应该考虑其形态和测量结果的正常值范围。③ 可能与引起颅内压增高的肿瘤或其他占位性病变的体积和所在位置有关。本组实验收集的占位性病变的体积和位置不一,以顶叶、额颞叶、枕叶为主。设想是否肿瘤的体积越大,越靠近脑室,占位效应越明显,对 IPS 的影响也可能会越大。④ 样本量少所致。本研究仅收集到 8 例颅内压增高患者的 MSCT 血管成像资料,不足以全面反映颅内压增高患者的 IPS 改变。

目前,有关脑静脉血流动力学特征及其对颅内压的调节机制仍有许多方面尚未阐释清楚。本研究通过对 8 例颅内压增高患者 IPS 的 MSCT 图像进行分析,探讨颅内压增高时 IPS 的影像学改变,对临床治疗具有一定的指导意义。但本组患者病例数量有限,尚不能全面反应颅内压增高患者 IPS 改变的意义和相关性,有待于在以后的研究中进一步探讨。今后的研究应加大样本量的收集,严格筛选研究对象(如疾病的种类和颅内高压的范围等),尽量避免其他可能造成干扰的因素,以进一步准确判断颅内压增高对 IPS 的影响和程度。

**参考文献:**

[1] Mitsuhashi Y, Nishio A, Kawahara S, *et al*. Morphologic evaluation of the caudal end of the inferior petrosal sinus using 3D rotational venography [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2007,28(6): 1179 - 1184.
[2] Cure J K, Van-Tassel P, Smith M T. Normal and variant anatomy of the dural venous sinuses [J]. Semin Ultrasound CT MR, 1994,15(6):499 - 519.
[3] 张伟国, 叶莹莹, 谭立文, 等. 岩下窦薄层断面相关解剖与三维重建及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 2009,27(2):137 - 140.
[4] 庞　琦, 郝晓光, 王成伟, 等. 脑桥静脉对颅内压增高的调节反应[J]. 中华神经外科杂志, 2000,16(5):305 - 308.
[5] Stolz E, Gerriets T, Babacan S S, *et al*. Intracranial venous hemodynamics in patients with midline dislocation due to postischemic brain edema [J]. Stroke, 2002,33(2): 479 - 485.
[6] 马　欣, 华　扬, 贾建平, 等. 脑静脉系统血栓患者的脑血流动力学研究[J]. 中华神经科杂志, 2005, 38(2):101 - 103.
[7] 杜兴伟, 张伟国, 王　毅, 等. 颅内压增高时眼上静脉改变的 MRI 研究[J]. 第三军医大学学报, 2006,28(15):1608 - 1610.
[8] Gebarski S S, Gebarski K S. Inferior petrosal sinus: imaging-anatomic correlation [J]. Radiology, 1995,194(1):239 - 247.

(编辑　王　红)

文章编号:1000-5404(2009)23-2377-01

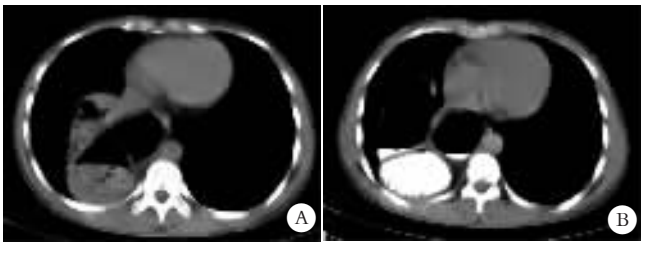
个案与短篇

# 食管旁型食管裂孔疝 CT 诊断 1 例

许国华,帅道玲　　(江西省奉新县人民医院 CT 室,江西 奉新 330700)

## 1　病例资料

患者,女性,36 岁,近半月来不明原因胸闷、上腹不适、恶心及轻度呼吸困难,饭后症状加剧,三大常规检查和生命体征正常。1 个月前胃镜检查胃黏膜充血,少许糜烂斑。X 线胸片示:右下胸腔见边缘光滑内存宽大气液平面的囊性包块。CT 平扫见右下胸腔囊腔内存留食糜(图 1A),左上腹未见胃泡影,脾上移,心肝无异位,提示右胸腔胃疝;口服 1% ~2% 泛影葡胺 600 ~ 1 000 ml 后平扫示对比剂充盈囊腔并见锯齿状胃黏膜皱襞(图 1B),右心房后外缘见近端食管,脊柱右旁见扩张胃和下段食管。食道钡餐膈下另见腹段食管,右侧胸腔见充盈钡剂的胃影。患者住院手术治疗,病人左侧卧位,在全麻下经右侧第 7 或第 8 肋床做胸腹联合切口。切开右后下胸腔见巨大疝囊,疝囊内见胃组织,贲门与胃底稍有粘连,并将其钝性分离,检查食管和胃底严密无漏。用胃底包绕新形成的远段食管做折叠术,将其送入腹腔内。切除疝囊并结扎疝囊口。切开上腹暴露膈脚及弓状韧带,检查回纳入腹腔内的脏器,在新形成的 Hiss 角水平将胃小弯缝固于弓状韧带上。经膈脚在食管前缝缩裂孔,使其尚可容易通过食指。检查未发现十二指肠溃疡和胆石病,缝好手术缺口。术后观察患者症状消失,功能恢复良好。



A:右心膈角;B:右下胸腔囊腔

**图 1　食管旁型食管裂孔疝患者 CT 表现**

## 2　讨论

食管裂孔疝是指腹腔内脏器通过膈食管裂孔进入胸腔的疾病。按照食管胃连接部的位置及食管裂孔疝形态分主要有:短食管型食管裂孔疝(先天性),滑动型食管裂孔疝,食管旁型食管裂孔疝,混合型食管裂孔疝。也可分为可复性食管裂孔疝,和不可复食管裂孔疝[1,2]。CT 成像解剖结构不重叠及密度

(下转 2389 页)

作者简介:许国华,男,江西省宜春市人,主治医师,主要从事胸腹部及骨骼 CT 影像诊断方面的研究。电话:(0795)4626785, E-mail:1119503210@qq.com

收稿日期:2009-03-19;修回日期:2009-04-01

的病例均来自于重庆辖区,在浸润癌和 CIN 中 16、58、33、52 型最常见,在浸润癌和高级别 CIN 中 53、31、18 型为其次。HPV16 型是全世界宫颈癌主要感染型别,但其他主要感染型别仍然存在着地理国别差异,在我国 58、33 型相对 18 型更常见,18 型更多见于西方国家[7]。HPV 感染型别在国内仍有地理差异,本研究发现 52 型在重庆比江西和浙江更为常见。

一致认为低危型 HPV 与生殖器湿疣、宫颈低度病变关系密切,但本研究发现,HPV16 和 58 型不仅是宫颈癌和高度病变的主要致病型别,还是低度病变、生殖器湿疣、SPI 的主要致病型别。CIN Ⅰ中 11 型检出率仅为 1.5%,远不及 58 型(7.7%)和 16 型(6.2%),也不及 52 型(4.6%)、33 型(3.1%),这表明宫颈低度病变作为宫颈癌的癌前病变的早期阶段,仍然应是以高危型感染为主,病变的进展与消退取决于病毒负荷与机体免疫系统对病毒的清除能力的对抗。本研究发现生殖器湿疣低危型 6 和 11 的检出率分别为 6.3% 和 12.5%,不及 16 型(25%)和 58 型(15.6%);SPI 中高危型 16 型(15.6%)、58(7.8%)、52(5.2%)比低危 6 型(2.6%)的检出率仍要高,这提示了对生殖器湿疣的发病因素和机理还需进一步认识和研究,尚需更多样本量的分析以获得明确结论。对这些良性病变患者的治疗和随访仍应重视,关注其发展和转归可为揭示 HPV 致病机制提供理论依据。HPV 分型检测不仅能判断是持续感染还是再次感染,而且对宫颈癌的筛查、宫颈细胞学异常的管理、评估疾病的进展、对治疗的随访、以及对人群的流行病学状态和病毒疫苗的研究都具有重要意义。进一步开展大样本的 HPV 分型检测的研究显得尤为重要而迫切。

**参考文献:**


[1] Ault K A. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract[J]. Infect Dis Obstet Gynecol, 2006, Suppl:40470.

[2] 乌兰娜,吴瑞芳,周艳秋,等. 人乳头瘤病毒基因亚型与宫颈病变的关系[J]. 中国妇产科临床杂志,2005,6(5):346 - 350.

[3] 赵　健,杨英捷,廖秦平. 导流杂交基因芯片技术在人乳头状瘤病毒感染分型检测中的临床应用[J]. 中华检验医学杂志,2006,29(12):1148 - 1151.

[4] Munoz N,Bosch F X,de-Sanjose S,*et al*. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer[J]. N Engl J Med,2003,348(6):518 - 527.

[5] 吴玉萍,陈裕隆,李隆玉,等. 宫颈癌患者人乳头瘤病毒(HPV)主要型别及其感染研究[J]. 病毒学报,2005,21(4):269 - 273.

[6] 史娅萍,朱宇宁, 周丽琴,等. 人乳头瘤状病毒基因型在宫颈疾病中的分布特点[J]. 中华检验医学杂志,2007,30(9):1009 - 1012.

[7] Lizano M, De-la-Cruz-Hernandez E, Carrillo-Garcia A, *et al*. Distribution of HPV16 and 18 intratypic variants in normal cytology, intraepithelial lesions, and cervical cancer in a Mexican population [J]. Gynecol Oncol,2006,102(2):230 - 235.


(编辑　栾　嘉)

(上接 2377 页)

分辨率极高,对该病的诊断有重要价值。此次诊断我们采用 SIEMENS SOMATOM、spirit 型螺旋 CT 扫描机,仰卧位,扫描范围为 C6 ~ L1 椎体,层厚为 10 mm,扫描参数为:130 kV, 220 mA,螺距为 1,口服 1% ~2% 泛影葡胺 600 ~1 000 ml,扫描前 30 min 和扫描时各服一半,所成图像应用软组织窗(L 40、W 350)和肺窗(L -450 W 1500)进行观察。胸部 X 线检查时发现心脏后面有透 X 线的疝囊阴影,立位检查见气体及液平面。大的膈疝囊有时可以在右侧胸腔内靠近心膈角处发现疝囊阴影[3]。轻型滑动型疝吞钡后使食管下端与胃的结合部显影,分析收缩环及胃黏膜在通过横膈时的表现为诊断的关键。通过裂孔的收缩环上移,胃黏膜随之通过横膈,造成“三环征”,即为典型的滑动型疝[4]。CT 示食管裂孔疝的 CT 特征性表现为膈上疝囊及疝囊内有胃黏膜影。食管旁型示后下纵隔旁膈肌平面区域组织内存留食糜包块,空腹后口服 1% ~2% 泛影葡胺 600 ~1 000 ml 平扫示对比剂充盈囊腔并见胃黏膜皱襞,能明确作出食管裂孔疝诊断。对于非食管旁型餐后平扫示后下纵隔近膈肌平面区域组织包块见特征性“电缆线征”[5]表现,口服对比剂后 CT 扫描见包块内后方的软组织密度影中央有致密对比剂残留也具有特点,未显示好胃黏膜像也能作出食管裂孔疝诊断。

食管膈壶腹:食管膈壶腹为正常生理现象,表现为膈上 4 ~ 5 cm 一段食管,食管扩大呈椭圆形,边缘光滑,随其上方食管蠕动到达而收缩变小,显示出纤细食管黏膜皱襞,食管裂孔疝疝囊大小不一,边缘不光,囊壁收缩与食道蠕动无关及有胃黏膜皱襞显示,加之“A”环与“B”环出现均不同于食管膈壶腹。食管下段憩室:憩室与胃之间有一段正常食管相隔,且与食管有一狭颈形成,无胃黏膜征象。肺囊肿或畸胎瘤:肺野边缘光滑含气或液或脂肪、牙、钙化、软组织密度囊性包块,CT 平扫囊内无胃黏膜影,口服对比剂与胃和食道不通,胃和食道解剖位置正常。肺脓肿:肺叶见边缘不光滑含气或液囊性包块,CT 平扫囊内无胃黏膜影,口服对比剂与胃和食道不通,胃和食道解剖位置正常,囊肿周围有轻重不等感染灶。

**关键词**:食管旁型食管裂孔疝;体层摄影术,X 线计算机
**中图法分类号**:R816.5　　**文献标识码**:B

**参考文献:**


[1] 白人驹. 医学影像诊断学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2005: 419 - 420.

[2] 刘庚年,谢敬霞. 消化系影像诊断学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1992: 38 - 42.

[3] 上海第一医学院. X 线诊断学:腹部[M]. 上海:上海科学技术出版社,1978:969.

[4] 高育璈. 胃肠道双对比造影术[M]. 北京:人民卫生出版社,1987: 44 - 46.

[5] 马仁勇. 食管列孔疝的 CT 诊断[J]. 中华医学实践杂志, 2008, 7(5):433.


(编辑　龙　亮)