[3] Yankelevitz DF, Henschke CI. Dose 2-year stability implies that pulmonary nodules are benign? [J]. AJR, 1997, 168(2): 325-328.
[4] 李慎江，肖湘生，刘士远，等. 孤立性肺腺癌血流模式定量 CT 参数相互关系的初步研究[J]. 放射学实践，2003，18(4)：283-285.
[5] 白荣杰，程晓光，申宝忠，等. 64 层 CT 灌注成像对孤立性肺结节微血管结构的评价[J]. 临床放射学杂志，2008，27(8)：1032-1037.
[6] 伍建林，李光军，王克礼，等. 多层螺旋 CT 灌注成像鉴别诊断肺癌与肺良性肿物[J]. 中国医学影像技术，2005，21(4)：551-555.
[7] 朱才松，杨军，吕奇，等. 多层螺旋 CT 灌注成像在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用[J]. 上海医学影像，2009，18(3)：204-208.
[8] 丁毅，张镭，钱晓军，等. 64 层螺旋 CT 灌注成像在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用[J]. 中国医学影像术，2007，23(2)：214-218.
[9] 王恩峰，陈文军，程明，等. 螺旋 CT 灌注成像对孤立性肺结节的诊断意义[J]. 哈尔滨医科大学学报，2007，41(1)：57-59.
[10] 韩铭钧，冯敢生，杨建勇，等. 肺动脉不参与肺癌供血：试验和 DSA 研究[J]. 中华放射学杂志，2000，34(9)：802-804.
[11] Swensen SJ, Viggiano RW, Midthun DE, et al. Lung nodule enhancement at CT: multicenter study[J]. Radiology, 2000, 214(1): 73-80.
[12] Yi CA, Lee KS, Kim EA, et al. Solitary pulmonary nodules: dynamic enhanced multi-detector row CT study and comparison with vascular endothelial growth factor and microvessel density [J]. Radiology, 2004, 233(1): 191-199.
[13] 徐健，宋伟，金征宇，等. 64 层螺旋 CT 灌注成像多参数联合评价孤立性肺结节[J]. 中国医科学院学报，2007，29(6)：750-754.
[14] Yeon JJ, Kyung SL, Sun YJ, et al. Solitary pulmonary nodule: characterization with combined wash-in and washout features at dyanmic muilt-detector row CT[J]. Radiology, 2005, 237(3): 675-683.

(收稿日期：2010-08-20)

·病例报道·

MSCTA 诊断 Dieulafoy 病一例

裴宇

【中图分类号】R814.42；R573.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)03-0294-01

病例资料 患者，男，41 岁。间断呕血及柏油样便 5 年，伴头晕乏力。查体无明显异常。B 超示脾大。胃镜检查示胃后壁胃底胃体交界处可见大头针帽大小血痂，行腹部 MSCTA 检查，示胃底后壁内有扭曲增粗的血管影，其末梢血管增多呈丛状，强化程度与腹腔动脉一致，行多方位 MIP、MPR 及 VR 观察，示血管直接起源于腹腔干开口水平腹主动脉左侧壁，未见异常侧支及静脉显影(图 1～3)，CT 诊断为胃底后壁动脉血管畸形，结合临床诊断为 Dieulafoy 病。患者行胃大部切除术，术中于距贲门约 5 cm 处的胃后壁近大弯侧粘膜下可见曲张的动脉血管团。术后病理标本送检示胃壁黏膜下有纡曲扩张的动脉血管并出血，符合 Dieulafoy 病改变。

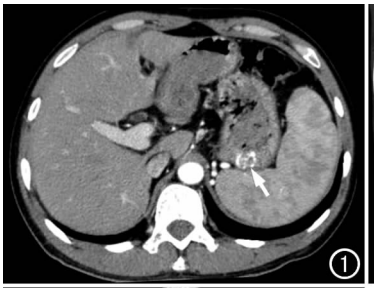
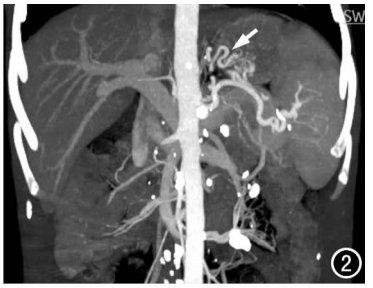

图 1 上腹部 CT 示近胃底部胃后壁内有扭曲增粗的血管影(箭)，与腹主动脉强化程度一致。 图 2 MIP 图像显示胃底部扭曲增粗的血管(箭)。 图 3 VR 图像显示纡曲增粗的畸形血管全貌(箭)，并显示其起源于腹腔干开口水平腹主动脉左侧壁。

讨论 Dieulafoy 病是上消化道严重出血的少见原因之一，其基本病理特征为胃黏膜下增粗并走行异常的畸形小动脉破裂出血，又名胃黏膜下恒径动脉破裂出血，多发生在距贲门 6 cm 以内的胃壁，也可发生于消化道的其它部位。黏膜下的异常小动脉直径可达 1～4 mm，粗于胃壁内逐渐变细的正常小动脉(直径仅 0.1～0.2 mm)，具有正常的血管结构，无动静脉畸形和动脉瘤的表现，血管表面的黏膜呈糜烂、浅溃疡改变，多在血压增高、饮酒、药物、粗糙食物及应激等因素的诱发下，黏膜下动脉发生破裂出血，在血栓和凝血块的作用下出血可自行停止[1]。

Dieulafoy 病以间歇性反复性呕血或/和柏油样便为主要症状，以往诊断主要依靠内镜、选择性腹腔动脉造影、超声内镜和剖腹探查。内镜检查为 Dieulafoy 病的首选检查方法[2]。经检索国内文献尚未见行 MSCTA 检查诊断 Dieulafoy 病的报道，随着 CT 技术的发展，MSCTA 对于腹腔血管性病变的诊断价值已得到公认，大部分的血管狭窄、堵塞及其它形态和走行的异常等 MSCTA 均能清晰显示，并采用 MIP、CPR 和 VR 等多种后处理技术，可准确显示病变血管的空间位置和解剖关系。MSCTA 可作为 Dieulafoy 病的备选检查方法，对诊断和指导手术治疗具有一定意义。

参考文献：

[1] 费贵军，陆星华. Dieulafoy 病在中国的诊治现状-国内文献分析[J]. 胃肠病学，2004，9(4)：230-232.
[2] 蒋楠，蔡建庭. Dieulafoy 病诊疗现状[J]. 浙江医学，2007，29(3)：296-298.

(收稿日期：2010-09-29)

作者单位：434200 湖北，松滋市人民医院 CT 室
作者简介：裴宇(1979－)，男，湖北松滋人，主治医师，主要从事 CT 及 MRI 诊断工作。