

理想的整复模式。

参考文献

- 1 李传亭, 沈天真, 陈星荣, 等. 颌面骨折的常规 X 线、CT 和三维 CT 对比研究[J]. 临床放射学杂志, 1998, 17(6): 332-335.
- 2 沈新平. CT 三维重建在诊断颌面部骨折中的应用[J]. 中国医学影像技术杂志, 2000, 8(5): 341-342.
- 3 Ray CE, Mafee M, Friedman M, et al. Applications of three-dimensional imaging for evaluation of head and neck pathology[J]. Radiol Clin North Am, 1993, 31(1): 39-46.
- 4 Vannier MW, Mash JL. Three-dimensional imaging surgical plann-

ing and image-guided therapy[J]. Radiol Clin North Am, 1996, 34(3): 545-552.

- 5 宋志巍, 范家栋, 胡碧方. 颌面骨螺旋 CT 扫描和三维重建重要参数的研究[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(2): 74-77.
- 6 Alder ME, Deahl T, Matteson SR. Clinical usefulness of two-dimensional reformatted and three-dimensionally rendered computerized tomographic images: literature review and a surgeons opinions[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1995, 53(2): 375-379.
- 7 胡春艾, 郝敬明, 张清, 等. 颌面部骨折的三维表面成像及容积成像对比研究[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(12): 858-860.

(2001-07-17 收稿 2002-01-21 修回)

空肠平滑肌肉瘤伴肠套叠并肝转移一例

• 病例报道 •

陈松 杨守珍 李映南

【中图分类号】R735.3⁺3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)04-0331-01

病例资料 患者,男,66岁。因上腹不适,纳差,黑便2个月入院。查体:腹部平坦,未见胃肠型蠕动波,无腹壁静脉曲张,肝脾肋下未及。实验室检查:HGB 86g/l, RBC $3.53 \times 10^{12}/l$, WBC $11.6 \times 10^9/l$ 。

B超检查:肝脏回声分布欠均匀,右叶可见一约4.5cm×

3.9cm的低回声区,形态规则。超声诊断:肝右叶占位性病变。

CT平扫:肝脏体积稍增大,肝右叶可见不规则的密度减低区。左中上腹部见一4cm×2cm软组织块影,其外侧端含有少量气体(图1)。CT增强扫描:肝右叶见直径约1~5cm多发低密度灶,边界较清楚,延迟10min及20min分别扫描,低密度灶仍未强化,肝内胆管无扩张。左中上腹见形态不规则的软组织块影,局部肠管扩张,肠壁增厚(图3)。CT诊断:①肝脏多发占位性病变,多考虑为转移瘤。②左上腹占位性病变,多源于空肠,淋巴肉瘤可能。

小肠双重对比造影:空肠近端可见局限性肠管明显增粗,扩大。粘膜皱襞成密集的弹簧状。扩张之肠管远端中央可见一约5cm×4cm充盈缺损,并伴有小的结节状阴影,该段肠管通过缓慢,余小肠未见异常(图2)。拟诊:空肠近端占位性病变并慢性不全性肠套叠。

手术可见:空肠上段扩张约20cm,于扩张之肠管下段可见空肠肠套叠,切开肠管,可见一10cm×8cm×5cm大小肿块,表面尚光滑,呈分叶状,被覆少许食糜,其基底部约3cm左右与肠壁相连,肿物位于小肠腔内外。

病理诊断:空肠平滑肌肉瘤(中度恶性)累及全层肠壁(图4)。

讨论 消化道平滑肌肉瘤发病率很低。多以平滑肌组织最为丰富的胃部多见,小肠平滑肌肉瘤较少见,发生于空肠上段并发肠套叠者更为罕见。我院遇到此例虽经B超、CT等检查仍未能明确诊断,后经小肠双重对比造影检查,并经手术病理证实。我们认为,小肠肿瘤的诊断首先要想到它的可能性,如胃及十二指肠等常见部位未能找到解释症状(如出血、腹痛等)的病因,X线检查是发现小肠肿瘤唯一有效的首选方法,特别是对肠腔内及肠腔内外肿瘤甚优。但由于肠道过长,尤以小肠弯曲盘旋,蠕动活跃,钡剂通过快,肠腔不扩张,粘膜皱襞等,致使源于粘膜下的平滑肌肿瘤在常规单对比钡餐检查时常被漏诊。而小肠低张双对比造影使肠腔扩张,充盈连续,粘膜皱襞清晰,有利于显示肠腔内及肠腔内外病变,如肿瘤并发肠套叠者小肠双对比造影检查更优于其它检查方法。

(2001-11-19 收稿 2002-01-16 修回)

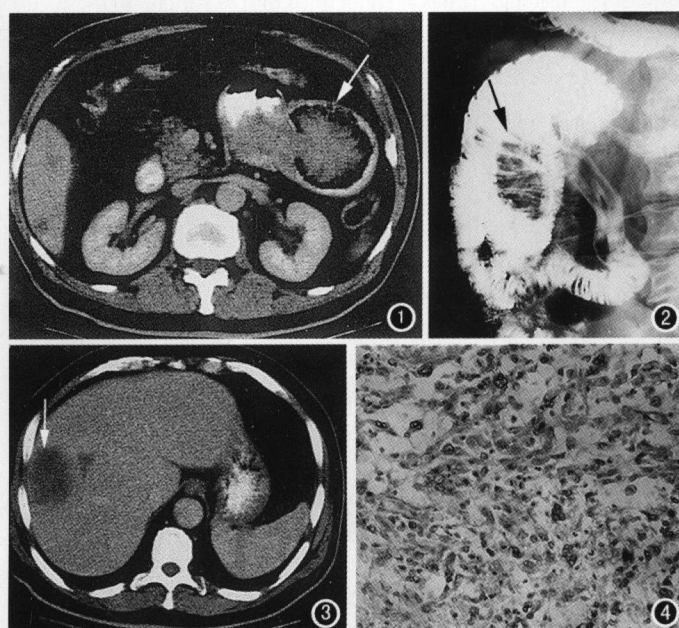


图1 上腹部CT平扫:左中上腹见一4cm×2cm形态不规则的软组织块影(⇨),局部肠管扩张,肠壁增厚。肝内可见2个低密度病灶。图2

钡餐检查:空肠近端可见局限性肠管增粗、扩大,粘膜皱襞呈密集弹簧状,扩张之肠管远端中央可见一约5cm×4cm不规则的充盈缺损(→)。

图3 上腹部CT增强扫描:肝右叶实质内见直径约1~5cm的多发低密度灶,边界较清楚,延迟10min及20min分别扫描,肝实质内低密度灶仍未强化(⇨)。图4 病理图(高倍镜)。

作者单位:710077 西安,庆安医院放射科(陈松,杨守珍);710003 西安市中心医院放射科(李映南)
作者简介:陈松(1975~),男,医师,主要从事呼吸、消化系统影像诊断工作。