

排除心肌梗死,有利于 PAA 的鉴别诊断,但是难以清楚显示胸降主动脉及其病变。经食道超声可较清楚显示胸降主动脉及其病变,但是其视野小、空间分辨率和软组织对比度均不高,亦属有创技术,使其临床应用价值大打折扣。

X 线主动脉造影(包括 DSA)被认为是本病诊断的“金标准”,但是其属于有创伤、有射线的检查方法,操作复杂,价格较昂贵,必须应用含碘造影剂,患者有造影剂过敏的风险,使之应用受到一定程度的限制。此外,主动脉造影仅显示动脉腔,不能显示 PAA 壁及周围结构,常需结合 X 线平片和超声心动图等检查结果,进行综合分析,若未显示破口,则难以作出本病的正确诊断。

MRI 为无创伤、无射线的影像学技术,可直接行任意方向的切层扫描,软组织对比度最好,空间分辨率较高,十分有利于 PAA 的显示。本组病例检查结果显示 PAA 的典型 MRI 所见为:位于主动脉旁层状不均匀中等信号或中等度高信号的较大占位性病变,其外缘形状不规则,内部多有偏心小囊腔、内壁光滑,经裂隙状破口与胸降主动脉相通。这些征象具有较高的特异性,很容易作出 PAA 的诊断和鉴别诊断。

少数 PAA 病例未见破口和内部瘤腔,需与后纵隔实质性肿瘤相鉴别。PAA 的外形不规则,T1 加权像和 T2 加权像

均呈中等信号或中等度高信号,而纵隔肿瘤在 T2 加权像上呈高信号为两者的主要鉴别要点。

本研究表明 MRI 是假性动脉瘤影像学诊断方法之一,鉴于国内已经运转的 MRI 设备超过千台,该结果可在临床推广应用。若结合应用近年问世的首次通过造影增强 MRA 技术,将进一步提高 MRI 对本病的诊断价值。

[参考文献]

[1] William AE, Limacher M, Slone RM, et al. Evaluation of aortic annular pseudoaneurysm by MRI: Comparison with echocardiography, angiography and surgery[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 1987,10:188-193.

[2] 庞志显,刘苏英,李坤成,等. 缩窄性心包炎磁共振成像诊断的初步报告[J]. 中国循环杂志,1993,8:725-726.

[3] 李坤成. 心血管磁共振成像诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997. 201-202.

[4] Zollikofer C, Laerum F. The peripheral vessels[M]. In: Pettersson H. A global textbook of radiology. The NICER Institute, Oslo,1995. 836.

腹腔巨大脂肪瘤伴腹白线疝 1 例

涂国建¹, 郭召友, 刘共华, 向桂书²

(1. 四川泸州医学院附属医院放射科, 四川 泸州 646000; 2. 病理科)

[中图分类号] R445.3; R730.262 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2001)02-0152-01

患者女,47 岁。腹部包块逐渐长大 9 年,极度长大伴腹胀 1 年。体检:腹部极度膨隆,耻骨联合平面至脐下腹部局限膨出,颈静脉及腹壁静脉怒张。腹部增强 CT 扫描示腹腔巨大不规则脂肪密度(CT 值 -28Hu),肿块充填整个腹腔并侵及腹膜后腔,其内有多发粗细不等的分隔。左肾被推挤向前向右移位居腹主动脉前方(图 1)。胃上移,小肠下移位于盆腔内。耻骨联合上方腹白线疝,疝囊内有脂肪、小肠(图 2)。CT 诊断:腹腔巨大脂肪瘤伴腹白线疝。手术所见:整个腹腔被多发大小不等分叶状脂肪团占据,大者如胎儿头,小的如拇指头大小。左肾被推移至腹主动脉前方。大部分小肠被推移至盆腔。空肠、结肠、左肾被脂



图 1 CT 示腹腔巨大脂肪密度肿块,其内多发粗细不等分隔,左肾移位于腹主动脉前方

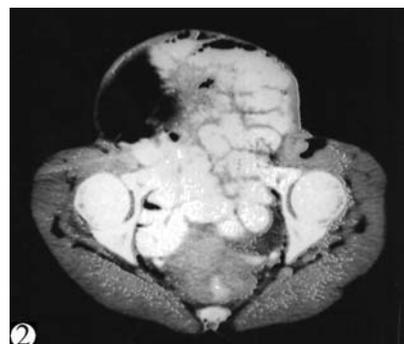


图 2 耻骨联合平面至脐下腹白线疝,疝囊内有脂肪、小肠

肪瘤包裹。腹膜后及肠系膜亦有多个大水不等、包膜完整分叶状脂肪瘤,并有肿大淋巴结。切除脂肪团共 7.0kg。病理诊断:腹腔多发性脂肪瘤。

讨论 原发腹腔巨大脂肪瘤少见,伴腹白线疝则极罕见。本例 CT 征象典型,并为手术病理证实。原发腹腔脂肪

肉瘤相对常见,就 CT 片征象而论,脂肪瘤应与其鉴别,脂肪肉瘤密度不均匀,即使分化程度很高的脂肪肉瘤,其 CT 值也高于正常的脂肪组织,这是因为其中含有少量其他组织成分的缘故。腹白线疝多是腹白线发育不良加上巨大脂肪瘤逐渐长大,腹压进行性增高所造成。

[作者简介] 涂国建(1965—),男,学士,主治医师。

[收稿日期] 2000-08-20