

上的损伤尚有一个时间过程,一旦形态学上的损伤,则成为永久性神经功能缺损<sup>[7]</sup>。研究证明,在脑梗死发病 3~4h 后,缺血半暗带将发展成为不可逆的梗死区,尽可能地保存、挽救缺血半暗带内活的脑组织是近年来的研究重点<sup>[8]</sup>。文献报道有 2 种方法可显示缺血半暗带:①利用 CBF 的相对值,即缺血区 CBF 与健侧 CBF 数值之比不小于 20%,本组测量的平均比值约为 25%;梗死区比值约为 10%。②根据 CBV 来区分梗死组织和半暗带,CBF 下降而 CBV 正常或轻度上升的组织为半暗带,而 CBF 下降伴 CBV 下降的组织为梗死区<sup>[9]</sup>。本组测量结果基本相符。同时,我们发现 MTT 可以更加直观的显示半暗带(图 2);梗死区与 MRI DWI 显示的病灶相符(图 2)。由于本组超急性期病例较少,故对脑梗死的缺血半暗带的显示和确定尚待进一步深入研究。

#### 参考文献

- 1 高培毅,林燕.微机辅助 CT 脑灌注成像以及定量测量[J].中华放射学杂志,2002,36(1):7-10.
- 2 韩鸿宾,谢敬霞.MR 扩散与灌注成像在脑缺血诊断中的应用[J].中

华放射学杂志,1998,32(6):364-369.

- 3 Jurgen R, Reichenbach, Joachim R, et al. Acute stroke evaluated by time-to-peak mapping during initial and early follow-up perfusion CT studies [J]. AJNR, 1999,20(10):1842-1850.
- 4 张敬,张云亭.CT 灌注成像技术的临床应用[J].临床放射学杂志,2001,20(10):803-806.
- 5 Miles KA. Measurement of tissue perfusion by dynamic computed tomography [J]. Br J Radiol, 1991,64(5):409-412.
- 6 Baron JC. Mapping the ischemic penumbra with PET: implications for acute stroke treatment [J]. Cerebrovasc Dis, 1999,9(4):193-201.
- 7 Heiss WD. Ischemic penumbra: evidence from functional imaging in man [J]. J Cereb Blood Flow Metab, 2000,20(9):1276-1293.
- 8 刘翔,戴建平.CT 灌注在颅脑的临床应用研究[J].中华放射学杂志,1999,33(7):439-441.
- 9 Koenig M, Klotz E, Luka B. Perfusion CT of the brain: diagnostic approach for early detection of ischemic stroke [J]. Radiology, 1998,209(2):85-93.

(2002-06-07 收稿 2002-10-10 修回)

## 肠系膜巨淋巴结增生误诊淋巴瘤一例

### • 病例报道 •

陈新龙 何平生

【中图分类号】R445; R657.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)04-0257-01

发生于肠系膜的巨淋巴结增生症比较少见,且易与腹部淋巴瘤相混淆。现将本院发生的 1 例报道如下。

**病例资料** 男,60 岁。左中上腹胀痛不适伴乏力,纳差,消瘦半月余入院。临床检查:中上腹轻压痛,全身淋巴结不大。实验室检查及头、胸部 CT 检查未见异常。B 超示脐左上方腹腔内探及 57mm × 37mm 大小低回声混合团块。CT 平扫示左中后腹膜腔内类圆形软组织块影。CT 值为 55.3HU,边缘清晰,大小为 43mm × 41mm,其间可见斑片状高密度钙化影(图 1)。增强后 CT 值上升为 74.4HU。考虑淋巴瘤可能性大。术中发现空肠距屈氏韧带约 3cm 处肠系膜有一 40mm × 40mm 大小肿块,与周围组织分界尚清,诊断为肠系膜肿瘤。病理诊断:肠系膜巨淋巴结增生(透明血管型,图 2)。

**讨论** 巨淋巴结增生症属瘤样淋巴组织增生,该病于 1956 年由 Castleman 首先报道,病因至今未明,可能是淋巴组织对某种未知抗原发生的免疫反应。该病 70% 发生于纵隔和肺门淋巴结,肠系膜少见。任何年龄均可发生,以中年患者多见<sup>[1]</sup>。病理可分为 2 型:透明血管型与浆细胞型,前者约占 80%~

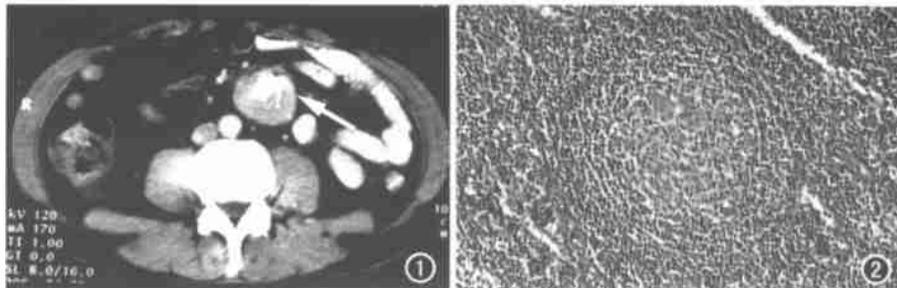


图 1 CT 示左中后腹一类圆形大小 43mm × 41mm 软组织块影,其间可见高密度钙化斑片影,呈中度强化,与周围组织分界清楚(箭)。图 2 病理图显示滤泡中央部见透明变性的小血管,周边小淋巴细胞呈同心圆层状排列。

91%<sup>[2]</sup>。CT 表现为类圆形均匀软组织肿块,边界清楚,大小不一,可有钙化,增强后可呈均匀强化,此表现均无特征性,有时与淋巴瘤或神经源性肿瘤十分相似。鉴别要点:前者多呈分叶结节状,可侵犯邻近组织、血管,病程发展快;后者常位于脊柱两侧,有时呈哑铃状,易囊变坏死。但确诊有赖于病理。本病例未考虑巨淋巴结增生的原因为属少见病、患者年龄较大、肠系膜发病少见、全身情况较差、CT 表现为多层面较大团块。

#### 参考文献

- 1 冯亮,陈君坤,卢光明,等.CT 读片指南[M].江苏:江苏科学技术出版社,2000.266.
- 2 邓仲端,刘小君,陈学诗,等.外科病理学[M].湖北:湖北科学技术出版社,1999.598-599.

(2002-03-29 收稿 2002-09-24 修回)

作者单位:312000 浙江,绍兴市第二医院放射科  
作者简介:陈新龙(1952~),男,浙江绍兴人,副主任医师,主要从事 MRI、CT 诊断研究工作。