维普资讯 http://www.cqvip.com

第21卷 第4期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.4
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTAE MEDICINAE CHONGQING 1996

早期胃癌的X线双对比检查与浸润深度预测

第二医院放射科 曾 燕 李鼎寰

提 要 本文收集我院近年来胃肠道双对比造影检查并经手术与病理证实的4例胃癌，其中3例早期胃癌，其粘膜面的X线表现，按Chin氏标准属于粘膜下癌，与病理检查完全吻合，另一例是胃窦前壁病变，为胃双对比检查之难点，着重讨论了检查方法。本文对早期胃癌的X线表现分别介绍了粘膜癌与粘膜下癌不同之点，认为是一项值得进一步开展研究和富有前景的工作。

关键词 胃癌;胃肠钡餐;双对比;浸润深度
中图分类号 R8165

胃肠道双对比X线检查对早期胃癌诊断的优越作用，早为世人所公认，近年来、胃肠放射学家开始重视根据早期胃癌的双对比图象表现来预测病变侵润深度和进行肿瘤分期，获得可喜成果。本文收集我院近年来经胃肠道双对比造影检查诊断准确，并经外科手术与病理证实的4例胃癌，其中3例属早期胃癌，其侵润深度为粘膜下癌，另一例为漏诊病例，按病期推测初次检查时也可能是早期胃癌，讨论其漏诊原因和防止错误的检查操作技术。

1 病例报告

1.1 女，33岁，X线号 13572，因反复中上腹胀痛不适伴反酸、嗳气、恶心多年，胸骨后疼痛20天入院。体检未发现异常，一般情况好，不久前外院胃镜检查，诊断为"浅表性胃窦炎"。X线检查:胃窦部小弯缘粘膜面约4cm×2cm大小范围的胃小区破坏及大小不一的"卵石样"浅表隆起，伴斑状及锯齿状凹陷，局部轮廓僵硬、毛糙，有不规则增粗的粘膜纹向钡斑处纠集。诊断:胃窦早期胃癌(Ⅱa+Ⅱc型)。手术切除标本见胃窦部粘膜面小弯缘有1.5cm×1.5cm包块、有浅溃疡及周围粘膜破坏。病理报告:胃窦部腺癌、侵及粘膜下层。

1.2 男，37岁，X线号 13251，上腹疼痛3年多，加重1月，黑便3天入院。体检未发现异常。X线检查:胃窦小弯缘有4cmg一段胃壁僵硬并有双轮廓征，局部粘膜表面不平，有一个浅表的溃疡龛影及多个大颗粒状浅表隆起，伴不规则粘膜纹纠集，诊断:胃窦早期胃癌(Ⅱc+Ⅱa型)。手术:癌肿位于幽门胃窦约3cm×4cm大小，边界基本清楚、活动，病理(号942739):胃窦见2个小溃疡。病理诊断:胃窦部低分化溃疡型癌，侵犯粘膜下层。

1.3 男，38岁，X线号 159，反复上腹疼痛不适多年，近日曾出现黑便一次就诊。体格检查未见异常。X线检查见胃角及邻近小弯缘有双轮廓征，边缘毛糙僵硬，粘膜面有小的浅表钡斑颗粒状隆起改变，伴部分粘膜纹纠集及增粗，诊断:早期胃癌(Ⅱc+Ⅱa型)。其后因二次胃镜检查均仅见粘膜轻度充血水肿，活检报告为浅表性胃炎。病人自觉症状轻微，故自动出院。十三个月后再作X线复查见病变在粘膜面形态大致如前，但范围由3cm扩大到5cm。X线诊断胃癌，手术切除后病理(号870352)诊断胃腺癌，病变主要在粘膜和粘膜下层，但浅肌层亦稍受累及，病人于手术后8年因肿瘤复发死亡。

1.4 男，32岁，X线号 7422，反复上腹痛多年，作胃双对比X线检查见胃窦及胃角处后壁胃小区清晰显示，大小形态未见异常，但多张片上均可见到不固定的钡斑及线条状影重迭于后壁的粘膜相上，未引起重视而误诊为胃窦炎。二年零二月后复查见胃角

维普资讯 http://www.cqvip.com

及胃窦小弯缘轮廓线不规则及僵硬，胃窦后壁近小弯处，粘膜面破坏有多个结节状隆起及浅表钡斑，相对之大弯缘亦见有局部内陷。X线诊断为胃癌，胃镜检查见胃粘膜破坏及浅表溃疡，诊断为浅表型胃癌。手术切除后病理(号932072)诊断为胃印戒细胞癌，侵及肌层及浆膜层，有肠系膜淋巴结转移

2 讨论

胃癌为恶性肿瘤患者中高死亡率的主要病因之一。但如能早期诊断和正确治疗，可获得良好的治疗效果。据报道[2]近代外科对胃癌的根治手术结合化疗，早期胃癌的五年存活率达95%以上，而晚期胃癌的五年生存率则明显降低，且手术风险大，有25%的病人在剖腹探查时除作活检外，几乎无法再作任何处理。早期胃癌的定义仍沿用日本内窥镜协会1962年建议，即癌肿侵润限于粘膜层或粘膜下层。前者称粘膜癌(mc)，后者称粘膜下癌(smc)，二者预后亦有差异。

胃肠道X线双对比检查与胃内镜检查相结合，能有效地检出早期胃癌，已被普遍推广应用。但我国中西部地区还少采用此项检查方法。

由病理检查对照，本文报告例1、例2肿瘤侵润限于粘膜下层，例3手术时间距初次X线检查已相隔十三个月。根据切除标本所见浅肌层稍有肿瘤累及，但可认为初次X线检查时，应属早期胃癌期。

手术前对于胃癌侵润深度的预测，近年来双对比X线检查、超声波和CT检查进行了一些探索并取得了肯定的研究成果[1,5,6,7]。

由内镜下进行胃内的超声波检查(简称 EUS)可以分辨胃壁粘膜层、粘膜下层和肌层的三层结构，可期望对胃癌的手术前分期作出精确预测，但此项检查尚在探索阶段，方法繁锁，给病人带来较大不适，故至今未能推广[6]。经腹壁的超声检查往往要先经X线检查提供病灶部位，且对肥胖的病人或病灶处于胃底或胃底或胃大弯侧则难以检查。应用当代的高分辨率螺旋式CT增强扫描检查能发现比较平坦的病灶，但区分胃壁的三层结构仍有困难，且费用甚大。因而X线双对比检查，仍为首选的有效检查方法。

韩国的金氏(Soo Yil Chin)[1]于1994年对186例胃肠道双对比所见的早期胃癌，就病灶大小、表面类型及周围粘膜类型三个参数进行肿瘤侵润深度的预测与病理检查对照，取得了较好的成果，其分析结果表明：1.对隆起性的病灶，直径大小在20mm以下，胃小区粗糙扩大或粘膜面呈颗粒状，预测为粘膜癌；若病灶大于20mm，粘膜面呈不规则结节状，则预测为粘膜下癌。2、对凹陷性病灶，如轻度加压时凹陷区内钡斑消失、边界光滑清楚、表面呈细颗粒状，邻近纠集的粘膜纹逐渐变尖、胃壁僵硬范围在10mm以内者为粘膜癌；若凹陷病灶的边界不光滑、表面僵硬，纠集之粘膜纹有杵状中断或部分融合改变，胃壁僵硬范围大于10mm预测为粘膜下癌。3、对表浅隆起Ⅱa，合并表浅凹陷Ⅱc者为混合型。又划分成二种类型Ⅱa+Ⅱc或Ⅱc+Ⅱa，后者由于溃疡较深，其浸润深度往往大于前者，常明显有周围粘膜纹纠集、杵状变与融合。本文三例早期胃癌均见有浅表溃疡，广泛的大颗粒状隆起，范围超过20mm，按金氏标准应属于粘膜下癌，并与病理检查相吻合。

早期胃癌的诊断应依靠X线双对比检查与胃内镜检查相互补充，而不可用一种取代另一种检查[8]。内镜检查由于癌肿组织可为正常胃粘膜所覆盖，所取活组织太浅不能到达肿瘤组织而失去意义，因此其准确性有限，许多内镜学家都承认[3]内镜与细胞学检查对胃癌尤其是硬癌并不完全可靠。本文例1、例3内镜活检均为浅表性胃炎，例3因当时不理解内镜诊断的局限性而让病员离去，延误治疗十三个月，应引以为戒。

胃部X线双对比检查时，一般采用仰卧

维普资讯 http://www.cqvip.com

体位，胃后壁是处于近地侧位置，因而主要是显示胃后壁的粘膜面形态，在此体位，胃窦前壁是不可能摄取良好的粘膜相片，尽管采取俯卧体位、增多胃内充气量及在下腹垫一枕头等等，也往往难以把胃窦前壁的粘膜面显示好。由于这种检查法操作费时、繁锁，又易为一般放射科医师所忽视，是造成胃窦前壁病变漏诊的原因。本文例4即属于此种因素。因当时所见胃窦后壁粘膜面小区显示良好、大小均匀一致，但疏忽了在此背景上有一根重迭的不规则白线。按尚克中及Laufer[3,4]对双对比原理的解释非常重视远地壁的种种间接征象，此重迭白线乃胃前壁有隆起性病灶的重要迹象，应立即加服稀的硫酸钡混悬液，采用局部加压检查的方法来完成这一检查，因此有人把胃窦前壁列为胃双对比检查的盲区，并提出在胃部双对比检查结束之前，要加服一杯稀硫酸钡混悬液，作加压检查，，列为胃部X线检查之常规，是十分必要的。

参 考 文 献

1、Chin SY Abdominal imaging ,1994,19:521

2. Laufer I et al.Double contrast gastrointestinal radiology,2nd edition.Saunder co.1992,P.26

3、Fujishima H Radillogy,1991,181:197

4、尚克中，等．影象诊断与介入放射学 1993.2(3):174

5、Maruyama M,Baba Y Abdominal imaging,1994,19:532

6. Lim GH Abdominal imagion,1994,19;52

7、Tsuda K JCAT 1995,19:941

8、苏红.上海生物医学工程 1995.16(2):33

9、Botel JF Radiology 1991,181:426

(收稿日期 1996－06－14)

PREDICTION OF THE INVASIVE DEPTH OF EARLY GASTRIC CANCER BY REDIOLOGICAL DOUBLE CONTRAST STUDY OF THE STOMACH

Zheng Yan ,et al

Dept.of Radiology,The Second Hospital

The article reported 4 Cases of gastric cancer detected by double contrast study of the stomach in 1986—1995 and correlated with the operation and pathological findings.Among them 3 cases were early gastric carcinoma.According to their size,surface pattern and surrounding mucosal changes based on the chin's classifiation criteria,they belonged to submucosal cancers.One case might be considered also as a early carcinoma by the time of initial study but was misdiagnosed because its lesion was on the anterior antral wall.by the retrospective study of the film image,some subtle signs suggestive a fesion on the nondependent surface were found.It was emphsaized that the prone compression views of the gastrric antrum should be obtained routinely.The differential diagnosis of mucosal and submucosal cancers was discussed.We considered that it was a promising and encouraging work worthy of further investgation.

KEY WORDS Gastric cancer;Rdillogical; double Contrast study of the stomach;Invasive depth