

放射诊断学第五章消化系统X线第四节胃肠道常见疾病实践技能考试 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_601727.htm 第四节 胃肠道常见疾病

一、食管病变（一）食管憩室（Esophageal diverticulum）憩室是自食管管腔向外突出的囊状旁腔。食管憩室多为后天性，常位于食管中段的前壁或前侧壁。憩室按其发病机制分牵引性与内压性两种：前者多见于食管中段，由于食管外围组织例如淋巴结炎症和食管壁粘连愈着，瘢痕收缩而形成；后者由于食管局部管壁薄弱，再加吞咽运动的内压力使其逐渐膨出，成为内压性憩室，常见于食管上段或下段。患者一般无自觉症状，憩室炎可有胸背部隐痛、不适或梗阻感。

X线表现：憩室一般多呈类圆形或乳头状钡影突出（图5 - 12），边缘光滑整齐。大小约1 - 2cm，钡剂可短时贮留。牵引性憩室表现为三角形或猫耳状钡影，基底较宽，尖端向外前方。粘膜像显示粘膜伸入憩室内。图5 - 12 食管憩室 憩室炎多发生在颈部较狭，体积较大、食物滞留时间长的憩室。发生炎症时，X线表现憩室边缘毛糙不规则，邻近食管可痉挛收缩，粘膜皱襞有增粗。（二）食管静脉曲张（Esophageal varices）

食管下段的静脉是经胃冠状静脉到门静脉。再经肝静脉流入下腔静脉。肝硬化门脉高压症患者，高压下的门静脉血流部分经胃冠状静脉、食管静脉丛，经奇静脉而引入上腔静脉，因此食管粘膜下静脉淤血、扩张迂曲，形成食管静脉曲张。本病是门静脉高压症的并发症，有的可破裂呕血。X线检查是一简便安全的诊断方法。但阳性率仅达50 - 60%。X线检查采取右前斜位，用中等稠度、小口钡剂重点观察

食管下段的粘膜皱襞，以在卧位食管舒张期时较易显示。轻型表现为食管下段的粘膜皱襞增粗或稍迂曲，粗细不匀，管腔边缘不平，有多数小凹陷，似锯齿状。静脉曲张明显突入管腔时，呈蚯蚓状或多数黄豆大小的结节状充盈缺损，管腔边缘凹凸不平如串珠状，且向上蔓延至食管中段（图5 - 13）。重型时，除有明显的串珠状充盈缺损外，因食管肌层退化，管腔伴扩张、蠕动减弱，钡剂通过较慢，但食管壁仍柔软，无狭窄或梗阻征，借此可与食管癌相区别。

（三）贲门痉挛（贲门失弛缓症）（Cardiospasm, Achalasia）本病病因尚未完全明了，但因发现其食管下段肠肌丛（奥氏神经丛）的神经节细胞变性和数量减少，多认为系植物神经功能缺陷，致使食管贲门不能松弛、同时食管张力减弱消失，中下段食管显著扩张。患者多为中青年女性，有吞咽困难症状，时轻时重，病史较长。可达数年甚至数十年。X线征：食管下端呈边缘光滑的圆锥形或漏斗形对称性狭窄，钡剂不能通过或只能少量、间歇地通过贲门呈喷射状，伴食管中下段明显扩张（图5 - 14）。有时在胸部透视或平片上见右侧纵隔增宽；甚至在纵隔影内显示有液平面，为扩张的食管影所致，服钡检查即可确诊。图5 - 13 食管中下段静脉曲张图5 - 14 贲门痉挛

早期患者须与贲门癌鉴别，后者的狭窄边缘不光滑，有充盈缺损或粘膜皱襞破坏现象。用亚硝酸异戊酯等平滑肌松弛药后，可使贲门痉挛短时开放，有助于本病的诊断。

（四）食管癌（Esophageal carcinoma）我国华北地区食管癌发病率很高，患者多是40岁以上的男性，可有进行性吞咽困难症状。癌肿多位于食管中、下段，以鳞癌最多见，贲门端则常为腺癌。河南省林县等地在食管癌的早期诊断及防治工作中取得

了一定成就。1.早期食管癌局限于粘膜及粘膜下层，手术切除效果较好。X线检查宜选用气钡双重造影。X线征象为癌区粘膜纹增粗、中断或迂曲，出现小溃疡或小充盈缺损，或呈颗粒状，局部管壁扩张受限。有时伴局部功能征象，如钡流缓慢或痉挛现象等。应仔细检查粘膜面的改变，宜结合内窥镜、脱落细胞检查，可早期确诊。2.中晚期食管癌癌肿侵及肌层后，X线表现较明显。根据癌肿浸润的范围、形状将其分为四型：即硬化型、蕈伞型、髓质型及溃疡型。（1）硬化型：又名浸润型。主要为食管壁增厚，引起管腔向心性环形狭窄，一般长的3cm，视狭窄的程度而决定梗阻的情况。

（2）蕈伞型：主要侵及粘膜下层，肿块向腔内突出，形成充盈缺损与管腔不规则狭窄。（3）髓质型：癌肿侵及食管壁全层，并向腔内外扩展，致使管壁增厚、管腔狭窄以及不规则的充盈缺损。（4）溃疡型：在蕈伞型与髓质型癌的基础上，癌组织破溃形成溃疡。肿块以溃疡为其特征，是为溃疡型癌。以上各型亦可混合出现，综合食管癌中晚期的X线表现，其癌瘤处管腔轮廓不规则，有充盈缺损，不对称性狭窄或溃疡形成。癌处的粘膜皱襞破坏，管壁僵硬，蠕动消失、钡剂通过缓慢，常有不同程度的梗阻，其上方食管扩张（图5 - 15）。有时可在癌肿处显示软组织包块影。图5 - 15 食管中段癌（五）食管裂孔疝（esophageal hiatus hernia）食管裂孔疝，是由于裂孔处膈肌薄弱或退行性变；食管胃角增大或消失，以及胸腹压力的失衡等，使部分胃通过膈食管裂孔进入胸腔，称为食管裂孔疝（简称裂孔疝）。食管裂孔疝分类繁杂，有以原因分类分为先天性与后天性；有以食管和贲门的关系分为以下三种类型：食管旁疝，贲门仍在膈下，胃底

的一部份在食管旁侧疝入胸腔。 食管胃疝，腹段食管和胃底的一部份疝入胸腔，贲门位于胃底最高点。此型最常见。

混合型疝，部份胃底在食管旁疝入胸腔，贲门也同时疝入。也有根据疝是否滑动与回复，而分可回复性（滑动性）疝和不可回复性（嵌入性）疝两种。食管胃疝大多是可回复的。称为滑动性裂孔疝。其余类型的大多是不可回复的。食管下段有一高压带，其高压由多种因素组成，即1.食管裂孔处膈肌弹性夹簧的作用，通常呈收缩状态，仅食团向下推进时才开放。2.腹段食管左缘与胃底大弯相交成锐角，是为食管胃角，又称贲门切迹，经常处在收缩状态。3.贲门处的星状粘膜皱襞（图5 - 16）。此处还有一解剖要明确，正常时食管鳞状上皮与胃柱上皮相交处X线是看不到的，内窥镜能见到为齿状线。当有疝时，X线就可看到在食管与胃交界处呈对称的切迹，称为食管—胃环。4.膈食管膜为食管下段周围的一层纤维膜，起一支持保护作用。就是上述诸因素的综合作用，才阻止胃内食物向食管反流。图5 - 16 食管下段胃贲门区解剖示意图 X线征象：疝的类型不同X线也各异。根据食管胃的解剖关系易于判断，典型裂孔疝可发现在心影后方有囊状透光影，有时可见液平面。钡餐时，钡剂可进入此囊中，此囊实为胃底疝入胸腔的疝囊。诊断较困难者为滑动性裂孔疝，关键总问题是检查方法。一般认为如出现下列征象之一，可诊为裂孔疝：膈上有小疝囊，疝囊呈囊状或园柱状，系胃食管前庭部或部分胃底构成。其宽度较正常食管为宽，疝囊两侧壁可见对称性或单侧性切迹，是食管胃环，疝囊内可见迂曲的胃粘膜，上述的征象易与膈上壶腹相区别。膈上食管段见到胃粘膜，并与膈下之胃粘膜相延续。 食管

胃环出现于膈上食管处，即膈上食管段之两缘有对称性或单侧性切迹。上述改变在卧位时出现，而立位时消失，是为滑动性裂孔疝（图5 - 17）图5 - 17 膈上壶腹与疝囊之区别图形

先天性食管裂孔疝，是因食管发育过短，表现为贲门位于膈上，而膈下无食管，胃部分在膈上，部分在膈下形成芦葫状。甚至胃全部位于膈上，即是“胸胃”。属先天性畸形。

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