

随着 CT 及 MRI 的普及和应用, 异源性多发颅内肿瘤的早期诊断得到了可能。尤其在使用 MRI T₂WI 和增强技术时, 在检出病变或显示其与邻近结构的关系及肿瘤定性方面均优于 CT。此类病应注意需与多发性脑膜瘤、颅内多发性转移瘤、神经纤维瘤病及某些遗传综合征合并脑肿瘤相鉴别。

参考文献:

- [1] Miyagi A, Maeda K, Sugawara T, et al. Triple Primary Intracranial Tumors of Different Cell Types: a Case Report [J]. No Shinkei Geka Neurological Surgery, 1995, 23(6): 531-536.
- [2] Butti G, Giordana MT, Paoletti P, et al. Multiple Primary Intracranial Tumors of

Different Cell Types: Association of Anaplastic Astrocytoma and Acoustic Neuroma with Review of the Literature [J]. Surg Neurol, 1982, 18(2): 336-342.

[3] Schoenberg BS. Multiple Primary Neoplasms and the Nervous System [J]. Cancer, 1977, 40(11): 1961-1967.

(收稿日期: 2005-12-19)

• 病例报道 •

急性胰腺炎并发脾静脉栓塞及巨脾一例

张继军, 王隽, 段建国

【中图分类号】R814.42; R576 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)10-1079-01

病例资料 患者, 女, 42 岁, 因渐进性腹痛 2 个月, 持续性上腹伴腰周疼痛 4d 入院。入院时体温 38.4℃, 血常规: WBC $16 \times 10^9/L$, RBC $3.2 \times 10^{12}/L$, Hb 105 g/L, PLT $310 \times 10^9/L$, 血淀粉酶 17.2 U/L, 尿淀粉酶 1230 U/L, 血 Ca²⁺ 及血糖正常。查体: 精神差, 表情痛苦, 心肺未见异常, 腹平坦, 未见腹壁静脉曲张, 剑突下压痛, 无肌紧张, 无反跳痛, 肝不大, 脾大, 肋缘下 12 cm, 最远点距肋缘下 15 cm, 向右超过腹正中线 1 cm, 边缘锐利, 质地中等硬, 触痛, 表面不平, 移动性浊音(-)。初步诊断: 急性胰腺炎; 脾大待诊? 抑制胰酶分泌, 抗炎, 支持治疗, 3d 后腰痛稍减轻, 体温恢复正常, 脾脏无明显缩小。

CT 平扫加增强扫描: 胰腺弥漫性肿大, 胰周脂肪间隙消失, 胰腺内见不规则的片状高密度及不规则的低密度灶(图 1), 胃底及脾脏内缘见多个团状的血管影呈串珠状, 且部分血管内见低密度的缺损影, 脾巨大(图 2), 且增强后脾脏内见小片状低密度, 肝脾包膜下积液并双侧胸腔少量积液。CT 诊断: 急性胰腺炎并灶状出血及坏死、肝脾包膜下积液并双侧胸腔少量积液; 巨脾并脾静脉栓塞可能。B 超显示: 急性胰腺炎; 巨脾并脾静脉栓子形成; 腹腔少量积液。转外科剖腹探查: 脾明显增大, 约 20 cm × 15 cm × 15 cm, 与胰体、尾部粘连明显, 胃网膜血管内有成串的血栓形成, 质硬, 呈黑红色, 分别游离切断胃脾韧带、降结肠韧带, 游离出脾下极, 将脾切除。术后结果: 巨脾, 网膜血管栓塞。病检: 淤血性脾肿大、静脉血栓。15d 后患者一般情况良好, 出院。

讨论 急性胰腺炎分为轻型急性胰腺炎(mild acute pancreatitis, MAP)和重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP), 前者病理表现为间质水肿, 后者绝大多数病理表现为胰腺坏死^[1]。急性胰腺炎的脾脏并发症包括脾静脉血栓形成、假性囊肿、脾栓塞、坏死、水肿、血肿等, 发生率仅 1%~5%^[2]。本

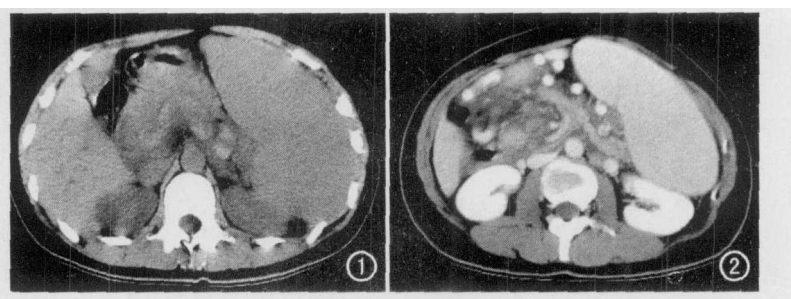


图 1 CT 平扫胰腺肿大, 胰周脂肪间隙消失, 胰腺内见灶状高密度, 脾脏大。图 2 CT 增强扫描示胃底及脾脏内缘见多个团状的血管影呈串珠状, 且部分血管内见低密度的缺损影, 脾巨大。

例临床符合急性胰腺炎表现, CT 检查见胰腺弥漫性肿大、水肿, 并有灶状出血及坏死, 完全符合急性胰腺炎的诊断。急性胰腺炎引起蛋白分解酶的释放和直接的血管炎致血液高凝状态和血管栓塞, 以门静脉系统栓塞最为多见, 水肿的胰腺压迫脾静脉或脾静脉栓塞, 引起脾静脉阻塞, CT 和 MRI 都可检出。脾大主要是由急性胰腺炎引起, 可能原因^[2,3]是: 胰尾部及周围发生炎症, 直接或通过脾肾韧带波及脾。胰腺炎造成胰床血管(脾动脉、胃十二指肠动脉、肝动脉)受压, 血栓形成及侧支循环建立, 主要累及脾动脉, 造成脾充血肿大; 而胰腺病变是脾静脉血栓形成的最常见原因。急性胰腺炎继发脓毒症, 可引发急性脾炎, 导致脾大。

总之, 急性胰腺炎并脾大时, 须行 CT 增强扫描了解门静脉系情况, 以便早期防治, 提高治愈率。

参考文献:

- [1] 中华医学会外科学会胰腺学组. 急性胰腺炎的临床诊断及分级标准 [J]. 中华外科杂志, 1997, 35(11): 773-774.
- [2] Rybins F, Deviere J, Zalcmann M, et al. Splenic Parenchymal Complication of Pancreatitis: CT Findings and Natural History [J]. J Comput Assist Tomogr, 1997, 21(1): 89-90.
- [3] 高立, 郑晓华, 鄢广平. 急性胰腺炎脾大的 CT 与临床相关性分析 [J]. 临床放射学杂志, 2004, 23(10): 879-881.

(收稿日期: 2005-11-14 修回日期: 2006-01-24)

作者单位: 843000 新疆阿克苏地区第一人民医院 CT 室(张继军、段建国), 消化内科(王隽)
作者简介: 张继军(1977-), 男, 新疆阿克苏人, 医师, 主要从事 CT 诊断。