

影像资料,传统 X 线发现气腹 34.6%,未发现其它直接病理变化。CT 发现气腹 53.8%,加上游离气泡影,总的游离气体阳性率为 92.3%,另外还发现 3 例造影剂外漏。2 例无游离气体者也根据网膜囊内包裹性病变做出了及时的诊断。阳性造影剂外漏可直接提示穿孔位置,由于穿孔病人多较危重且有呕吐,不易接受口服造影剂,必要时可胃肠减压后由胃管注入。至于有的文献上讲穿孔部位管壁不规则,周围脂肪层模糊,笔者体会由于缺少自然对比、消化管的运动、腹部气体的干扰,多不易明确观察到。因此,笔者认为,在排除了创伤、手术、腹腔产气菌感染、妇科检查、肠道炎症及憩室穿孔等能产生游离气体征象的因素后,在穿孔早期,结合临床病史,依据气泡征多能及时、正确地做出胃、十二指肠溃疡性穿孔的 CT 定性诊断。如有造影剂外

漏则有利于 CT 定位诊断的建立。对于缺少游离气体的穿孔根据包裹的积液、脓肿也可提示有穿孔的存在及发生的部位,为临床上尤为亚急性、慢性穿孔的病人和传统 X 线表现阴性者赢得诊治的时间。最后提示一下在观察腹腔游离气体时,应使用比较宽的窗宽和比较低的窗位,有利于胸腔肺组织、腹部脂肪、肠管内积气与腹腔游离气体的鉴别。

参考文献

- 1 陈敏.小网膜囊 CT 检查的临床价值[J].临床放射学杂志,1995,14(2):102.
- 2 郑芝田.胃肠病学[M].北京:人民卫生出版社,1986,228-229.
- 3 孔庆德.X 线诊断手册[M].上海:上海科学技术出版社,1989,389.
- 4 天津医学院附属医院放射科.临床 X 线诊断学[M].天津:天津人民出版社,1996,145.

(2000-02-18 收稿)

• 短篇报道 •

右肾特大囊肿 1 例

戴敦巍 朱涛

【中图分类号】R692.1⁺2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)04-0256-01

患者,女,54 岁,教师,1994 年 8 月 23 日体检发现右肾有一巨大囊肿,无尿频、尿急、尿痛、血尿、腰痛史。无外伤史。

体格检查:一般情况好,发育营养不良。右上腹可触及 15cm×18cm 之肿块,边缘尚光滑,可活动。

X 线:腹部平片见右肾影明显增大,上界达第 10 后肋,下界平第 5 腰椎横突水平,几乎贴近肋骨,外界贴腹壁内缘,内侧贴椎体。

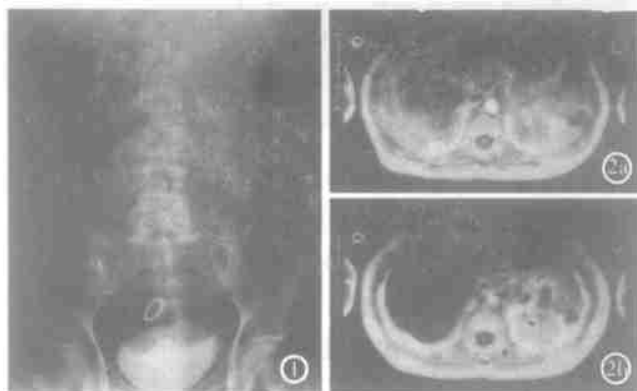
静脉肾盂造影:双侧肾盂、肾盏 7min 均已显影,右肾盂、肾盏明显受压推移至右肾上极水平,各组肾盏平第 11 后肋,下界平第 1 腰椎上缘,肾盂、肾盏似大小不一之花瓣形,提示有积水征,边缘光滑,未见破坏。肾实质约 4.0cm×4.5cm 大小,其下囊肿部位密度较被挤压之肾组织密度低(见图 1)。

B 超:右肾体积增大,右肾包膜向左突起,该处 15cm×18cm 之暗区,边界清楚。

MRI:右腹部可见一巨大肿块影,大小约 14cm×15cm×18cm,其边缘光整。T₁ 加权像低信号,T₂ 加权像为高信号,信号均匀。肿块无浸润,与右肾上极分界不清,右肾被挤压缩小,并向内上移位(见图 2)。

B 超、MRI 诊断均为右肾巨大囊肿。

手术 行囊肿去顶术,吸出囊液约 3000ml,未发现囊肿与



肾盂相通。切除大部囊壁,残留约 0.5cm 作锁边连续缝合,取脂肪团填塞囊壁窝,取囊壁送病理检查。

病理:右肾单纯囊肿。

讨论 肾脏囊肿系肾脏占位性病变中最常见的良性肿瘤样疾患,部分囊肿可恶变。查阅文献,笔者报道如此之大囊肿,尚属罕见。造影片示该例肾实质被囊肿挤压明显缩小,被挤压之肾盂、肾盏范围仅 4.0cm×4.5cm 大小,边缘光滑,无破坏征象。7min 肾盂、肾盏显影,肾功能未受损。

(2000-01-10 收稿)

作者单位:430015 武汉市第六医院放射科

作者简介:戴敦巍(1941~),男,广东顺德人,副主任医师,从事放射学临床及研究。