法是很难趋于一致的。双方在诊断上缺乏相互合作。我们的作法是这样的：让一位医生采用两种检查方法，摆脱旧组织形式的束缚而建立了新体制。倘若不是这样，就无法改变日本过去的错误作法和欧美现在的不合理作法。不过要说明一点，这仅仅是对消化道的诊断来说的。

在欧美各国也有很多医生在热心研究双重造影法。美国的 I. Laufer 教授多次来日本，考察双重造影法和观看照片。我为他引见了许多专家，帮助他了解日本的研究情况。他回国以后，出版了一部有关双重造影法的专著，写得很出色，这是大家所知道的。当时，我正在酝酿新的研究课题，思考理论性的问题。可是我没有向他提及这件事。因为三言两语说不清楚，容易引起误解，并且没有高超的摄影技术是完不成的。从我过去的经验来看，要想深入研究双重造影法，首先要有一个得力的助手，必须和他合作，共同进行刻苦卓绝的努力。即使具备了这样的条件，要使工作有一定的眉目和走上轨道，至少需要五年的岁月。

德国的 J. Treichel 讲师来日学习，充分理解和掌握了日本的双重造影法技术与理论。他有敏锐的洞察力和高超的摄影技术，回国后出版了一部德文版的精湛著述。

荷兰的 Dr. J. O. Op den Orth 拍摄的双重造影象水平很高。我对他的摄影技术和诊断能力是十分佩服的。我曾经参观过他在医院里工作的情景，有一位内窥镜医生和他相配合。他们在 X 线诊断和内窥镜诊断的并用方面，积累了很多经验。

比利时的 J. Pringot 教授和英国 consultant radiologist 的 Dr. C. I. Barthram 医生，对双重造影法的检查理论有精深的理解。Dr. C. I. Barthram 医生最近出版了一部著作，其中有一段有关变形学的精辟论述，很值得参考。J. Pringot 教授倾注于双重造影法的热情，是值得钦佩的。意大利的 G. F. Pistolesi 教授的钻研态度也是令人感动的。中国的医生们，世界上已经有很多人在从事着双重造影法的研究工作，他们都是你们的朋友！

这几年来，我一直从事提高胃病诊断水平的研究，另外还在搞诊断大肠和食道病变的研

究。这两年来，大肠和食道的双重造影法又前进了一大步。双重造影法是不断发展的，不是一成不变的。只要动脑筋，下苦功夫，就能使它发挥出更大的作用，这全凭检查人员的灵活运用。

谢医生回国以后，我仍在作不懈的努力。谢医生完成大业，使本书出版问世，这是值得庆贺的。谢医生和我虽然身处两个国度，但是心是连在一起的，我们走的是同一条路。我作为北京医学院的一名学生，愿与她共同做出努力！

顺天堂大学消化器内科教授

北京医学院名誉教授

白壁 彦夫

1984年7月16日



图 I—1. 正常前壁粘膜相

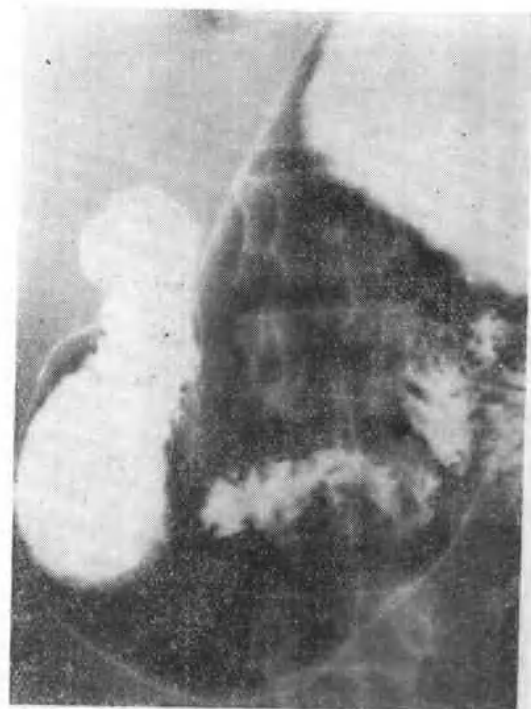


图 I—2. 仰卧位双重造影(大量气体)
粘膜皱襞完全展平, 显示细网格状胃小区

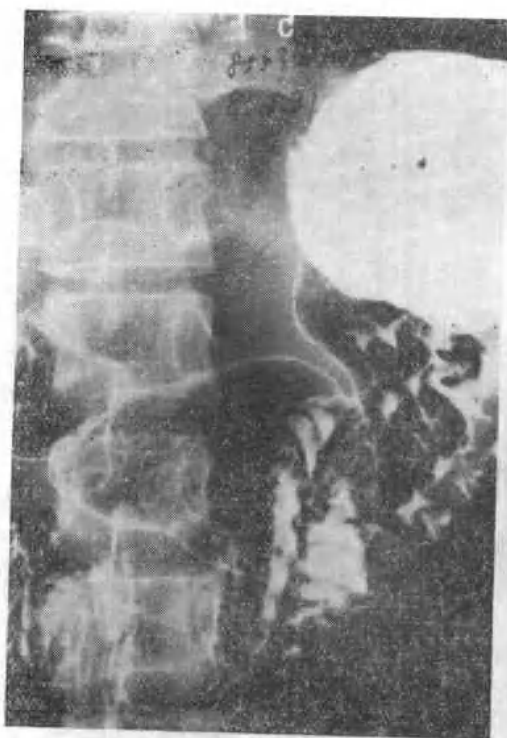


图 I—3. 仰卧位双重造影(中等量气体)
胃体部粘膜皱襞未全展平, 胃窦部
显示细网格状胃小区



图 I—3. 仰卧位双重造影(中等量气体)
粘膜皱襞尚见存在, 窦部可见细网格状
胃小区



图 I—4. 仰卧右前斜位双重造影



图 I—5. 半立位、左前斜位双重造影



图 I—6. 立体充盈相

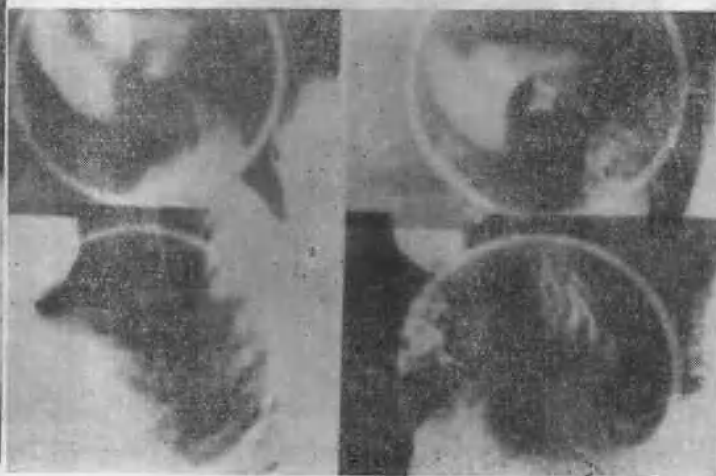


图 I—7. 压迫法检查
十二指肠球部、胃体下部、角切迹、窦部

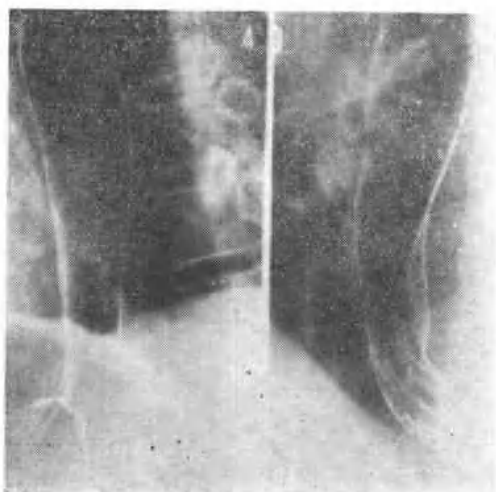


图 I—8. 食道双重造影 (左、右前斜位)



图 I—9. 贲门区形态 (I 型)

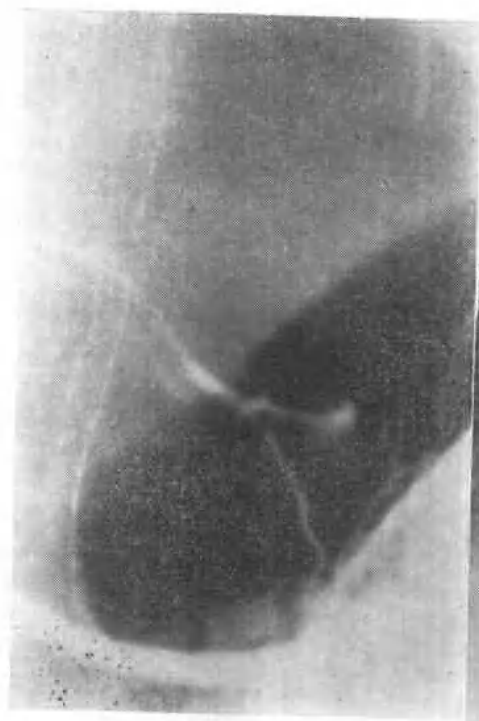


图 I—10. 贲门区形态 (IIa 型)



图 I—11. 贲门区形态 (IIb 型)



图 I—12. 贲门区形态 (Ic 型)

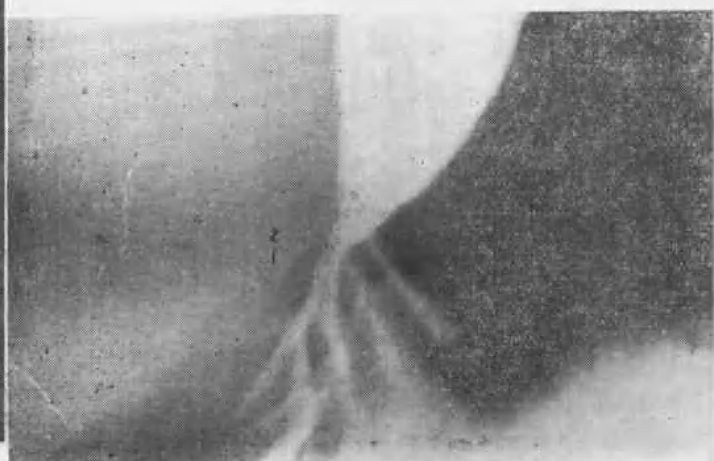


图 I—13. 贲门区形态 (Id 型)



图 I—14. 贲门形态 (IIIa 型)



图 I—15. 贲门区形态 (IIIb 型)



图 I—16. 贲门区形态 (IIIc 型)



图 I—17. 贲门区形态 (IV型)



图 I—18. 贲门区形态 (IV型)



图 I—19. 贲门处于开放状态, 贲门区形态为 IIIb 型



图 I—20. 与图 I—19为同一人, 同一位置照片。
贲门处于关闭状态 贲门区形态为 IIb 型



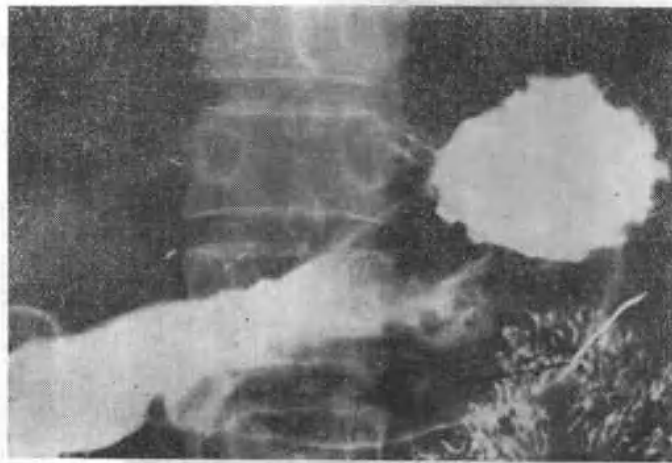
图 I—21. 右前斜位
食道下端左侧壁可见光滑的弧形切迹。



图 I—22. 左前斜位
食道下端左侧壁可见光滑的弧形切迹

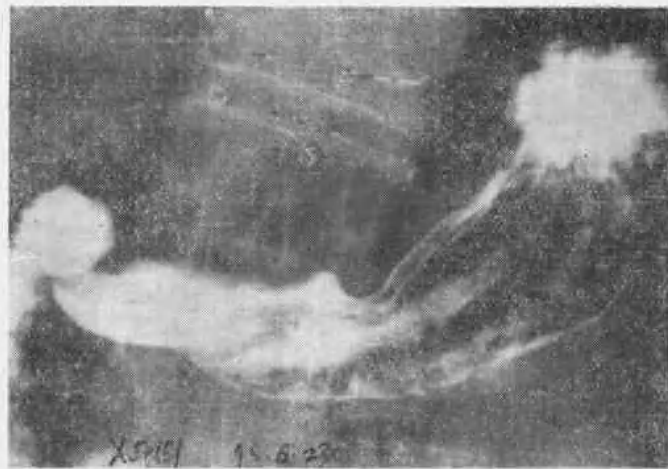


图 I—23. 右前斜位
贲门口部见小尖刺状突出



A

图 I—24. Ic 型早期癌



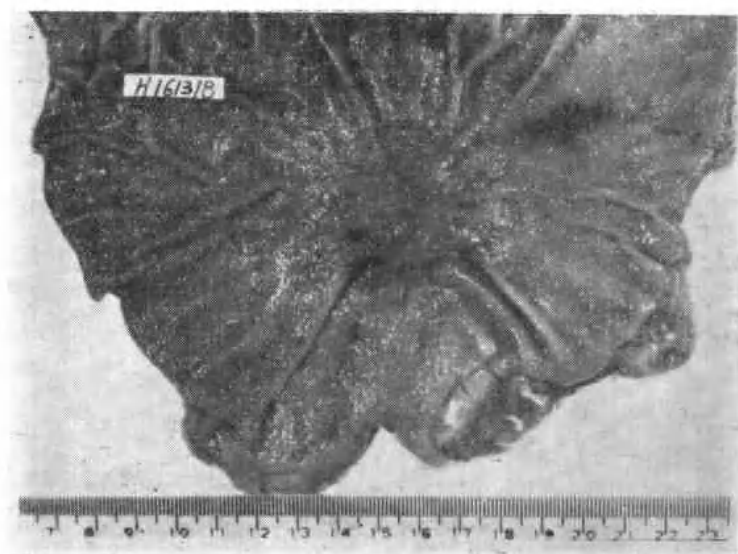
B

A. B. 胃窦小弯侧见一表浅溃疡，略突出于腔外。局部胃壁边缘显示不规则之表浅凹凸，似锯齿状



A

图 I—25. Ic 型早期癌



B. 切除标本（正面观）

(A、B) 于角切迹后壁可见直径约 4cm 之表浅糜烂，呈盘状浅溃疡。胃小区破坏，紊乱。粘膜皱襞至此中断，略呈集中现象。
 (A) 小弯边缘有约 2cm 长范围略凹陷，呈线状，另于凹陷中见一约 0.5cm 直径之小龛影突出。



图 1—26. A: Ic 型早期癌。胃角切迹前壁可见约 4×5cm 范围皱襞紊乱，中心凹凸不平，有浅溃疡，部分皱襞呈集中现象，皱襞尖端增粗呈杵状。



E: 切除标本 (正面观)



图 I—27. III型早期癌

胃小弯角切迹部见一 $1.7 \times 0.8\text{cm}$ 之龛影，部分突出于胃腔外，形态尚规则，底部可见二个弧形结节状隆起，皱襞呈集中现象，并可见尖端变细，融合，变形。



切除标本（正面观）

显示粘膜皱襞于溃疡周围呈集中现象，但皱襞有明显变形：变细、变薄（呈阶梯状），融合。

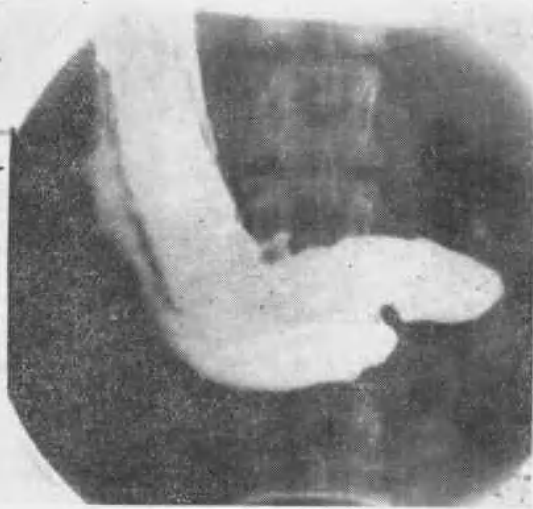


图 I—28. II型早期癌

胃角切迹后壁见一约 $1.0 \times 0.9\text{cm}$ 之不规则形态龕影，龕影之远端规则，近端呈短尾状，中心有一小隆起。龕影周围部分较光滑，部分呈小颗粒状凹凸，周围粘膜皱襞呈集中现象，部分变细至龕影边缘，部分增粗呈杵状。

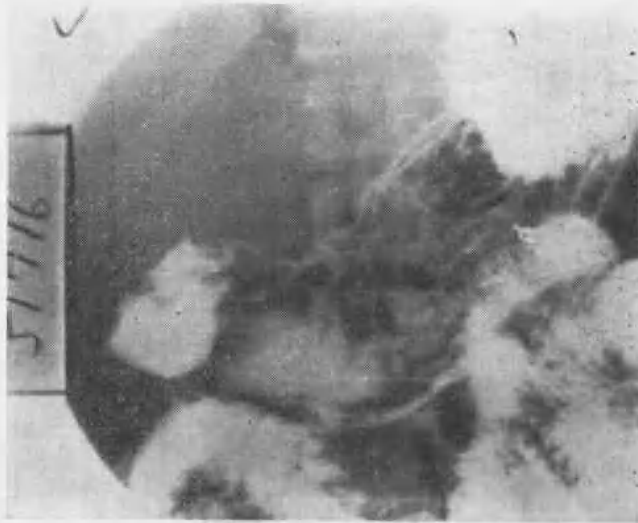
四川医学院图书馆

51716, 78-9-10



A

图 I—29. III+IIc 型早期癌
充盈相：胃角切迹见一 0.9×0.6 cm
之龛影，突出于腔外，底部光滑，
口部有小结状凹凸不平。



B

双重造影：龛影局部小弯边缘轻度
凹陷并略僵直。呈平盘状，龛影周
围可见浅糜烂，胃小区破坏。粘膜
皱襞中断。
皱襞尖端变粗及融合。



C

切除标本 溃疡边缘光滑呈椭
圆形。口周围癌性隆起及糜烂，
呈凹凸不平之小结节状，皱襞
有增粗及融合现象。