

- 变分析[J]. 中华肾脏病杂志, 2003, 19(2): 120-122.
- [2] 罗世祺. 儿童颅内肿瘤[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 341-346.
- [3] 薛鹏, 杨继周, 皇甫幼田, 等. 结节性硬化症合并双肾巨大血管平滑肌脂肪瘤一例[J]. 医学影像学杂志, 2004, 14(4): 264-268.
- [4] Martin IR, Mark AB. Manual of Clinical Problems in Urology First Edition[M]. USA. 1989. 23-24.
- [5] 方卫华. 结节性硬化症合并双侧多发肾血管平滑肌脂肪瘤 4 例报告[J]. 安徽医学, 2004, 25(4): 327-328.
- [6] 时惠平, 鲁晓燕, 张挽时, 等. 结节性硬化症的 MRI 和 CT 诊断[J]. 空军总医院学报, 2000, 16(3): 134-135.
- (收稿日期: 2006-07-10)

• 病例报道 •

CT 和 X 线胃底假肿瘤征象一例

李小晶

【中图分类号】R573; R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)05-0543-01

病例资料 女, 69 岁, 1 个月来食欲下降, 胃胀隐痛, 体重明显下降。查体: 腹部柔软, 未扪及明显包块。患者有系统性红斑狼疮病史 15 年, 高血压、慢性支气管炎病史三十余年。实验室检查: 大便潜血试验(++) , 癌胚抗原 CEA 6.49, 肾功能不全, 甲状腺功能减退, 临床为排除胃部肿瘤行钡餐检查。

钡餐检查: 胃底显示一软组织肿块, 食道下端明显受压(图 1a、b)。诊断: 胃底占位性病变。

胃部 CT 检查: 扫描前晚禁食, 第二天饮清水 500 ml 后仰卧轴面扫描, 层厚 5 mm, 因患者体质虚弱, 不能适应增强检查。

CT 显示胃腔中度充盈, 胃底组织非对称性明显增厚, 向腔内生长, 最厚处约 20 mm, 表面不光滑, 浆膜面光滑正常。腹腔内未见明显肿大的淋巴结(图 1c)。CT 诊断: 胃底肿瘤性病变可能, 建议进一步检查排除胃癌。

胃镜检查: 全胃黏膜肿胀增粗, 呈蛇皮样改变, 黏膜柔软, 蠕动正常, 胃底部未见肿瘤病变。胃镜诊断: 全胃炎。

几日后, 再次行胃部气钡双重造影及口服产气粉后胃 CT 检查, 肿块影消失(图 2)。

讨论 胃部 CT 正确的检查方法为: 空腹, 检查前 5~10 min 常规肌肉注射 654-2 20 mg, 口服产气粉 3~6 g。饮水或阳性造影剂 500~600 ml。常规采取仰卧位, 扫描范围由左膈顶至胃下级, 贲门部的病灶扫描范围应包括食道下段。螺旋扫描, 层厚 5 mm, 螺距 1~2, 扫描速度至最快挡(1 秒或亚秒)。重建间隔 2~3 mm。如有条件可采取实时扫描。发现可疑病灶应该行增强检查。

正常胃部 CT 表现为: 胃适度扩张, 厚度均匀, 正常胃壁厚度范围 2~5 mm。约 38% 正常人食道胃底连接处由于小网膜囊远端食道纤维和筋膜在此处融合, 造成此处组织增厚, 偶尔

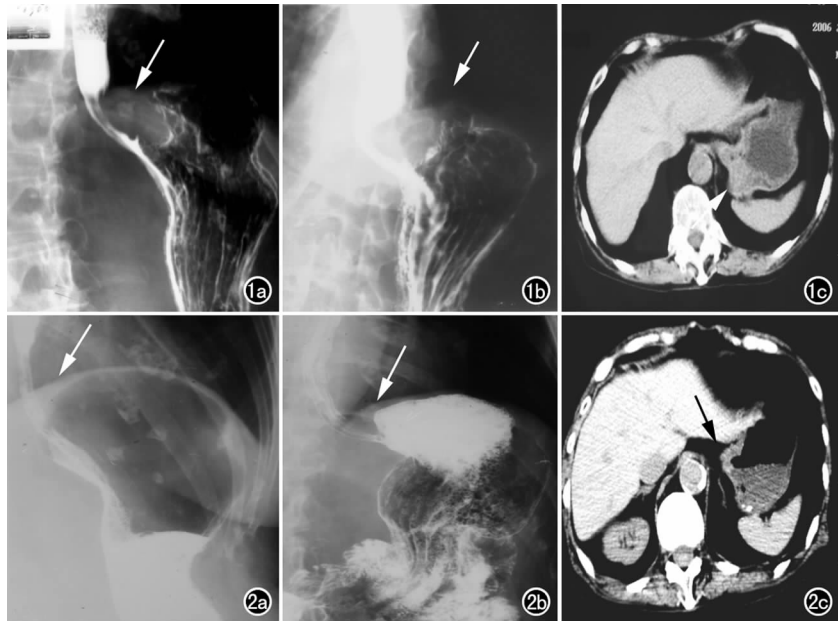


图 1 钡餐示胃底一软组织肿块, 食道下端明显受压(箭)。a) 正位; b) 侧位; c) CT 示胃底组织非对称性增厚, 向腔内生长, 最厚处约 20mm, 表面不光滑(箭)。图 2 a) 胃部气钡双重造影检查, 肿块影消失(箭); b) 充盈像; c) 口服产气粉后 CT 示胃底部软组织团块影消失(箭)。

胃底不能充盈, 在脊柱左侧降主动脉前方出现软组织肿块。但此处平均厚度不超过 5 mm^[1]。

X 线钡餐检查正常表现, 一般胃底与横膈距离在 15 mm 以下, 平均 7~8 mm, 如增大应考虑胃底肿瘤、肝左叶肿大、膈下脓肿、腹水等情况的存在。

此例患者在第一次钡餐及 CT 检查时, 出现假肿瘤征象, 另外由于存在检查缺陷: 没有行 X 线吞钡充盈相及仰俯卧位检查, CT 平扫前未注射 654-2 及口服产气粉, 没有行 CT 增强检查。虽然部分因素是客观造成, 但检查常规程序不到位是产生假象的主要原因。在日常工作中应引起重视。

参考文献:

- [1] 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 2000. 131.

(收稿日期: 2006-11-02)