

值,在调整参数时,需要牺牲其它方面的指标,如增加 TR,延长扫描时间,减少扫描层数等。或者尽量减少预饱和带。本组只在扫描层面近心脏侧放置预饱和带,就是为了在尽可能地抑制了绝大部分的流动伪影条件下满足 SAR 值的要求,保护患者。

利用预饱和技术抑制流动伪影在高场强 MR 成像的全身各个部位值得推广应用,特别是在 3.0T MR 系统,由于磁场高,流动伪影更加明显,在人体 SAR 值允许情况下,预饱和技术应用将大大提高图像的质量。在磁场低于 3.0T MR 系统,

由于 SAR 值不会太严格要求,预饱和技术的应用将更会得心应手。

参考文献:

- [1] 陈炽贤,高元桂.中华影像医学[M].北京:人民卫生出版社,2002. 117-118.
- [2] 胡军武,冯定义,邹明丽.MRI 应用技术[M].武汉:湖北科学技术出版社,2003. 24.

(收稿日期:2004-03-31)

• 病例报道 •

卵巢内胚窦瘤一例

蔡和,邓奇凯,程沛,汤永强

【中图分类号】R816.91; R737.31 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)12-0922-01

病例资料 患者,女,11岁。下腹部疼痛反复发作2个月,发现下腹部包块3天。体检:神志清,精神欠佳,贫血貌,下腹部膨隆,腹软,可扪及一约9 cm×10 cm的类椭圆形包块,质中、压痛明显,无反跳痛,无移动性浊音,肠鸣音存在。实验室检查:血、尿、便常规检查无异常,肝、肾功能无特殊改变,血清甲胎蛋白阳性。

X线、CT检查:结肠钡剂灌肠见乙状结肠、降结肠远端呈“弧形”向内侧推移,该段结肠袋消失。充盈像示乙状结肠近端及直肠远端外侧肠壁轮廓毛糙(图1)。

CT平扫:下腹部偏左侧见一约8 cm×11 cm×11 cm类椭圆形轮廓较光整的等、低混杂密度影,CT值为36.2~23.3 HU,该影左后方膀胱前见一1.8 cm×2.5 cm大小似三角形子宫影,膀胱底部、部分肠道、腹壁有推压征象(图2)。CT增强:经肘静脉团注60% 80 ml 泛影葡胺,20 s后,瘤体内见斑片状及结节状强化,延时15 min后仍见密度逐渐增高,瘤内低密度区影与平扫相仿,CT值为24.7 HU,瘤壁呈不规则环状强化(图3)。CT诊断:来源于卵巢生殖细胞肿瘤。

手术及病理结果:取左下腹经腹直肌切口,探查发现一9 cm×11 cm大小椭圆形包块,质中,包膜完整,表面血管丰富,来源于左侧卵巢,与直肠、乙状结肠少许粘连,分离粘连,与蒂部连同左侧卵巢一并切除,检查见子宫、直肠窝处少许糜烂(考虑肿瘤所致),附近无肿大淋巴结。病理诊断:左侧卵巢内胚窦瘤。

讨论 内胚窦瘤又名卵黄囊瘤,来源于生殖细胞。是小儿生殖细胞来源的恶性肿瘤中最常见的一种肿瘤。恶性程度较高,发病年龄4月~14岁,绝大多数在3岁以内。以性腺(睾丸、卵巢)及骶尾部最为多见。其它可发生在后腹膜、阴道、外阴、横膈、大网膜等。也可发生在松果体、Ⅲ脑室、眼眶及肝脏等。发生于卵巢者可直接浸润卵巢被膜向腹膜后及盆腔生长。一般瘤体大,单侧多见,其形态为圆形或卵圆形^[1]。本例标本切开后见海绵状灰黄色组织,易破裂,为卵黄囊瘤内胚窦样型。

作者单位:334500 江西,铅山县中医院放射科(蔡和、邓奇凯、汤永强);上海市杨浦区控江医院放射科(程沛)

作者简介:蔡和(1957-),男,江西人,副主任医师,主要从事医学影像诊断研究。

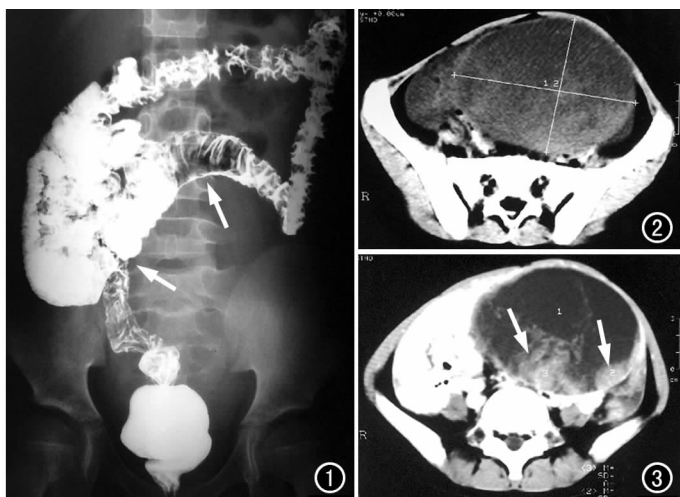


图1 结肠钡剂灌肠,示乙状结肠、降结肠远段呈“弧形”向右上推移(箭)。图2 CT平扫盆腔偏左侧见一约8 cm×11 cm×11 cm类椭圆形边缘光整等、低密度肿块影,未见钙化及脂肪成分影。CT值为36.2~23.3 HU。图3 增强扫描示肿瘤呈不均匀强化,瘤内可见较大强化结节灶(箭)。

组织学认为其起源于未分化或潜能的胚胎性癌,并向卵黄囊或卵黄结构分化。内胚窦由血管袖套结构构成,其特点是毛细血管周围有一窄的结缔组织带,外表面被覆立方的胚胎上皮样细胞,是卵黄囊瘤内胚窦样型的诊断特征^[2]。

卵巢内胚窦瘤国内报道较少,由于内胚窦瘤组织为海绵状、质脆、易破裂出血,故CT平扫呈等、低混杂密度影。瘤内血管丰富,粗细不均,迂曲成团,故静脉增强瘤体呈不规则强化,但影像学上仍缺乏特异性,需与卵巢囊肿、畸胎瘤等鉴别。

参考文献:

- [1] 乐杰,丰有吉.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2002. 337.
- [2] 陈乐真,张雅贤.妇科诊断病理学[M].北京:人民军医出版社,2002. 325-326.

(收稿日期:2004-07-08)