

急性坏疽性胆囊炎穿孔并出血误诊一例

· 病例报道 ·

宋庆轮, 陈卫霞, 陈军法

【中图分类号】R814.42; R657.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)11-1191-02

病例资料 男, 46 岁, 汉族。发现胆囊结石 8 年, 因间断性腹痛 8 年伴加重 3 天入院。查体: 皮肤、巩膜无黄染, 腹平软, 无压痛、反跳痛及肌紧张, 无恶心、呕吐及发热, 移动性浊音(-), 肠鸣音正常。实验室检查: 白细胞计数(WBC) $3.68 \times 10^9/L$, 红细胞计数(RBC) $3.22 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白(HG) 91 g/L, 甲胎蛋白(AFP) 3.82 ng/ml。

B 超: 胆囊区未见正常胆囊声像图, 仅见大小约 11.0 cm × 6.0 cm 的杂乱回声团, 内部回声强弱不等, 部分与肝界限不清。提示胆囊病变, 不排除癌伴肝浸润。

CT 检查: 胆囊体部见稍高密度肿块影, 边界清晰(图 1), 增强动脉期、门脉期均无强化(平扫、动脉期、门脉期 CT 值分别为 58、60 和 60 HU)。胆囊颈部见直径约 1.0 cm 的阳性结石。胆囊邻近肝实质内见 7.0 cm × 4.0 cm 肿块影(图 1), 与胆囊分界不清, 平扫呈等密度, 增强扫描动、门脉双期均无强化(平扫、动脉期、门脉期 CT 值分别为 62、60 和 59 HU), 门脉期密度低于相邻肝组织(图 2~4)。上腹部脂肪间隙清晰, 无腹腔积液, 腹腔及腹膜后间隙无肿大淋巴结。考虑: 来源于肝脏间质的肿瘤, 侵犯胆囊; 胆囊颈部结石。

手术所见: 肝脏色泽正常, 右叶前胆囊床区域见约 7.0 cm × 6.0 cm 大小血肿, 呈暗红色, 胆囊被大网膜包裹, 呈坏疽状, 大小约 8.0 cm × 3.0 cm, 壁厚约 0.5 cm, 胆囊颈部有一枚约 1.0 cm 的结石; 胆总管直径约 0.6 cm, 无结石。

病理诊断: 慢性胆囊炎急性发作, 伴出血及机化、血肿形成。

讨论 急性胆囊炎约 10%~15% 的病例可发生胆囊坏疽或穿孔。病因包括细菌感染、胆囊管梗阻或胰液向胆囊管返流等。90% 病例存在胆囊梗阻, 由于胆囊内胆汁引流不畅, 浓缩的胆汁刺激胆囊黏膜, 发生化脓性炎症, 黏膜分泌增加, 腔内压

力增大, 当胆囊压力增高时使胆囊壁受压迫导致血液循环障碍发生坏疽, 甚至穿孔^[1]。

本例由于胆囊颈部结石致梗阻并发坏疽性胆囊炎、胆囊穿孔并出血, 血肿聚集于胆囊窝内、胆囊与肝组织之间, 腹腔内无游离积液(血), 无剧烈腹痛, 无胆汁性腹膜炎的典型症状及体征, 此类病例临床极少见, 故临床及影像学易误诊^[2-3]。CT 扫描胆囊外形存在, 大小无异常, 肝实质内肿块平扫及增强后动脉期无强化、与相邻肝组织密度一致, 无分界, 腹腔内无游离积液, 上腹部脂肪间隙清晰, 故误诊为来源于肝脏间质的肿瘤。

术后回顾性分析, CT 平扫显示胆囊体部及邻近肝实质内呈软组织密度肿块, 动、门脉双期无强化, 提示少血供或无血供; 增强后动脉晚期门脉早期 CT 扫描该肿块仍无强化, 而相邻正常肝组织呈均匀明显强化, 两者之间分界清晰, 故应考虑该肿块位于肝外; 选用门脉期所采集数据行冠状面 MPR 重组, 更清晰地显示了肿块与邻近正常肝组织有明确分界, 且肝脏轮廓清楚、外形正常, 进一步表明该肿块位于肝外, 且为无血供的软组织密度肿块, 血肿可能性较大, 结合患者有慢性胆囊炎、胆结石病史, 胆囊穿孔是可能的病因。此外, CT 及术中均显示血肿局限于胆囊与肝右叶脏面之间, 且肝脏表面光整, 考虑胆囊穿孔的部位应在胆囊与肝床之间无腹膜覆盖的区域(但由于胆囊呈坏疽状, 术中亦不能准确判断穿孔的部位), 且由于大网膜包裹, 因此, 该患者未出现腹腔游离积液(血)和广泛的胆汁性腹膜炎。

在分析 CT 征象时, 不仅应重视病灶的大体形态和解剖部位, 还应根据平扫和增强后动态扫描各时相病灶的强化特征判断其血供、与邻近组织器官的关系, 充分利用图像后处理技术, 多平面三维显示病变与邻近组织器官的空间关系, 以利于准确



图 1 CT 平扫示胆囊(箭)体呈稍高密肿块影(手术证实系胆囊血肿), 与相邻肝实质分界清晰, 肝右叶前下段外形膨隆, 密度均匀(手术证实系胆囊与肝之间血肿)。图 2 增强后动脉期扫描示胆囊体部(箭)肿块无强化, 肝右叶前下段外形膨隆, 密度均匀、无强化。图 3 增强后门脉期扫描, 示肝右叶前下段呈均匀强化, 其前方肿块无强化, 相邻脂肪间隙清晰, 无强化肿块与相邻正常肝组织分界清晰(箭)。图 4 门脉期扫描、冠状面 MPR 图像, 示肿块(箭)位于肝右叶下方、与肝脏分界清晰(术后证实系胆囊床区域血肿), 并可见胆囊颈部结石, 上腹部脂肪间隙清晰。

作者单位: 610041 成都, 四川大学华西医院放射科

作者简介: 宋庆轮(1975-), 男, 四川眉山人, 硕士研究生, 医师, 主要从事腹部影像诊断工作。

判断病变的解剖位置和作出正确的定性诊断。此外,解释影像表现时应全面了解患者的临床症状、体征和病史。

参考文献:

- [1] 吴在德. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 630.
[2] Cheng SM, Ng Sp, Shin SI. Hyperdense Gallbladder Wall Sign; an

Overlooked Sign of Acute Cholecystitis on Unenhanced CT Examination[J]. Clin Imaging, 2004, 28(2): 128-131.

- [3] Singh AK, Sagar P. Gangrenous Cholecystitis: Prediction with CT Imaging[J]. Abdom Imaging, 2005, 30(2): 218-211.

(收稿日期: 2006-01-21)

东芝 500mA 数字胃肠机使用体会

· 经验介绍 ·

陈俊源

【中图分类号】R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)11-1192-01

随着 CR 和 DR 的出现,从胶片采集显示向数字采集/电子传输发展,影像存储由胶片硬拷贝向软拷贝无胶片发展。而数字胃肠机的出现拓展了放射科的检查范围,为临床提供了更直观、早期和更具有价值的诊断信息。现将我科于去年新进的一台日本东芝 500mA 数字胃肠机(ADR-1000A)的使用体会作一介绍。

1. ADR-1000A 的主要工作特点

本机采用的是 Microsoft WindowsNT 操作系统,它可进行普通的胶片摄影和特殊检查时的数字化图像处理。进行数字化图像处理时它能同时进行图像的显示及采集处理。根据不同需要选择不同的采集计划。包括连续透视、脉冲透视、采集及采集前计划的选择。摄取的图像会立刻在显示屏上显示,并可选择回放图像及复制、删除图像、储存图像等。

数字脉冲采集图像的方式。①采集单幅图像:曝光后即可进行采集,每曝光一次只采集一帧图像;②序列采集:能根据不同需要制定不同采集计划,每曝光一次可采集多帧图像,如果放开曝光按钮采集将停止。

检查类型:①DR,透视和单次脉冲采集;②普通摄影(非数字化),将诊断床直立 90°,将球管向床外转动 45°,采用立式胸片架,可进行成人胸片摄影,尚能利用床下片架 14×17 胶片进行腹平片摄影。

菜单有:病人登记、采集、档案管理、观察图像、打印预览等。①病人登记:点击病人登记表符,进入病人登记,可输入病人一般项目,如出生年月、性别、检查类型。请注意,已登记的病人 ID 号不能删除,只能修改,但其图像可删除;②图像采集:能进行透视和图像采集(DR);③档案管理:从硬盘和其它盘中选择和回放图像、拷贝图像、保护和保护图像、删除数据、格式化、补救功能、传送图像、快速浏览等。在删除的选择下能从储存盘中永久删除病人检查的系列化图像,但是已登记的 ID 号码不能删除,只能修改;④浏览:把拍摄的图像发送到图像处理界面,选中并根据需要处理图像;⑤拍片预览:可以在打印前对图像进观察、排版处理。

2. 使用中遇到的问题和应对方法

当操作中无意把病人的图像输入到另一个病人的 ID 号上

时,此时两人只能共用一个 ID 号,系统没有设置将两个病人的图像分开来重设 ID 号的方法。一旦出现这种情况,只能分别修改两个病人的资料并将其图像打印出来,并在登记本注明,否则会造成号码混乱出现医疗差错。

病人资料需要储存刻录成高密度光盘,以节约成本。

快速调取复查病人以前的图像资料。进入“病人登记”对话框,点击窗口下面的“data bas”,将病人旧的 ID 号准确输入 patient ID 框内,再点击“OK”,病人过去的一般项目即显示在“patient list”对话框中,再点击“OK”就可以进行摄影检查了。摄影后可以在“档案管理”看到病人目前和历史的图像资料。

打印图像时,如遇停电显示屏的任务栏上打印机图标显示红色表示出现故障,不能执行打印任务。此时点击打印机图标,打开打印机资料对话框(Laset-print queue)把刚才发送过去的图像删除,再重新发送即可。

运用床下片架盒拍摄腹平片关不好片架盒盖,或使用压迫器未能归位都会在控制台上显示不能透视或进行数字化摄影的故障图标,这时都要将上述部件归位方能继续数字化摄影。

此机专为胃肠检查而设计,能满足不同的胃肠检查要求,也可做输卵管造影和泌尿系检查。泌尿系检查时诊断床上没有设计安装压迫带的槽,不能使用压迫带,可视情况采取头低脚高位。不提倡对婴幼儿进行点片摄影,原因是此机曝光时间长,不易拍到吸气相;另一原因是点片摄影使儿童接受 X 线剂量过大,不利于对其进行 X 线的防护。还由于其球管与床面距离不能调整,显示视野固定,更不利摄物体影像的完整摄入。

3. 运用 ADR-1000A 来进行输卵管造影的体会

1 年来共做了 246 例子官输卵管造影,刚开始有 32 例输卵管各部显示不很理想。其原因可能是我们采用的是 38% 泛葡胺对比剂,经导管进入输卵管各部并扩散到盆腔的速度太快,而起初采用的单帧图像采集模式每曝光一次只采集一帧图像,每次曝光的速度跟不上对比剂在输卵管内行走的速度,往往是图像没拍完对比剂就进入盆腔形成涂抹征反过来掩盖输卵管,使其行程显示不清。之后我们改用数字脉冲序列采集,每曝光一次能采集多帧图像(可设定每秒采集 2~4 帧图像),这种方法能及时拍到输卵管的各行程,更利于显示堵塞部位,便于临床医生对其进行观察和治疗。

(收稿日期: 2006-02-28)

作者单位: 530011 广西,南宁市妇幼保健院放射科

作者简介: 陈俊源(1966-),男,广西陆川人,主治医师,主要从事儿童影像诊断研究工作。