

断(5%)。此 2 例均为 A 型,即左锁下动脉以远离断。

螺旋 CT 血管造影成像不但可以鉴别主动脉弓缩窄和主动脉离断(或闭锁),并且可以分型,通过观察纵隔内血管的走行、形态,缩窄发生的部位、程度和范围,并能准确测量缩窄的管腔内径、病变长度、清晰显示缩窄远端主动脉情况,观察动脉导管闭合情况,显示缩窄与主动脉的关系,另外还可观察头臂干有无受累。对于主动脉离断则可以判断主动脉弓离断的确切部位,做出分型。

诊断主动脉弓缩窄和主动脉弓离断,目前影像标准是动脉造影和电子束 CT(EBCT)。动脉造影要进行插管,有一定危险性,而电子束 CT 目前尚不普及。螺旋 CT 则较为普及,如果重建方法得当,亦可对主动脉弓缩窄和主动脉弓离断做出较为准确诊断,是无创性显示心血管解剖及病变的手段之一。

(2001-03-21 收稿)

(《放射学实践》2001 年第 16 卷第 6 期封面彩图由兰州军区总医院 CT 室陈虎义同志提供,谨此致谢!)

左侧巨大膈疝伴绞窄性胃穿孔一例

• 短篇报道 •

潘志华 刘敏辉

【中图分类号】R655.6, R656.6 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)01-0020-01

病例资料 患者,女,65 岁,因左上腹痛伴胸闷、气急 36h 入院。患者 36h 前无明显诱因出现左上腹阵发性疼痛,无恶心、呕吐、腹泻,无尿路刺激症状。后患者腹痛加重,且伴胸闷、气急。发病以来,进食差。既往有“胃炎”病史 20 年,无手术及外伤史。查体:T 36.7℃,P 90 次/分,R 21 次/分,BP 27/13kPa。神清,痛苦貌,胸廓对称,气管偏右,左肺未闻及呼吸音。左上腹轻度压痛,无反跳痛。实验室检查:三大常规均正常。胸透:左侧液气胸,大量积液。行胸腔闭式引流术,仅引流出少量淡绿色液体,后行 X 线摄片。

胸部正位片示:左侧肺野可见一均匀性高密度影,其内可见一长液气平,液平面达第三前肋,并贯穿整个左胸腔;其上壁完整、较薄。纵隔心影明显右移;膈下未见胃泡影(图 1)。侧位片示:见均匀性高密度影其后界隐约可见,下界后方与左膈面呈锐角相交,且有长约 7cm 模糊区,其前方可见含气结肠影;左

侧后肋膈角存在(图 2)。考虑左胸腔巨大膈疝。

CT:左胸腔内可见巨大包裹性高密度影,其内可见分层现象,包裹积液后部密度较高、不均(图 3)。左上腹未见胃、脾影。结合胸正侧位片诊断为:左侧巨大膈疝(图 3)。

钡餐透视:钡剂在贲门处仅见少许钡剂通过,左侧胸腔内可见少量钡剂影。诊断:左侧巨大膈疝。

手术所见:胃大部、整个脾脏、部分结肠及大网膜位于左胸腔,胃体可见约 1.5cm 裂孔,灰黑胃液及食物残渣经穿孔处不断溢出,距穿孔处约 3cm 可见 4~5 个点状坏死灶,约 2~3mm。回纳疝内容物后,见左膈中心腱部位约 12cm 长冠状裂口,整个膈肌菲薄,无粘连,脾脏水肿。术后诊断:左侧巨大膈疝伴绞窄性胃穿孔。

讨论 本例是由于胸腹压力梯度存在,当腹腔压力突然增高,腹腔脏器冲击膈肌可致破裂,腹腔脏器穿入胸腔所致。同时,右侧肝脏与膈面有较大的接触面而使右侧成为相应的缓压区,而左侧膈肌相对缺乏脏器保护,所以左侧膈疝多见。本例患者无外伤史,推测可能是由于左侧膈肌菲薄、膈肌纤维发育不良等因素,当腹腔压力突然改变致左侧膈肌自发性破裂,胃、脾、部分结肠等器官疝入左侧胸腔内,由于胃生理性的位置突然改变,造成胃绞窄性缺血致胃体穿孔,实属罕见。及早诊断和手术对其预后有很大的影响。

该病依据 X 线平片辅以钡餐检查即可早期确诊,必要时可行 CT 检查,关键是在诊断时要考虑到“膈疝”,以免误诊。

(2001-07-30 收稿)

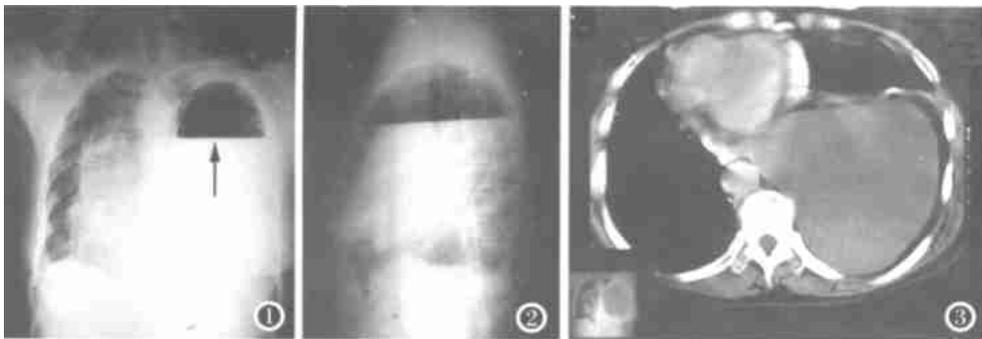


图 1 左侧肺野可见一长液气平(↑)。图 2 高密度影后缘与膈面成锐角相交。

图 3 左侧胸腔内可见包裹性高密度影并可见分层现象。

作者单位:610051 四川省,成都市核工业 416 医院放射科
作者简介:潘志华(1966-),男,四川内江人,主治医师,主要从事 CT 诊断工作。