

• 病例报道 •

多排螺旋 CT 诊断急性重症胰腺炎并发十二指肠痿二例

周舒畅, 胡道予

【中图分类号】R814.42; R657.51; R656.64 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)10-1170-02

病例资料 病例 1, 患者, 男, 50 岁。过度饮酒后右上腹持续剧烈疼痛, 伴腹胀、恶心、呕吐, 诊断为急性胰腺炎, 不规则间断抗感染, 抑酸, 支持对症等治疗近 4 个月后有间断腹痛, 腹部饱胀入院。腹部 CT 平扫报告为胰腺炎(坏死型)伴少量腹水, 胆囊肿胀, 胃壁水肿; 脾梗死; 坏死胰腺内积液积气, 疑十二指肠降部痿, 建议消化道碘水造影检查。口服 60% 泛影葡胺 60 ml 消化道碘水造影报告未见明显十二指肠痿。30 min 后即行腹部 CT 平扫并薄层重建发现十二指肠降部腔内对比剂呈细条状突向胰头区域。诊断: 重症胰腺炎并十二指肠痿(图 1)。

病例 2, 患者, 男, 43 岁。两周前餐后持续腹痛、腹胀, 伴呕吐, 诊断为急性胰腺炎入院。腹部 CT 增强显示胰腺周围大量积液聚集, 胃后壁水肿, 增强可见胰腺呈环形不规则强化, 十二指肠球部内侧壁可疑缺损, 重组图像清晰显示该处肠壁裂隙状缺损, 口服 60% 泛影葡胺 60 ml 消化道碘水造影示十二指肠球部内侧碘水溢出, 形成不规则痿腔。诊断: 重症胰腺炎并十二指肠痿(图 2)。

讨论 重症胰腺炎可以导致多种并发症, 如胰腺脓肿、胰腺假性囊肿、多器官功能衰竭等, 十二指肠痿为其少见且严重

的并发症之一^[1], 到目前为止, 此类病例报道尚少, 且多数报道患者预后不良^[2]。现认为急性胰腺炎引起十二指肠痿的主要原因可能是由胰腺渗出物的自消化作用或者胰头邻近组织释放的毒性物质累及十二指肠微循环造成的十二指肠壁的直接损伤^[3]。十二指肠病变临床多采取传统造影或消化内镜检查, 理论上两者均可作出诊断, 临床常作为首选检查方法^[4]。十二指肠痿在常规胃肠道碘水造影检查中可表现为对比剂外溢, 病例 2 中可见此征象, 而病例 1 则未见明显对比剂漏出, 其原因可能是十二指肠痿口小, 溢出对比剂少, 口服碘水造影检查由于分辨力的限制而不显示, 它提示口服碘水造影诊断十二指肠痿存在一定局限性。日益普及的 MDCT 因为具有快速采集、微体素成像、更高的空间分辨率及强大的图像后处理功能等优点, 目前应用于胃肠病变诊断的报道日益增多^[5]。十二指肠痿在 CT 上的直接征象为肠壁缺损, 同时, 胰腺内和/或胰周可见不同程度的积气, 积液。前述两病例腹部增强 CT 均发现胰腺内和/或胰周有液体和气体聚集, 结合薄层重建及后处理均发现肠壁缺损存在。以上两个病例我们可以得出结论: 凡 CT 显示胰腺区域内和/或胰周有气体液体聚集, 即要考虑痿的可能。



图 1 病例 1。a) 胰腺 CT 平扫示胰腺形态异常, 胰周渗出, 胰头、尾部局限性液体及气体(箭), 十二指肠降部可疑痿口; b) 放大图示十二指肠降部肠壁缺损(箭); c) 口服碘水造影半小时后 CT 平扫示十二指肠腔内对比剂外溢至胰头区(箭), 胰头肿胀, 十二指肠壁显示欠清; d) 冠状面重组图像示十二指肠球降部交界处腔内对比剂外溢更为清楚(箭); e) 口服碘水造影示十二指肠降部痉挛, 未见明显碘水自十二指肠外溢征象。



图 2 病例 2。a) 胰腺 CT 增强示胰腺增粗, 不均匀强化, 胰腺体尾部液化性坏死及散在气体(白箭), 肾前筋膜增厚, 胃后壁水肿, 十二指肠球部内侧壁缺损(黑箭); b) MPR 重组冠状面图像示病变累及肾前区域(箭); c) MPR 重组矢状面图像示病变累及腹膜后肾前区域(箭); d) 口服碘水造影示碘水自十二指肠球部内侧溢出(箭)。

由于 CT 的组织分辨力明显高于常规造影检查, 而且其强大的后处理及薄层重建技术更提高了微小病变的诊出率, 故对于怀疑继发肠痿的重症胰腺炎, 均应进行 CT 扫描并辅以薄层重建及后处理以更利于痿口的显示。

参考文献:

- [1] Sakorafas GH, Tsiotos GG, Sarr MG. Experience with Duodenal Necrosis. A Rare Complication of Acute Necrotizing Pancreatitis[J]. Int J Pancreatol, 1999, 25(2):147-149.
- [2] Colovic R, Grubor N, Radak V, et al. Necrosis of the Duodenum Resulting from Acute Necrotising Pancreatitis and Treated with Complete Duodenopancreatectomy [J]. Srp Arh Celok Lek, 2005, 133(11-12):510-513.
- [3] Takeyama Y, Ueda T, Hori Y, et al. Duodenal Necrosis Associated with Acute Pancreatitis[J]. Pancreas, 2001, 22(2):217-219.
- [4] Horton KM, Fishman EK. MDCT of the Duodenum: Technique and Clinical Applications[J]. Crit Rev Comput Tomogr, 2004, 45(5-6):309-334.
- [5] 胡道予. 消化道出血及小肠病变多排 CT 的临床应用[J]. 放射学实践, 2005, 20(1):84-86.

(收稿日期:2008-10-06 修回日期:2008-11-08)

• 病例报道 •

卵巢子宫内膜样肿瘤二例

孟令平, 刘恩涛, 鹿彤, 洪玉萍

【中图分类号】R445.2; R737.31; R737.33 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)10-1171-02

病例资料 病例 1, 女, 49 岁。发现盆腔肿块 3 年余。无腹痛、无阴道流血。既往因左卵巢子宫内膜异位囊肿行部分卵巢切除术 4 年。妇科检查: 宫颈轻度糜烂, 子宫无抬举痛。子宫左侧扪及直径约 6 cm 肿块, 边清, 囊性, 无压痛。右侧附件无特殊。实验室检查: CA125、AFP 在正常值范围。超声检查: 子宫大小 3.5 cm×4.7 cm×4.2 cm, 内膜厚约 0.8 cm, 子宫右侧方见液性暗区, 子宫左侧见 4.4 cm×4.6 cm×7.6 cm 混合性光团, 边界欠清, 内见较大范围液性暗区及较粗光点。提示左卵

巢囊实混合性肿瘤。MRI 检查: 子宫前倾位, 宫内膜增厚(上下径 1.5 cm), 左卵巢区见大小为 6 cm×6 cm 囊实性肿块, 边界清楚, T₁WI 上呈高-低混杂信号, 压脂 T₂WI 上呈低信号, 局部乳头状突起为高信号; 增强压脂 T₁WI 早期见囊壁及乳头状突起明显强化, 延迟期仍呈结节状及簇状强化(图 1a~c)。MR 诊断: 左卵巢囊实性畸胎瘤可能大。手术所见: 左卵巢下方见 8 cm×6 cm×6 cm 囊性块物, 部分与肠壁和肠系膜粘连紧密, 底部位于直肠侧窝内。切面囊内部分含咖啡色粘冻状物, 直径约 5 cm, 实性部分色灰白, 大小 4 cm×4 cm×3.5 cm。病理诊断: 左卵巢下方子宫内膜样囊腺瘤(图 1d)。

病例 2, 女, 50 岁。发现盆腔肿块 4 个月余。既往因子宫腺

作者单位: 200240 上海, 复旦大学附属上海市第五人民医院放射科(孟令平、刘恩涛、鹿彤), 病理科(洪玉萍)

作者简介: 孟令平(1963—), 男, 湖北十堰人, 硕士, 主任医师, 主要从事影像诊断工作。