

放射诊断学第五章消化系统X线第五节急腹症实践技能考试  
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/601/2021\\_2022\\_\\_E6\\_94\\_BE\\_E5\\_B0\\_84\\_E8\\_AF\\_8A\\_E6\\_c22\\_601716.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/601/2021_2022__E6_94_BE_E5_B0_84_E8_AF_8A_E6_c22_601716.htm)

第五节 急腹症 急性腹部疾患可分为脏器穿孔破裂、胃肠道急性梗阻及腹内急性感染三大类。因发病急、病情重，应在短期内正确诊断及处理。需要X线检查的胃肠道急腹症，多为胃肠穿孔、肠梗阻和肠套迭，因此X线检查成为迅速取得诊断的有效方法，一般多采用透视和腹部平片，需要时配合造影检查。

一、胃肠穿孔（Perforation of gastrointestinal tract）胃肠穿孔平时常见于溃疡病、肿瘤、炎症，战时多见于腹部火器伤。胃肠穿孔后，正常胃肠道内气体由穿孔处逸出，进入腹膜腔，形成气腹。X线检查能确定有无穿孔，但不能明确穿孔的部位和原因。观察气腹，一般用立位透视，使腹腔的游离气体上升至膈下，形成一侧或双侧膈下积气。X线表现：膈下有新月状（镰刀状）或弧线状的透光区（图5-36）。气体在右膈下容易发现，若在右膈下须与胃泡及结肠积气相区别。胃泡多呈半圆形，形态位置较固定及局限。结肠积气稍偏外侧，并有结肠袋的条纹状影像。图5-36 气腹 膈下新月状透明带 腹腔游离气体可随患者体位的改变，其形态及位置也随之变化。重危患者不能站立及坐起时，可采取左侧卧位，X线前后位水平方向投照，因右侧在上方，腹内游离气体上升到肝外侧面和右侧腹壁之间，显示为该部位的透光带状影。气腹并非都是胃肠穿孔所致，如输卵管通气术、人工气腹及剖腹手术后一周内的患者，同样也有气腹。又如少数患者的穿孔小，气体少或周围有粘连等原因。也可看不到气腹。故X线检查结果

阴性，亦不能否定胃肠穿孔。二、肠梗阻（Intestinal obstruction）肠管内容物的正常运行发生障碍为肠梗阻。系常见的急腹症，引起肠梗阻的原因，可分为机械性肠梗阻、麻痹性肠梗阻及血运性肠梗阻三类。机械性肠梗阻是由于肠道的狭窄或肠外的粘连、压迫等原因所引起。麻痹性肠梗阻或肠麻痹，是因腹部炎症、外伤或手术等所起的胃肠道功能障碍，以致肠内容物不能正常运行，所以又称动力性肠梗阻。血运性肠梗阻是因肠系膜血管栓塞而致肠管血运不良，引起肠运动能力丧失所致。以上述前两种常见。（一）检查方法 X线检查一般用透视及腹部平片。透视可大致了解有无肠梗阻、立位或仰卧位平片，可帮助明确肠梗阻的部位及性质，通常不能显示梗阻的原因。急性肠梗阻一般不作钡餐检查，必要时可用碘液造影。常用碘液为60%泛影葡胺60ml，经胃管注入，分别于1.3.6h 摄片。正常1h可达盲肠。如碘液3h内到达结肠，且小肠无明确扩张，可排除小肠梗阻。3h后碘液未到结肠，只见小肠扩张，其远侧再无胀气的肠曲，则可诊断机械性小肠梗阻。如6h到达结肠是不完全性小肠梗阻；6h后结肠仍不显影，如无其它多发性肠梗阻或较窄性改变时绝大多数为完全性梗阻。（二）有关的肠管X线解剖和生理 肠管的形态与位置前已述及不再重复。空肠与回肠虽没有明确界限，但其粘膜皱襞是不同的。在肠腔扩大时，空肠肠管内有多数横贯肠腔的环状皱襞影，排列如“鱼肋状”或弹簧状（图5-37），且分布在左中上腹部；而回肠则无明显的皱襞影，仅呈光滑的管状透光影，多位于中下腹部。结肠扩大时，可见半月状皱襞，管腔明显大于小肠，且位于腹部周围。

图5-37 胀气肠管示意图1.空肠 2.回肠 3.结肠 胃肠道在正常时

是含有气体和液体。70%气体来自吞咽，其余气体为血液弥散至肠腔内以及肠内细菌发酵所产生。气体入胃后，可经暖气从口腔排出，亦可经幽门至小肠。气体在小肠时，以小气泡形式与肠液混合，部分由肠壁吸收入血经循环呼吸从肺排出。另部分随肠蠕动入大肠。成人小肠内气体较少，小儿则较多。肠内液体来自胃液、肠液、胆汁及胰液，还有进入的食物，总量每日可达7000 - 8000ml，但绝大多数经小肠、大肠粘膜的再吸收入血，仅少量随粪便排出。因此肠内并无多量液体滞留。

（三）正常腹部平片所见 正常腹部平片可见胃内气体，立位聚于胃泡，并可见液平面；卧位时气体则聚于胃体与胃窦。十二指肠球部可见积气，小肠内一般无积气，有时可见散在的、小片状积气影，无成形的管腔影。结肠内常有气影，沿结肠位置分布，在气体对比下可见粪便影。在肋腹部两侧直达大骨盆可见条形透光影，是为腹膜外脂肪，简称腹脂线。另外，在腹膜脂肪的衬托下还可见肝下界、两侧肾影、腰大肌外缘等。至于腹部密度增高影可参阅第六章泌尿系。

（四）肠梗阻的基本病理与X线表现 肠梗阻时，一般在发病后4 - 6h出现梗阻上方的肠管胀气扩张，肠腔内容物郁积，消化液大量积聚，蠕动增强，此时肠粘膜的吸收功能减弱，致使梗阻近侧肠管胀气积液，明显扩张。梗阻时间越长，积液胀气越多，肠管扩张越明显，并越向近侧延伸。在梗阻下方的远侧肠管因蠕动收缩，结肠内的正常积气反而减少或消失。X线征：立位透视可见肠管内气体、液体形成液平面。积气在液平面之上，呈半圆形、倒“U”字形的密度减低区（图5-38）。多数的气液面高低不同、大小不等，呈阶梯状。液平面可上下移动，为肠蠕动增强表现。在卧位时

看不到液平面，只见肠管胀气扩张，呈连贯管状或呈层状排列（图5-39）。图5-39 小肠梗阻（立位）半圆形及倒“U”字形胀气肠管及液平面示意图图5-39 肠梗阻（仰卧位）胀气肠管呈层状排列 依据胀气肠管的粘膜皱襞（肠纹）形态，可判断肠梗阻部位是在空肠、回肠或大肠。临床上常分为三种：

- 1.高位小肠梗阻 梗阻部位在空肠或十二指肠，X线表现为胀气肠管内有多数环形皱襞影。其分布多在左中上腹部。十二指肠梗阻时，仅见其梗阻上方及胃内胀气。小肠及大肠内无气体。
- 2.低位小肠梗阻 梗阻在回肠中下段，可见上中段回肠胀气，肠内无皱襞影，还可见环形皱襞的空肠胀气。
- 3.结肠梗阻 梗阻部位以上的结肠胀气扩大，有半月状皱襞特征，同时可见部分回肠胀气，但程度不如结肠。结肠梗阻与小肠梗阻不易鉴别时，可作钡灌肠检查。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)