❖个案报道

Imaging manifestation of congenital pyloric atresia of a newborn：Case report
1 例新生儿先天性幽门闭锁影像学表现

李　琳[1]，苏荣生[2*]，张爱梅[1]，黄久浪[3]，徐　东[2]，罗孝勇[1]，杨　平[2]
（1 遂宁市中心医院超声科，2 小儿外科，3. 儿科，四川 遂宁　629000）

［**Keywords**］ pyloric atresia；congenital abnormalities；diagnostic imaging
［**关键词**］ 幽门闭锁；先天性畸形；诊断显像
DOI：10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.040
［**中图分类号**］ R722.1；R445 ［**文献标识码**］ B ［**文章编号**］ 1003-3289(2022)11-1755-02

新生儿男，出生时胎龄 38^{+5} 周，体质量 2.85 kg；孕晚期产前超声多次提示十二指肠闭锁/狭窄（图 1A）。生后查体：上腹部饱满；鼻胃管引流出非胆汁酸分泌物。腹部 X 线平片示胃腔扩张呈单泡征，小肠未见扩张积气（图 1B）；CT 见胃扩张及气液平面形成（图 1C）；上消化道造影示胃内大量积气，十二指肠未显示，考虑十二指肠明显狭窄或闭锁及幽门梗阻（图 1D）。腹部超声：经胃管注入 20 ml 生理盐水后见胃腔充盈，幽门管及十二指肠球部结构欠清，观察数分钟未见明确液体通过，十二指肠降部、水平段及升部可见少许液体并见蠕动及逆蠕动，小肠大部分萎瘪，未见明显充气，考虑十二指肠闭锁/狭窄（图 1E）。于生后第 3 日行开腹探查术，见幽门部闭锁（图 1F），闭锁处与胰腺、十二指肠及周围粘连严重，远端小肠、结肠纤细，未见明显充气；行胃部分切除术及胃空肠吻合术＋肠粘连松解术。术后诊断：先天性幽门闭锁（congenital pyloric atresia，CPA）Ⅲ型。随访至术后 9 个月，患儿体质量增至 8 kg，生长发育可。

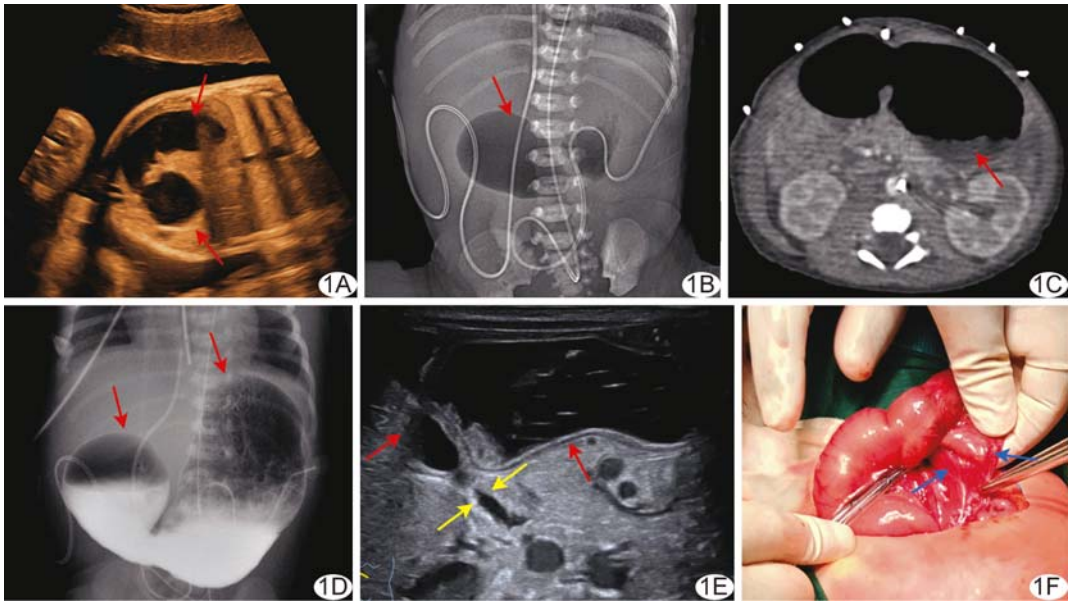


图 1　先天性幽门闭锁　A. 孕晚期超声示胎儿上腹腔囊性占位（箭）；B. 腹部 X 线片（箭示胃腔扩张）；C. 腹部轴位 CT 图（箭示胃扩张及气液平面）；D. 上消化道造影图示胃内大量积气（箭）；E. 超声示胃腔液体充盈（红箭），十二指肠见少许液体并有蠕动（黄箭）；F. 术中见胃幽门部闭锁（箭）

讨论　CPA 罕见，占所有胃肠道闭锁的 1%；可分为 3 型：Ⅰ型最常见，即幽门隔膜并可伴不全闭锁；Ⅱ型，胃和十二指肠以纤维索带连接，呈完全闭锁；Ⅲ型最少见，胃与十二指肠形成两个盲端，亦呈完全闭锁。孤立性 CPA 预后良好，但合并其他疾病时，死亡率可高达 50%。影像学上，CPA 主要表现为胃扩张但不与十二指肠相通，肠道萎陷无充气。超声水造影可动态观察，但十二指肠分泌少量液体及肠壁蠕动易致误诊。新生儿胃出口梗阻应与肥厚型幽门梗阻、先天性肠旋转不良及胃重复

［**基金项目**］四川省医学科研课题计划（S20067）。
［**第一作者**］李琳（1986—），女，四川自贡人，硕士，副主任医师。E-mail：26701680@qq.com
［**通信作者**］苏荣生，遂宁市中心医院小儿外科，629000。E-mail：1732380982@qq.com
［**收稿日期**］2022-04-21　［**修回日期**］2022-07-19

畸形等相鉴别：肥厚型幽门梗阻超声较易发现幽门部肌层明显增厚；先天性肠旋转不良超声可探及肠系膜上静脉围绕肠系膜上动脉旋转，CDFI 可见旋涡状血流信号；胃重复畸形可于胃腔旁见囊袋样厚壁结构。

Chronic bursitis of left infraserratus bursa: Case report
左侧前锯肌下慢性滑囊炎 1 例

徐　斌，张明琼，赵　怀，罗　丽
（重庆大学附属肿瘤医院超声医学科，重庆　400030）

［**Keywords**］ back；bursitis；diagnostic imaging　［**关键词**］ 背；滑囊炎；诊断显像
DOI：10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.041
［**中图分类号**］ R686.7；R445　［**文献标识码**］ B　［**文章编号**］ 1003-3289(2022)11-1756-01

患者男，76 岁，发现左肩背部鸡蛋大肿块 12 天；既往体健，无外伤史。查体：左肩背部轻度隆起，扪及 3.0 cm×3.5 cm 肿块，质软，边界不清，形态欠规则，活动度尚可。实验室检查：中性粒细胞百分比 78.9%。超声：左背部肌层深面 1.7 cm×8.6 cm 梭形无回声病灶内部透声差，其后壁及内侧缘近肩胛区见絮状稍高、低回声混杂区（图 1A），CDFI 于无回声病灶内未见明显血流信号、于混杂回声区内见条带状血流信号；造影动脉期病灶后壁及内侧缘近肩胛区呈斑片状不均匀高增强，且强化早于周围软组织，约 18 s 达峰，大部分为无灌注区，内见少许裂隙状低或无灌注区，并于 23 s 始不均匀消退，静脉期病灶增强区域廓清不彻底；考虑结核冷脓肿或血肿伴周围组织炎性变。MRI：左肩胛下角下方肌间隙内 4.1 cm×1.9 cm×3.2 cm 边界清晰结节状异常信号，呈 T1 低信号、T2 及 T2 脂肪抑制序列高信号（图 1B），内见线样信号，周围可见包膜；提示左侧背部肌间隙内肿瘤性病变可能。行全麻下左肩背部病损切除术，术中见左肩胛骨下方间隙内 8 cm×5 cm×3 cm 囊性肿块，边界清，内见透明液体，与前锯肌及肋骨粘连。术后病理：灰白色肿物，切面见多个囊腔，囊壁光滑，厚约 0.1～0.4 cm；光镜下见纤维囊壁组织，囊壁血管增生显著，内壁衬覆滑膜（图 1C）。病理诊断：（左侧前锯肌下）慢性滑囊炎。

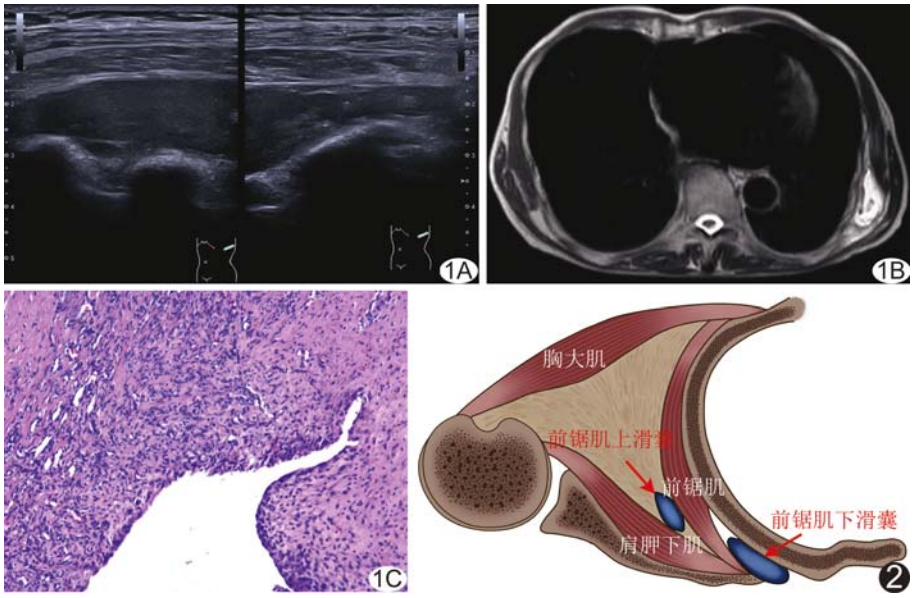


图 1　前锯肌下慢性滑囊炎　A. 左肩背部二维声像图；B. 胸部轴位 MR T2WI；C. 病理图（HE，×100）　**图 2**　前锯肌下滑囊示意图

讨论　慢性滑囊炎是常见滑囊病变，好发于肘、膝、髋关节等易反复摩擦及压迫处；典型超声表现为扁圆形、裂隙状或不规则厚壁无回声区，部分内透声差，可见密集点状等、低回声悬浮及纤细或厚薄不均分隔，部分囊壁增厚明显、囊腔狭窄可呈类实性肿块；CDFI 可于厚囊壁或分隔内探及点条样血流信号。本例发生于前锯肌与背侧胸壁之间的前锯肌下滑囊（图 2），影像学检查易误诊。本病主要通过外伤史、结核病史及超声引导下穿刺抽液检查与血肿、结核冷脓肿相鉴别；根据超声表现与脂肪瘤（多为较均匀回声结节，部分内可见平行分布的纤细条状高回声，CDFI 可见少量点条状或未探及明显血流信号）及弹力纤维瘤（边界模糊，内部为条索状高、低相间回声，CDFI 多无明显血流信号）相鉴别。

［**第一作者**］ 徐斌（1980—），女，黑龙江大庆人，硕士，医师。E-mail：gongnaisi@126.com
［**收稿日期**］ 2022-06-07　［**修回日期**］ 2022-08-22