DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.05.032

参 考 文 献

1. 石木兰。不同组织类型的周围型肺癌的X线表现探讨。
   中华结核和呼吸系疾病杂志 1981；1:29
2. 邹仲，陈立基，戴宝棣，等。肺癌的X线诊断——着重病理基础的分析。
   中华放射学杂志 1964；9:101
3. Aronbery DJ, Sagel ss, Gilbert JR, el al. Dat Cell Carcinoma manifesting as a bronchocele. Am J Roentgenal 1979；132:23

（收稿：1991.01.02；修回：1991.06.14）

小肠原发性肿瘤40例X线分析

陈留斌 周洪超 周成刚（第三军医大学大坪医院 放射科）630042

原发性小肠肿瘤较少见，据统计小肠肿瘤占胃肠道肿瘤的3%～6%，小肠原发性恶性肿瘤占胃肠道恶性肿瘤的1%～2%[1]。在小肠原发性恶性肿瘤中，以腺癌为常见，占49%，其次，肉瘤占32%，类癌占19%[2]；小肠良性肿瘤，腺瘤性息肉占28%，平滑肌瘤占19%，脂肪瘤占15%，血管瘤占10%，纤维瘤占9%，淋巴血管瘤占8%，神经原瘤占6%，其他占5%[3]。由于小肠原发性肿瘤发病率低，患者常无特殊症状及体征，故诊断多有困难。X线检查是确诊本病的主要方法。现将我院1960年～1990年3月手术、病理及X线检查资料完整的40例小肠原发性肿瘤报告如下：

1 临床资料

1.1 性别与年龄

本组男性25例，女性15例，男女之比1.7:1。本组年龄为12岁～73岁，其中31岁～60岁者28例，占70%。

1.2 症状和体征

病程1个月至2年，其中半年以内者占70%。腹痛为常见症状，34例，占85%；多为隐痛、钝痛，并与饮食无关。腹部包块24例，呕吐18例，腹胀17例，不全梗阻13例，贫血10例，消化道出血9例，低热9例。

1.3 手术和病理证实

本组病例中恶性肿瘤33例，恶性淋巴瘤12例占36%；腺瘤17例占52%；平滑肌肉瘤4例占12%。良性肿瘤7例：其中平滑肌瘤4例，脂肪瘤2例，畸胎瘤1例（见附表）。

2 X线表现

2.1 肠腔狭窄

本组20例占50%。其主要X线表现为肠管变细，呈环形狭窄，或较完整僵直，粘膜中断和蠕动波消失。病变局限或广泛，单发或多发，呈分节状狭窄（图1）。

2.2 充盈缺损

19例占47.5%。本组7例良性肿瘤中有6例小肠内有轮廓较完整的充盈缺损。33例恶性肿瘤中13例有

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

附表　40例小肠原发性肿瘤组织学分类及分布

	肿瘤	十二指肠	空肠	回肠	合计
良性	脂肪瘤		2		2
	平滑肌瘤	1	2	1	4
	畸胎瘤			1	1
恶性	淋巴肉瘤	1		11	12
	平滑肌肉瘤		2	2	4
	腺癌	7	3	5	15
	粘液腺癌	1	1		2
合计		10	10	20	40

充盈缺损，多表现为不规则的结节状、菜花样及息肉样（图2）。

2.3　管壁僵硬、粘膜破坏、环状皱壁消失

本组33例小肠恶性肿瘤中22例可见到粘膜破坏增粗、紊乱不规则及环状皱壁消失（图3）。小肠良肿瘤均无此征象。

2.4　肿瘤性肠梗阻或肠套叠

本组有13例在术前X线检查时表现为不完全性小肠梗阻，其中3例为良性肿瘤，10例为恶性肿瘤。套叠多为慢性，高位空肠套叠时，由于频繁的呕吐，平片检查肠梗阻征象多不明显，就是钡餐检查，也时隐时显，本组有一例空肠多发性脂肪瘤，前后4次钡餐检查，其中两次显示空回型肠套叠及充盈缺损（图4、5）。回肠远端肿瘤往往形成回结型肠套叠，本组有3例回肠末端腺癌皆显示有此征象。

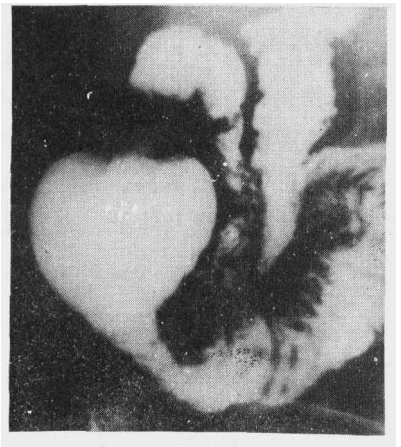


图1　空肠上段腺癌
显示空肠上段局限性环形狭窄，粘膜破坏及病变以上肠管扩张。



图2　回肠末段息肉样低分化腺癌
距回盲瓣约10cm处回肠增宽，腔内“菜花样”充盈缺损，大小3.0cm×2.5cm。

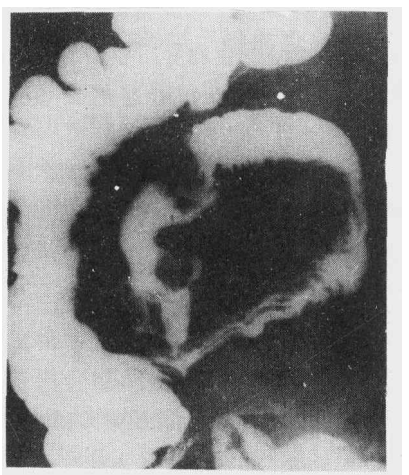


图3　回肠下段恶性淋巴瘤
距回盲瓣约30cm处回肠呈不规则增宽，病变大小8.0cm×2.5cm，附近升结肠被弧形推移。

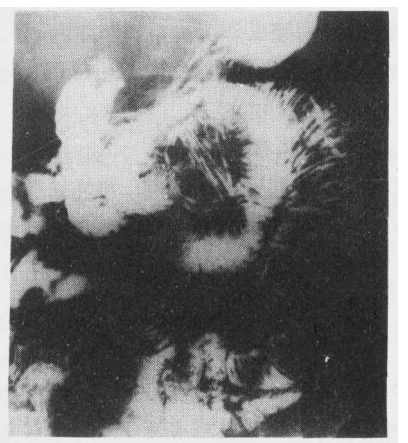


图4　空肠多发性脂肪瘤
钡餐示空肠上段呈“弹簧状”的肠纹，为空回肠套叠的典型X线征象。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

2.5 肿瘤近端正常肠管出现动力性扩张和逆蠕动

此征象在小肠恶性肿瘤中较多见，本组有6例，均为小肠恶性肿瘤。

3 讨 论

3.1 病变部位

十二指肠肿瘤多发生在十二指肠降段（8/10）。而空回肠肿瘤多见于空回肠两端，有人认为空肠腺癌大约70％发生在空肠上1/3，靠近Treitz韧带处，回肠腺癌70％约发生在回肠下1/3段[4]。本组病例中10例空肠肿瘤均发生在上部的Treitz韧带附近，20例回肠肿瘤均发生在回肠末段，肿瘤距回盲瓣最远者30cm。因此，在X线检查时，对小肠两端要给予足够的重视，以免漏诊。



图5 空肠多发性脂肪瘤

显示空肠距Treitz韧带35cm处有两个椭圆形充盈缺损，大小分别为3.5cm×3.0cm和2.5cm×2.5cm，

3.2 鉴别诊断

小肠原发性肿瘤常需进行良性与恶性、癌与肉瘤、肿瘤与Crohn病等鉴别。

小肠良性肿瘤以息肉和平滑肌瘤较多见。息肉表现为腔内边缘光整的类圆形充盈缺损，带蒂的息肉可有一定的活动度。小肠平滑肌瘤向腔内发展时可形成偏于肠管一侧较完整的充盈缺损，可呈分叶状；向壁外生长时，可推移附近肠管，瘤体中央因缺血可发生坏死形成空腔。

小肠肉瘤在小肠恶性肿瘤中发病率较高，常见有淋巴肉瘤、平滑肌肉瘤等，本组有16例。X线表现为不规则多发大小不等的结节状充盈缺损，管腔变窄或增宽，边缘不规整，亦有不规则的龛影，粘膜破坏或粗乱，范围往往较长，与正常肠管分界多不明显，周围多有粘连，移动性差等。而空回肠癌病变多较局限，与正常肠管分界清楚，多呈向心性狭窄。

Crohn病当病变范围较短而出现向心性线样狭窄时，则与小肠癌很相似，其鉴别在于Crohn病狭窄段近端肠管的扩张为器质性改变，表现为肠壁增厚，管腔扩张，甚至宽如结肠。如能显示有“裂沟状”溃疡则为Crohn病的特异性X线表现。

3.3 小肠原发性恶性肿瘤可与其他恶性肿瘤并存

形成为多原发性恶性肿瘤，本组有1例，回肠平滑肌肉瘤并直肠低分化腺癌及膀胱乳头状移行细胞癌，此类病例实属罕见。

3.4 小肠原发性肿瘤易被漏诊、误诊

往往起病隐匿，而缺乏特异性体征，病人多因消化道出血，贫血或其他症状而就诊，术前不易确诊，常规钡餐检查时，钡剂排入小肠需较长时间，钡剂易凝絮而使密度增高，肠管不能充分扩张，肠管又互相重叠，易将病变遮盖，再加上不能连继观察小肠，故很容易将小肠病变遗漏，而采用小肠灌肠气钡双对比造影检查，能明显提高小肠原发性肿瘤的术前检出率。

关 键 词 小肠原发性肿瘤，X线/分析

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参 考 文 献

1. 江绍基，主编。临床胃肠病学。上海：科学技术出版社，1981:415
2. Bridge MF, Perzin MH. Primary adenocarcinoma of the jejunum and ileum. Aclinicopathologic study. Bri J Cancer 1975; 36:1876
3. 陈国祯，主编。中国医学百科全书：消化病学。上海：科学技术出版社，1987:62
4. 谢会文 郭明 赵承安。原发性空肠腺癌一例——附小肠腺癌文献复习。湖南医药杂志，1980; 6:49

（收稿：1990.11.10；修回：1991.06.17）

选择性冠状动脉造影（附21例分析）

戴书华 易习之 王文献 张绍阳 （第三军医大学新桥医院 放射科）630037
祝善俊 李震一 鲁云敏 李隆贵 （第三军医大学新桥医院 心内科）360037

选择性冠状动脉造影自1958年Sones[1]首先报道之后，现已有广泛应用于对冠心病的诊断和治疗。特别是Judkins[2]于1967年报道了他的改良技术后，国外已普遍应用于临床，国内报道也逐年增多。我院1984年至1990年间进行了21例选择性冠状动脉造影，现报道分析如下。

1 临床资料与造影方法

21例中，男17例，女4例，年龄16岁～60岁。造影前拟诊为冠心病者15例。本组病例均有心电图、超声心动图及X线胸片。采用125mA多功能C型臂X线机。均摄有35mm电影，30～60/s帧，并同步录像供立即观察造影结果。采用Minograh 800型生理记录仪及美国cordis和USCI公司生产的导管。

采用Judkins法，导管插至左室后，先测压，继之于右前斜位30°作左室造影。以7号导管，1 bml/s速度注射76%冷影葡胺40ml。随后依次于左前斜位30°、45°及右前斜位35°行左冠状动脉造影；右冠脉取右前斜30°、45°及左前斜30°造影，同步摄电影及录像。可根据患者的侧位胸片估计升主动脉宽度，选择合适的心导管。造影前可试注射2 ml造影剂，电视下观察导管头是否衔接好冠脉口。导管在冠脉口每次停留以15s以内为宜。造影过程应同时持续心电图测压监护。发现明显ST段T波改变或主动脉压明显降低，应将导管撤出冠脉口。每次注射造影剂后，嘱病人大声咳嗽，以促使造影剂加速排出冠脉血管。

2 造影结果与分析

造影后确诊为冠心病9例，左冠脉右室瘘1例，11例冠脉正常。9例冠脉异常者分别为：例1 左冠状动脉主干狭窄95%，对角支、回旋支狭窄50%，右冠脉主干狭窄50%。例2 左冠脉前降支完全阻塞（100%），对角支狭窄50%伴左心室室壁瘤形成。例3 右冠脉主干近端1/3处狭窄50%。例4 右冠脉中段狭窄90%，左冠脉前降支起始部狭窄50%。例5 左冠脉前降支中、远段狭窄50%。例6 右冠脉痉挛。例7左冠脉前降支起始部痉挛。例8左冠脉前降支起始部狭窄25%。例9左冠脉前降支狭窄95%，左心室前壁室壁瘤3.0cm×0.8cm大。

9例冠脉有异常者，累及左冠脉者5例，累及右及双侧者各2例。其中左冠脉前降支狭窄6例，左冠脉主干狭窄1例，左室壁瘤2例。有狭窄的12支冠脉中，以狭窄50%（7）最多，狭窄95%2支，100%、90%及25%各1支。2例冠脉痉挛。多支狭窄3例，单支狭窄6例。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net