

2003,160(10):1836-1841.

- [4] 林铮,李惠春,龚向阳,等. 抑郁症患者前额叶、海马磁共振质子波谱成像的研究[J]. 中华精神科杂志,2005,38(4):193-197.
- [5] 黄延焱,吴晓,朱珍,等. 卒中后伴发抑郁障碍患者的脑磁共振波谱分析研究[J]. 中华精神科杂志,2005,38(2):105-107.
- [6] 林明方,李建军,王桂华,等. 抑郁症首次发病患者三维磁共振氢质子波谱的分析研究[J]. 中华精神科杂志,2006,39(1):5-8.
- [7] Vythilingam M, Charles HC, Tupler LA, et al. Focal and Lateralized Subcortical Abnormalities in Unipolar Major Depressive Disorder: an Automated Multivoxel Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Study[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(7): 744-750.
- [8] Hamakawa H, Kato T, Murashita J, et al. Quantitative Proton Magnetic Resonance Spectroscopy of the Basal Ganglia in Patients with Affective Disorders[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 1998, 248(1): 53-58.
- [9] Renhaw PF, Lafer B, Babb SM, et al. Basal Ganglia Choline Levels in Depression and Response to Fluoxetine Treatment: an in Vivo Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Study[J]. Biol Psychia-

try, 1997, 41(8): 837-843.

- [10] Kumar A, Thomas A, Lavretsky H, et al. Frontal white Matter Abnormalities in Late-life Major Depression Detected with Proton Magnetic Resonance Spectroscopy [J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(3): 630-636.
- [11] Haydon PG. GLIA: Listening and Talking to the Synapse[J]. Nat Rev Neurosci, 2001, 2(1): 185-193.
- [12] Vythilingam M, Charles HC, Tupler LA, et al. Focal and Lateralized Subcortical Abnormalities in Unipolar Major Depressive Disorder: an Automated Multivoxel Proton Magnetic Resonance Spectroscopy Study[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(7): 744-750.
- [13] Smith EA, Russell A, Lorch E, et al. Increased Medial Thalamic Choline Found in Pediatric Patients with Obsessive-compulsive Disorder Versus Major Depression or Healthy Control Subjects: a Magnetic Resonance Spectroscopy Study[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(12): 1399-1405.

(收稿日期:2007-04-26 修回日期:2007-05-22)

• 病例报道 •

CT 误诊肠系膜血肿一例

罗道首, 欧陕兴, 钱民

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)07-0682-01

病例资料 患者,男,65岁,于一年前出现下腹部阵发性疼痛,无畏寒、发热、恶心、呕吐,当时未予重视,半月前因高血压入住当地医院,口服西洋参口服液后出现上腹部持续性疼痛,无放射痛和牵涉痛,伴有呕吐,呕吐物为胃内容物,呈清色,每天2~3次,无发热、畏寒。体格检查(专科情况):上腹部剑突下有明显压痛,无反跳痛,有扣击痛,扣诊无移动性浊音。消化道造影示十二指肠降段扩张,对比剂通过水平段受阻,肠黏膜未见明显破坏(图1)。CT扫描示十二指肠水平段可见一囊实性肿块,其内实性成分密度较高,CT值约61.4 HU,增强后病灶强化不明显,CT值约67.3 HU,囊性低密度影不强化;肿块边缘有包膜,但与十二指肠水平段分界不清,水平段和下腔静脉受压、管腔变窄(图2、3),考虑为十二指肠水平段间质瘤可能性大。

手术中见小肠炎性粘连形成包块,系膜处有一巨大血肿,压迫十二指肠而无法分离,剪开血肿,约流出200 ml陈旧性血液。病理诊断:肠系膜血肿、囊壁纤维结缔组织增生伴异物巨细胞反应增生,肠系膜充血水肿。

讨论 肠系膜血肿的相关报道少见,往往因没有足够的认识而误诊。回顾性分析本病例,部分特点符合间质瘤的诊断:老年男性,发生在胃肠道区域的囊实性肿块,与十二指肠水平段分界不清,有包膜,有占位效应。但存在较多的不支持点:无

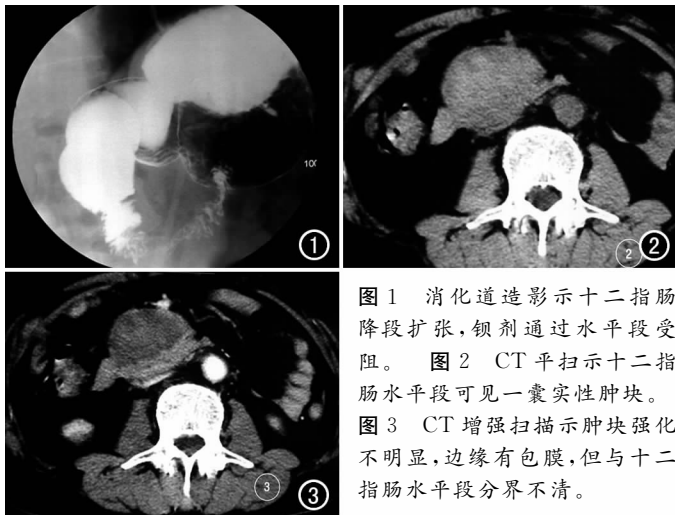


图1 消化道造影示十二指肠降段扩张,钡剂通过水平段受阻。图2 CT平扫示十二指肠水平段可见一囊实性肿块。图3 CT增强扫描示肿块强化不明显,边缘有包膜,但与十二指肠水平段分界不清。

消瘦、呕血及黑便等临床病史,影像上病灶液性成分较多,实性成分在平扫时CT值较高,达60 HU左右,应考虑到出血的可能,且无明显强化;病灶对十二指肠呈外压性改变,十二指肠无明显破坏,提示病灶属肠管外起源。因此,笔者认为:①胃肠道区域的肿块应考虑到间质瘤的可能性,但其它相关病变亦不容忽视;②重视定位诊断,区别胃肠道与邻近组织(如肠系膜)来源的病变,可以考虑利用增强、薄扫、放大等扫描技术,观察病变与胃肠道的相关性与连续性;③综合分析各种影像学表现,有助于诊断和鉴别诊断。

(收稿日期:2007-01-01)

作者单位:510010 广州,广州军区广州总医院放射科

作者简介:罗道首(1982-),男,广东兴宁人,住院医师,主要从事胸部腹部影像学研究工作。