

十二指肠壁囊性营养不良的 X 线表现

Cystic Dystrophy of the Duodenal Wall

王文辉 摘译 郭俊渊 校

十二指肠壁囊性营养不良是一少见病变,此病于 1970 年由 Potel 和 Duclert 首次报告。

1 资料与方法

经病理学证实,十二指肠壁囊性营养不良合并慢性胰腺炎 10 例,7 例行胰腺十二指肠切除术,影像学诊断正确者 4 例。其余 3 例诊断为慢性胰腺炎或假性囊肿,经 1~4 年追踪,因腹痛反复发作,仍施手术治疗。

手术大体标本证实,病变位于十二指肠降段,8 例十二指肠粘膜呈圆顶形,2 例正常。所有病例切下标本观察,十二指肠壁均增厚,而以十二指肠壶腹上胰腺端更明显,十二指肠乳头部阻塞。10 例中 7 例十二指肠壶腹上段粘膜表面隆起,其间可见多个直径大于 1cm 的囊肿,我们称它为十二指肠壁囊性营养不良的囊性变;另 3 例,十二指肠壁肌层明显增厚,其间囊肿直径小于 1cm,则称之为实性变。10 例均见胰腺纤维化、钙化及主胰管扩张。

镜检,囊中内面覆盖类似胰管上皮层的骰状(Cuboid)上皮,4 例囊肿内含有蛋白质和钙化,十二指肠壁肌层由于平滑肌增生和纤维化而增厚。所有病例的十二指肠壁内,外分泌、内分泌及胰管组织均显示慢性胰腺炎的组织学改变。

2 结果

2.1 超声检查表现

5 例胰腺与十二指肠腔间见低回声层,其中 4 例显示长圆形或双叶形囊状影,10 例均表

现胰头增大及慢性胰腺炎一般征象,1 例胰实质萎缩,2 例总胆管扩张。

2.2 CT 扫描表现

9 例示十二指肠壁增厚,7 例见壁间囊肿,6 例上述两种表现同时存在,1 例仅见囊肿,未见肠壁增厚,4 例位于十二指肠与胰头之间的壁间病变,致使胃十二指肠动脉及十二指肠腔移位,3 例病变压迫十二指肠引起胃扩张。7 例胰头增大,5 例主胰管扩张,5 例胰腺钙化,4 例胰腺假性囊肿,1 例胰实质萎缩,3 例总胆管轻度扩张。

2.3 内镜超声检查表现

5 例作内镜超声检查,4 例见十二指肠降部胰侧肠壁增厚,4 例中 2 例见最小直径 8mm 壁间囊肿 2~3 个,2 例胰头增大,3 例胰腺钙化,2 例胰腺假性囊肿,5 例均见胰头增大及主胰管扩张,1 例十二指肠壁无改变。

2.4 内镜逆行胰胆管造影表现

9 例作此项检查,2 例十二指肠降部粘膜隆起,2 例十二指肠粘膜皱襞肥厚及冠部非特异性切迹,8 例显示胰腺炎征象,9 例均见主胰管混浊。

3 讨论

十二指肠壁囊性营养不良是一少见病变,于 1970 年首次报告,此病变以起源于异位胰腺的十二指肠壁内出现囊肿为特征,囊肿多位于增厚的粘膜下层或肌层,其内衬以类似胰管的骰状上皮及异位胰腺组织。依据囊的大小,病变分囊性(囊肿直径大于 1cm)及实性(囊肿直径小于 1cm)两种。

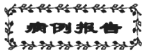
以往观察,本病可与正常胰腺或慢性胰腺炎同时存在,但依本文所见,全组手术病例均合

并慢性胰腺炎。

十二指肠壁囊性营养不良的囊性型,囊肿位于胰头与十二指肠之间,采用超声和 CT 两种检查方法均容易证实,十二指肠壁内深层部位的囊肿及十二指肠腔末端的闭塞,采用 CT 更易观察。在确定肠壁囊肿与胰腺的境界方面 CT 远较超声优越,使用 CT 扫描,还可观察到十二指肠与胰腺间的肠壁囊肿,胃十二指肠动脉向十二指肠腔处移位,胆总管与十二指肠分离等,致于具有主胰管扩张、胰腺钙化征象的慢性胰腺炎,CT 扫描更易于确定。

十二指肠壁囊性营养不良的实性型,表现为小囊包埋在增厚的十二指肠壁之内,采用超声和 CT 诊断均困难,因它仅可显示十二指肠壁增厚,有时不易与胰头区别,因此,可能误诊为胰腺肿瘤或十二指肠壁肿瘤。对这类病例,应以准确时间进行增强 CT 扫描,或采用螺旋 CT 扫描技术,使十二指肠和胰头之间显示差别,则有助于对本病的诊断。

(选自 Radiologic Findings, 1977, 3:714-747.)
(1998-04-21 收稿)



胸锁关节脱位术后克氏针滑入纵隔 1 例

戴捷 张志民 魏仁宝 李专



图 1 前纵隔升主动脉左前方见克氏针。

男性患者,49 岁,因外伤致右胸锁关节脱位入院。经查体心肺腹未见异常,而行右胸锁

关节切开复位克氏针内固定术,术后恢复良好,胸片复查无异常而出院。术后 3 个月患者因胸痛入院。检查手术切口发现针尾已滑入皮下。胸部 CT 检查示前纵隔于升主动脉左前方有斜行金属针影(图 1)。在全麻下行开胸探查克氏针取出术,术后痊愈出院。

讨论 胸锁关节部分主要为松质骨结构,一般治疗均采用手法整复、双圈固定的方法处理。解除外固定后,即使仍有半脱位,对功能也无较大影响。该患者采用切开复位克氏针内固定术亦无不妥,但术中固定之克氏针针尾未折弯成钩状,致使术后胸锁关节的运动,加之骨质疏松而使克氏针松动滑入纵隔,给病人造成了不良后果。因此作者强调,胸锁关节脱位,一定要严格掌握手术指征,选择合适的治疗方法。如行手术克氏针内固定治疗,则固定深度要认真测量,并且针尾要折弯成钩状,以防止滑脱,给患者带来不必要的痛苦。

(1998-06-06 收稿)