lence, associated intraarticular lesions, and results after arthroscopic treatment[J]. Am J Sports Med, 2002, 30(1): 112 - 115.
[2] Handy J R. Popliteal cysts in adults: a review[J]. Semin Arthritis Rheum, 2001, 31(2): 108 - 118.
[3] Sansone V, Sosio C, da-Gama-Malcher M, *et al*. Two cases of tibial nerve compression caused by uncommon popliteal cysts[J]. Arthroscopy, 2002, 18(2): E8.
[4] Johnson L L, van-Dyk G E, Johnson C A, *et al*. The popliteal bursa (Baker 's cyst): an arthroscopic perspective and the epidemiology[J]. Arthroscopy, 1997, 13(1): 66 - 72.
[5] Stone K R, Stoller D, De Carli A, *et al*. The frequency of Baker 's cysts associated with meniscal tears[J]. Am J Sports Med, 1996, 24(5): 670 - 671.
[6] 刘玉杰, 王志刚, 李众利, 等. 关节镜微创清理术治疗老年膝关节骨性关节炎[J]. 中华老年多器官疾病杂志 2004, 3(1): 28 - 30.
[7] McGinley B J, Cushner F D, Scott W N. Debridement arthroscopy. 10-year followup[J]. Clin Orthop Relat Res, 1999, (367): 190 - 194.
[8] Goldman R T, Scuderi G R, Kelly M A. Arthroscopic treatment of the degenerative knee in older athletes[J]. Clin Sports Med, 1997, 16(1): 51 - 68.
[9] 刘玉杰, 王志刚, 李众利, 等. 关节镜监视下射频气化囤窝囊肿摘除术[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(4): 224 - 226.

（编辑　王小寒）

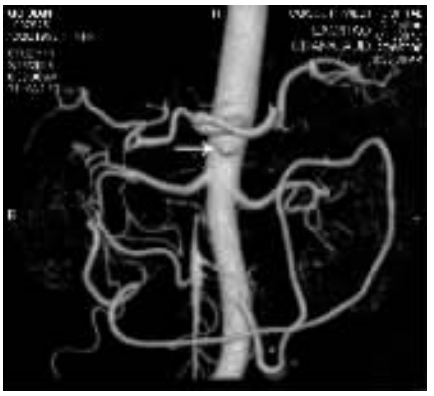
个案与短篇

文章编号：1000-5404(2008)15-1410-01

先天性肠系膜上动脉缺失 1 例

刘丽娟，王　霞，刘　畅　（第三军医大学西南医院放射科，重庆 400038）

患者，男性，55 岁，身高 171 cm，体质量 71 kg，一般状况良好。因肝区不适就诊，临床申请行 CT 上腹部强化扫描并血管成像，后处理发现肠系膜上动脉于腰 1 椎体下缘平面腹腔动脉干前方发出，形似乳头，无主干残端状。肠系膜下动脉于腰 3 椎体下缘平面腹主动脉前方略偏左侧发出，全长 587 mm，最大横切面直径 5.1 mm，最小横切面直径 1.1 mm。见图 1。为测量和描述方便，将肠系膜下动脉分 5 段。①自腹主动脉向 5 点钟方向走行至第 5 腰椎上缘平面后向头侧折返，至肠系膜下动脉起始平面，约成“U”型弯曲，长 83 mm，横切面直径 2.7 mm。②距腹主动脉左侧 22 mm，向 12 点钟方向上行至肠系膜上动脉残端平面，转向 3 点钟方向走行至结肠脾曲，长 113 mm，横切面直径 2.1 mm。③向下向右成弧型，绕行第 4 腰椎中部平面腹主动脉前方，至右侧结肠回盲部区域，长 191 mm，横切面直径 1.9 mm。④向头侧曲折旋转上行至结肠肝曲后，斜向左下行至腰 3 椎体下 1/3 平面，距腹主动脉右侧 10 mm 处，型似手写体“E”字形，长 163 mm，横切面直径 2.2 mm，末端最小直径 1.1 mm。⑤平行腹主动脉上下走行，长 37 mm，横切面最大直径 5.1 mm。



白色箭头指向肠系膜上动脉残端
图 1　中上腹部动脉血管成像图

讨论

本例肠系膜上动脉先天发育异常可能性大。肠系膜上动脉和肠系膜下动脉在主动脉的发育位置与医学解剖教材一致[1]。正常情况下，腹腔大部分肠道由肠系膜上动脉供血，主干比肠系膜下动脉粗大，分布区域比肠系膜下动脉广泛。本例肠系膜上动脉缺失，肠系膜下动脉粗大，横切面直径与腹腔动脉干相近，走行于肠系膜上动脉和肠系膜下动脉的供血区域，分支分布于上腹部和中腹部，完全代偿了肠系膜上动脉的功能。如果是后天急性阻塞，会有严重的临床症状和并发症[2]。本例无急性腹痛等相关病史。如果是后天慢性阻塞，导致肠系膜上动脉缺失，应该是肠系膜下动脉在原走行和分支的基础上，主干增粗，分支增多，形成侧支循环，代偿肠系膜上动脉的供血区域，而不应该是肠系膜下动脉主干绕行中上腹部。

本例肠系膜下动脉第 5 段是末梢段，主干比起始段还粗，又未见腹主动脉另有分支与此段相通供血，不符合血管形态的一般规律和血液动力学的理论。此段分支丰富，分支走行自然，灌注良好，也不支持动脉血管瘤的相关征象。是何种原因导致第 5 段如此粗壮，有待学者讨论和研究。

关键词：肠系膜上动脉；肠系膜下动脉；血管成像
中图法分类号：R322.45　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 柏树令，应大君. 系统解剖学[M]. 第 5 版. 北京：人民卫生出版社，2004：241 - 243.
[2] 卞育海，沈志勇，曹　晖，等. 急性原发性肠系膜上静脉血栓形成 17 例临床诊治分析[J]. 外科理论与实践杂志，2007，12(5)：481 - 484.

（编辑　王小寒）

作者简介：刘丽娟，女，重庆市人，护师，主要从事 CT 和磁共振应用方面的研究。电话：(023)68754721
收稿日期：2008-04-01；修回日期：2008-05-04