

以影响贲门区的图像质量:①气量不足,胃底-贲门区膨胀不佳,该区粘膜皱襞互相交错重叠;②胃底-贲门区气钡涂布不均匀;③胃底正常钡池^[5]掩盖。若遇上述情况,可适量补充气量,嘱患者不要逆呃,让患者再由仰卧右侧抬高至俯卧左侧抬高,重复几次。胃底积钡时可使头侧抬高,或继续转动体位,直至钡剂流出,一般可克服上述因素的影响。此外,俯卧左侧抬高的角度应适当,角度太小或太大均容易使贲门区结构重叠,不利于发现病变。笔者的经验是在透视下动态观察直至胃底贲门区结构显示最佳,一般以抬高 45°左右为宜。

参考文献:

- [1] 苏宏,张景荣.胃双对比造影贲门区正面像对早期贲门癌的诊断价值[J].实用放射学杂志,1993,9(1):24-27.
- [2] 万向荣,宋兆祺.数字化成像钡剂上胃肠道检查的临床应用[J].实用放射学杂志,1995,11(2):87-90.
- [3] 谢敬霞,范家栋,林三仁,等.贲门区双对比造影正常形态的 X 线分析[J].中华放射学杂志,1985,19(4):235.
- [4] 林贵,张镇南,韩莘野,等.贲门癌的 X 线诊断[J].中华放射学杂志,1981,15(3):185-187.
- [5] 许达生,等.胃双重造影中的胃底钡池[J].临床放射学杂志,1983,2(4):202-204.

(收稿日期:2004-02-24 修回日期:2004-05-10)

• 病例报道 •

颅内皮样囊肿自发破裂一例

王晓明,焦鑫明,朱丽艳,李玉龙

【中图分类号】R651.1; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)11-0831-01

病例资料 患者,男,40岁。突发剧烈头痛,急诊 CT 检查发现颅后窝中线近枕内粗隆处有一大小约为 4.0 cm×4.2 cm 的类圆形低密度影,CT 值为 -50~-18 HU,周边无钙化(图 1),侧脑室、大脑纵裂池及两侧外侧裂内见散在的脂肪密度,CT 值为 -60~-18 HU,占位效应不明显,脑实质内未见低密度水肿区(图 2)。CT 诊断为皮样囊肿破裂。

患者行颅内肿瘤切除术,术中见肿瘤呈卵圆形,囊壁厚,内容为黄白色。病理诊断:皮样囊肿。术后 3 个月复查,CT 示肿瘤已全切,蛛网膜下腔脂肪滴较术前无明显变化。

讨论 颅内皮样囊肿是一种先天性肿瘤,约占颅内肿瘤的 0.2%。本病系胚胎发育过程中第 3~5 周,神经管闭合时,外胚层或中胚层细胞发生异位所致。好发于鞍旁区、半球间裂及后颅窝中线区,幕下多见,幕上少见^[1]。

本例患者无外伤及手术史,系自发性破裂。年龄依赖性激素的改变可能引起腺体分泌增多,导致肿瘤快速增大并出现自发性破裂。颅内皮样囊肿破裂使囊液通过脑脊液循环到达脑室系统或蛛网膜下腔,脑室内的脂肪滴比蛛网膜下腔容易移动,脂肪滴是否移动主要取决于其大小和局部有无炎症反应^[2]。颅内皮样囊肿破裂后囊内成分可进入蛛网膜下腔和脑室系统内,造成化学性脑膜炎,导致脑膜肉芽组织增生、血管痉挛和脑积水等。患者可出现头痛、癫痫发作及精神症状。

作者单位:735000 甘肃,酒泉市人民医院 CT 室
作者简介:王晓明(1968—),男,甘肃兰州人,主治医师,主要从事 CT 及 MRI 诊断工作。

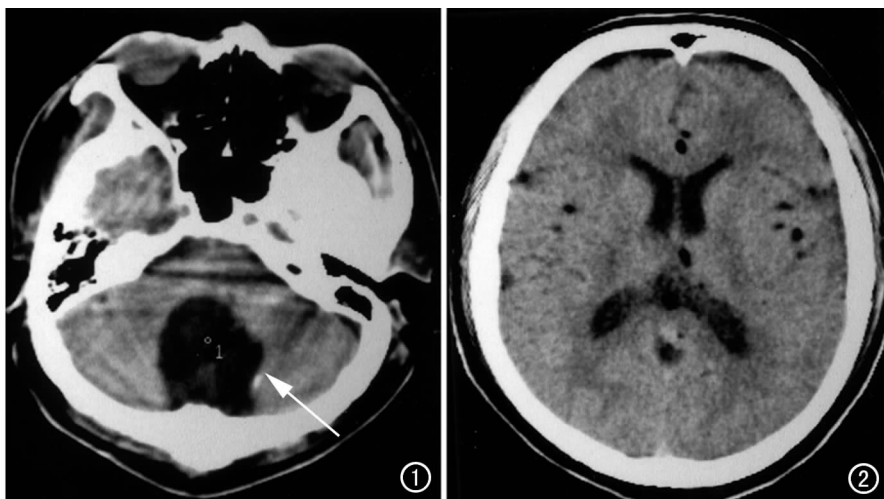


图 1 颅后窝中线近枕内粗隆处有一类圆形低密度影,周边无钙化(箭)。

图 2 侧脑室、大脑纵裂池及两侧外侧裂内见散在的脂肪密度,占位效应不明显。

CT 是诊断颅内皮样囊肿破裂的有效手段。CT 表现后颅凹中线区圆形或类圆形低密度肿物,CT 值多数低于脑脊液,边界清,可见钙化斑。溢出至脑室内和蛛网膜下腔的脂肪滴呈低密度。MRI 诊断皮样囊肿比 CT 特异性强,主要表现为后颅中线区类圆形肿物, T_1 WI 呈典型的高信号, T_2 WI 呈不均匀高信号。显示颅内散在微小脂肪滴及脂肪-脑脊液平面优于 CT。脂肪抑制技术对该病的定性诊断有很大帮助。

参考文献:

- [1] 隋帮森,吴恩惠,陈雁冰.磁共振诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1995.223-224.
- [2] 程敬亮,任翠萍,李树新,等.中枢神经系统皮样囊肿和表皮样囊肿破裂的 CT 和 MRI 诊断[J].中华放射学杂志,1998,32(2):124-126.

(收稿日期:2004-03-23 修回日期:2004-06-15)