

外伤后巨型血肿包绕全十二指肠一例报道

北京儿童医院放射科(100045) 彭芸 徐赛英

小儿腹部钝伤多由车祸或坠落引起,近年来发生率渐增多。其中70%以上为肝、脾、肾等实质性器官损伤,绝大多数可保守治愈。肠和系膜损伤虽仅3%~10%左右,但80%以上病人需急诊手术或介入治疗。此外,近20%累及多个脏器,值得重视。北京儿童医院1年内发生3例十二指肠裂伤,2例肠管破裂,形成腹膜后肾周积气及肠壁血肿。本文报道1例罕见的十二指肠全长壁内巨大血肿。

患者女,8岁,4天前由高处坠地,受伤后右腹疼痛,呕吐含胆汁的胃内容物3天住院。查体:一般可,腹隆起,腹式呼吸减弱,肝区叩痛,腹部有压痛及反跳痛,移动性浊音(+),血压为90/45 mmHg。余阴性。

B超示胰腺下方探及10.6cm×6.3cm×4.7cm包块,内部回声不均匀。偏下为中等偏强回声,偏上为低至无回声区,包块两端向上隆起,右上缘达肝门位置,下缘接近脐水平。胰腺与肿块之间可见一横行肠管。诊断为腹腔内血肿。

腹部CT平扫,胰腺前后及肾前方见云豆状边缘光滑的软组织密度影。CT值上部21.8HU,下部约42.9HU,似有分层,大小约9.5cm×8.0cm×4.3cm。肝右叶可见一10.3cm×7.0cm×7.0cm大小的混杂密度区,CT值43.1~61.7HU。靠近右肝尖见一斜行之低密度线。包膜尚完整。诊断:1.中腹部腹膜后占位。2.肝挫裂伤。

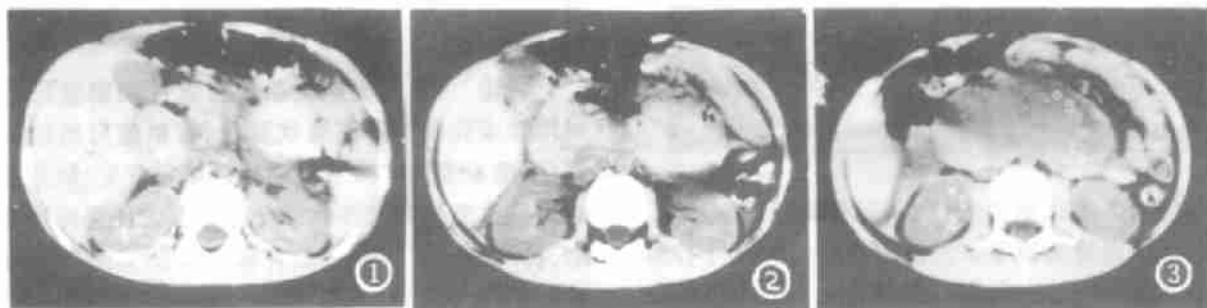


图1 十二指肠升降段肠壁血肿分别于胰头及胰体之外侧,胰尾部前方形成球形致密影,外围薄层肠壁影。

图2 于图1下方20mm层面中,上述血肿影于胰后下方部分融合。

手术结果 十二指肠水平段前壁粘膜层有4cm×3cm裂口破损,浆膜与粘膜间见一巨大血肿,胰头被推前移。腹腔内无积血。

讨论 小儿肠道钝伤多见于十二指肠、近端空肠。外伤通常导致肠壁内血肿,系十二指肠内富有血管丛的粘膜下及浆膜下撕裂的结果,而粘膜保持完整。本例破裂发生于十二指肠粘膜及粘膜下层引起肠壁内血肿,血肿向十二指肠两端延伸,形成一包绕整个十二指肠巨大的半弧形血肿。CT于不同层面中见十二指肠升、降段的血肿分别于胰头和胰尾外侧形成球形或

合。

图3 图2下10mm层面中血肿影融合呈“云豆状”——十二指肠水平部肠壁内血肿。

圆柱形高密度影,边缘光滑且周围有薄层软组织密度的环(十二指肠壁),两侧圆柱影于胰腺下方层面,至脊柱前逐渐向中线融合成云豆状光滑高密度影,即为水平段的血肿。因系外伤后的第4天,虽然血肿内看不到明确的液-血平面,但上下方密度相差达20HU,隐约有分层现象。因血肿压迫十二指肠造成严重的上消化道梗阻,肠壁未全层断裂,肠壁塌陷,故无气体外溢。

鉴别诊断应考虑腹膜后囊实性肿块。①十二指肠重复畸形,重复肠段能显示肠壁结构,而且以球囊状较常见。既往没有高位梗阻史。②腹膜后囊性肿物,包括胰腺巨大囊肿、淋巴血管瘤、囊性畸胎瘤,就其形态、

密度、位置,一般区别不难。③小网膜囊积血,CT显示本例病变形态呈规则对称的“U”型,位置在腹膜后、胰腺的下后方及两旁,胃后壁并有肠管间隔,不象小网膜

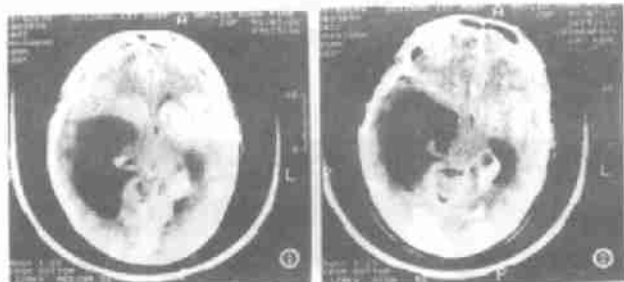
上或下隐窝积液。

本例影像学所见较为特殊,特此报道。

(1998-11-25 收稿)

化脓性脑膜炎、脑室炎、脑室积脓误诊一例

湖北省随州市第一人民医院放射科(441300) 李文杰 左德智 黄佳美 杨永刚 卢玉艳



本文报道1例化脓性脑膜炎、脑室炎、脑室积脓,经多家医院均误诊为脑室多发占位性病变而进行了手术。

病例报告 患者,女,28岁,自10余岁起经常头痛、头晕,反复发作,昏倒数次,视力逐渐下降,左眼仅剩光感、生理盲点扩大。眼底:视乳头水肿。临床诊断:颅内占位性病变。

CT扫描所见 两侧脑室颞角及枕角扩大,右额角及三脑室稍受压,中线结构略左移,扩大脑室周边见低密度水肿区。右侧脑室三角区及左枕角分别见约 $18\text{mm} \times 12\text{mm} \times 15\text{mm}$, $28\text{mm} \times 18\text{mm} \times 15\text{mm}$ 稍高密度灶,CT值 $53 \sim 58\text{HU}$ (图1)。增强扫描病灶明显均匀强化,CT值 $81 \sim 87\text{HU}$,脑室周边无强化(图2)。CT诊断:双侧脑室占位伴梗阻性脑积水。转外院CT临床

诊断同上。建议手术治疗。

手术所见 行经右颞顶部开颅术,术中见颅骨瓣已为病变所侵蚀,脑室内未见新生物,见清淡脓液,脉络丛较正常为大,行腹腔脑室分流术。病理报告:非特异性炎症。

讨论 CT表现据文献报道急性期脑室周边出现局限性或弥漫性薄层线状强化,有粘连可出现分隔状强化,脑室变形扩大或呈囊括性脑室改变,脑室脓肿形成可见典型脓肿壁环状强化。导水管闭塞则出现脑积水,脉络丛密度增高。结合临床体征实验室检查不难确诊。

本例因临床体征不够明确,仅凭眼底、视野改变、颅内压增高便考虑颅内占位性病变。CT扫描又未和脑内转移瘤、髓母细胞瘤、室管膜瘤、脑膜瘤、脉络丛乳头状瘤仔细鉴别。而将脉络丛炎性增大视为新生物,脑室的不对称扩大变形认为是脑积水所致。也未作脑脊液实验室的检查,因而误诊为脑室占位病变而进行了手术。

结论 隐源性化脓性脑膜炎、脑室炎、脑室积脓,不能仅凭CT表现,这样易致误诊,此即是本例应深刻吸取的教训。

(1998-06-30 收稿)