

nary CT angiography[J]. AJR, 2009, 192(4): 1045-1050.

- [14] 何新华, 胡永胜, 王自勇, 等. 双源 CT 低管电压技术在超重患者冠状动脉成像中的应用[J]. 中华放射学杂志, 2011, 45(5): 486-491.
- [15] Abada HT, Larchez C, Daoud B, et al. MDCT of the coronary arteries: feasibility of low dose CT with ECG-pulsed tube current modulation to reduce radiation dose[J]. AJR, 2006, 186(6 Suppl 2): S387-S390.
- [16] Jun BR, Yong HS, Kang EY, et al. 64-slice coronary computed

tomography angiography using low tube voltage of 80kVp in subjects with normal body mass indices: comparative study using 120kVp[J]. Acta Radiol, 2012, 53(10): 1099-1116.

- [17] Park YJ, Kim YJ, Lee JW, et al. Automatic tube potential selection with tube current modulation (APSCM) in coronary CT angiography: comparison of image quality and radiation dose with conventional body mass index-based protocol[J]. J Cardiovasc Comput Tomogr, 2012, 6(3): 184-190.

(收稿日期: 2013-06-03 修回日期: 2013-09-02)

· 病例报道 ·

多层螺旋 CT 诊断腹茧症一例

代庆华

【中图分类号】R814.42; R816.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)03-0304-01

【关键词】腹茧症; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断

病例资料 患者, 男, 47 岁。间断性腹痛、腹胀 2 年, 加重 4 天伴呕吐入院。发病以来, 腹围时大时小, 自述偶可触及肿块, 体重无明显下降, 既往无手术及外伤史。体检: 中下腹隐约可触及一较大肿块, 边界不清, 质较软、无明显压痛, 腹部叩诊无明显移动性浊音, 未见明显胃肠蠕动波, 肝、脾无明显肿大, Murphy 征阴性。实验室查生化及三大常规正常。

CT 平扫: 采用 Philips Brilliance 64 多层螺旋 CT 平扫, 见大部分小肠被一较大增厚的包膜样结构包裹, 肠管缩短呈弹簧样、手风琴形聚集排列, 肠壁弥漫性略增厚; 肠系膜侧显示细条状阴影增多。部分肠管轻度扩张, 腹腔内少许腹水。CT 提示腹茧症并不完全性肠梗阻可能性大(图 1~3)。

手术病理所见: 因保守治疗效果不佳行剖腹探查术。术中见大网膜挛缩、发育不全, 中下腹一大大小约 25 cm × 18 cm 的囊腔, 囊壁灰白, 呈盔甲样包裹小肠管, 腹腔弥漫性粘连。尽量切除包膜, 分离粘连的肠管。术后病理: 切除包膜囊壁为胶原纤维增生及慢性炎症, 未见上皮组织。

手术后患者情况: 术后患者腹痛、腹胀症状消失, 进食后无呕吐, 排便、排气正常。体检: 腹部柔软, 未触及明显包块。

讨论 腹茧症(abdominal cocoon, AC)是一种较为罕见的腹部疾病, 其特点为小肠部分或全部被一层致密、灰白、坚韧的纤维样包膜所包裹, 形似蚕茧; 故又名腹腔茧状包裹症、先天性小肠禁锢症等。临床上多表现为急性、亚急性或慢性肠梗阻症状, 因无特异性诊断方法, 故术前多数不能确诊。腹茧症的具体发病机制目前尚不清楚, 有学者将发病原因不明、无腹部手术及外伤史者归于原发性腹茧症, 这一类患者可能因先天性发育畸形所致, 67% 并发大网膜缺失。推测在胚胎发育过程中, 由于大网膜发育不良, 膜状的大网膜沿横结肠下行将小肠包裹形成纤维包膜和分隔^[1]。另一类相对有较明确的病因, 归为继发性腹茧症, 包括结核性腹膜炎、长期腹膜透析、长期服用 β-肾上腺素能受体阻滞剂、非特异性腹腔炎症、肝硬化腹水患者行腹腔静脉转流及腹腔内化疗等, 在炎症和异物刺激下, 腹腔内

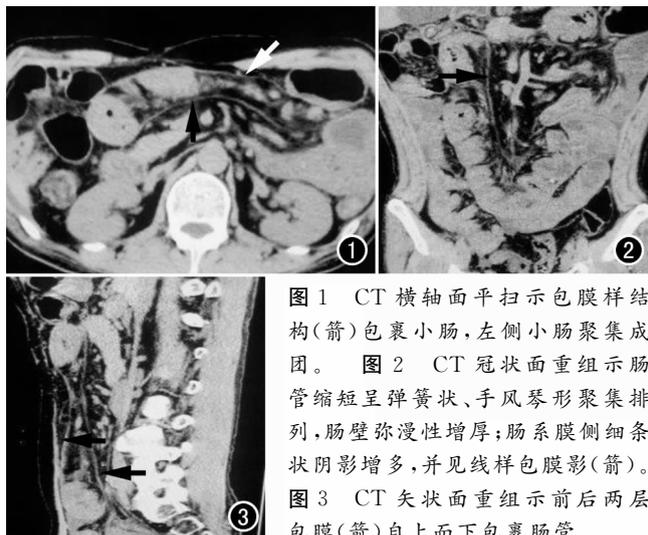


图 1 CT 横轴面平扫示包膜样结构(箭)包裹小肠, 左侧小肠聚集成团。图 2 CT 冠状面重组示肠管缩短呈弹簧状、手风琴形聚集排列, 肠壁弥漫性增厚; 肠系膜侧细条状阴影增多, 并见线样包膜影(箭)。图 3 CT 矢状面重组示前后两层包膜(箭)自上而下包裹肠管。

大量纤维蛋白析出, 吸收障碍和结缔组织增生而形成包膜^[1]。

影像学检查除能显示肠梗阻外, 还可明确病因。本病 CT 表现很有特征性: 茧样纤维包膜; 小肠排列呈现外缘光整的“扭麻花”征及盘曲的成团肠管聚集征, 肠壁紧密粘连, 肠袢相对固定。若发现包膜征可直接诊断为腹茧症^[2], 纤维包膜增强时可均匀强化, 本例由于晚上急诊入院, 故未做增强扫描。多层螺旋 CT 能够清楚显示包裹在小肠周围的纤维包膜及扩张迂曲固定在一定部位的呈手风琴型、菜花样、M 型小肠袢, 对术前诊断腹茧症有重要价值。本例充分利用 64 排 CT 多方位重组技术, 更全面清晰地显示上述腹茧症特征, 从而在术前得以准确诊断。

参考文献:

- [1] 毛志群, 肖香佐, 龚洪翰, 等. CT、MRI 诊断原发性腹茧症一例[J]. 临床放射学杂志, 2008, 27(3): 427-428.
- [2] 王鲁仲, 齐滋华, 刘亚群, 等. 腹茧症的影像及临床诊断[J]. 中国医学影像技术, 2005, 21(3): 422.

(收稿日期: 2013-09-02 修回日期: 2013-09-28)

作者单位: 441700 湖北, 谷城县人民医院 CT-MRI 室

作者简介: 代庆华(1975-), 男, 湖北谷城人, 主治医师, 主要从事 CT 及 MRI 诊断及介入治疗工作。