

疑症影像 诊断回眸

GLANCE BACK OVER
IMAGING DIAGNOSIS
OF KNOTTY CASES

主 编 刘 仁 龚洪翰 肖新兰

江西科学技术出版社

疑症影像诊断回眸

GLANCE BACK OVER IMAGING DIAGNOSIS OF KNOTTY CASES

主 编：刘 仁 龚洪翰 肖新兰

副主编：叶如馨 何锡芳 郭庭敏 侯 刚

肖香佐 汪丽娅 董其龙 习卫民

编 委：(按姓氏笔画为序)

王余力 王国正 付森林 毕 青

刘 潇 邱国庆 杨文铎 李 晓

苏纲松 芦春花 罗晓东 钟福兴

徐仁根 梁英魁 龚良庚 熊谷英

蒋海清 薛汉尧 魏江平

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

疑症影像诊断回眸/刘仁等主编. —南昌: 江西科学技术出版社, 2003. 11

ISBN7-5390-2310-4

I. 疑... II. 刘... III. 疑难病-影像诊断

IV. R445

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 094865 号

国际互联网(Internet)地址:

HTTP: //WWW.NCU.EDU.CN: 800/

疑症影像诊断回眸

刘仁等主编

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市新魏路 17 号
	邮编:330002 电话:(0791)8513294 8513098
印刷	江西法制报社印务公司
经销	各地新华书店
开本	787mm × 1092mm 1/16
字数	530 千字
印张	21.25 插页 5
印数	2000 册
版次	2003 年 11 月第 1 版 2003 年 11 月第 1 次印刷
书号	ISBN7-5390-2310-4/R·567
定价	100.00 元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

前 言

医学影像技术的发展突破了肉眼直观的限制，在深度和广度方面都超越了人类过去认识的范围，由此获得的信息量胜过数千年来文化科学知识的积累。

在临床应用方面因为电子技术的进步，医学影像技术不断刷新和突破。知识、技术更新的周期越来越短，日新月异。临床工作者面临的是层出不穷、纷呈的新事物、新情况。经常是见所未见、闻所未闻，随时需要深入观察分析和总结经验教训，才能跟上发展的步伐和临床的要求。知识更新、再教育和学术交流都发挥了积极的作用，为系统的提高作出了贡献。

另一方面广大临床工作者所遇到的屑鳞鸿爪则由于零星散在难以成章。然而其基础广泛、数量很大，又有相对的优势，点点滴滴的涓流可以成河，潜能是巨大的。为此汇聚散在的经验，使之聚合生辉则不致局限于个人之见随时光的流逝而湮没。

为了抛砖引玉，本书以回眸的形式介绍资料确切、疑难有误的诊断经历。总结、点评经验教训。当然其中情况是多方面和复杂的。我们编辑的原则是只要真实可靠都实话实说，原原本本地奉献。在编写形式上力求统一。但资料来自各方和不同层次，认识和体会未必尽同。反映的是原本的实际情况。本着忠于原始资料和文责自负的精神未作刻意修饰。敬请阅者鉴谅。

限于编者水平和认识的局限性，谬误和不当之处尚请赐教和指正。

本书承第三军医大学的巫北海教授鼓励和支持并提供部分珍贵案例。特此致谢。

编者
2003年8月

目 录

颅 脑

病例 1.....	(1)	病例 36.....	(36)
病例 2.....	(2)	病例 37.....	(37)
病例 3.....	(3)	病例 38.....	(38)
病例 4.....	(4)	病例 39.....	(39)
病例 5.....	(5)	病例 40.....	(40)
病例 6.....	(6)	病例 41.....	(41)
病例 7.....	(7)	病例 42.....	(42)
病例 8.....	(8)	病例 43.....	(43)
病例 9.....	(9)	病例 44.....	(44)
病例 10.....	(10)	病例 45.....	(45)
病例 11.....	(11)	病例 46.....	(46)
病例 12.....	(12)	病例 47.....	(47)
病例 13.....	(13)	病例 48.....	(48)
病例 14.....	(14)	病例 49.....	(49)
病例 15.....	(15)	病例 50.....	(50)
病例 16.....	(16)	病例 51.....	(51)
病例 17.....	(17)	病例 52.....	(52)
病例 18.....	(18)	病例 53.....	(53)
病例 19.....	(19)	病例 54.....	(54)
病例 20.....	(20)	病例 55.....	(55)
病例 21.....	(21)	病例 56.....	(56)
病例 22.....	(22)	病例 57.....	(57)
病例 23.....	(23)	病例 58.....	(58)
病例 24.....	(24)	病例 59.....	(59)
病例 25.....	(25)	病例 60.....	(60)
病例 26.....	(26)	病例 61.....	(61)
病例 27.....	(27)		
病例 28.....	(28)		
病例 29.....	(29)		
病例 30.....	(30)		
病例 31.....	(31)		
病例 32.....	(32)		
病例 33.....	(33)		
病例 34.....	(34)		
病例 35.....	(35)		

五 官

病例 62.....	(63)
病例 63.....	(64)
病例 64.....	(65)
病例 65.....	(66)
病例 66.....	(67)
病例 67.....	(68)
病例 68.....	(69)
病例 69.....	(70)

病例 70.....	(71)	病例 107.....	(109)
病例 71.....	(72)	病例 108.....	(110)
病例 72.....	(73)	病例 109.....	(111)
病例 73.....	(74)	病例 110.....	(112)
病例 74.....	(75)	病例 111.....	(113)
病例 75.....	(76)	病例 112.....	(114)
病例 76.....	(77)	病例 113.....	(115)
病例 77.....	(78)	病例 114.....	(116)
病例 78.....	(79)	病例 115.....	(117)
病例 79.....	(80)	病例 116.....	(118)
病例 80.....	(81)	病例 117.....	(119)
病例 81.....	(82)	病例 118.....	(120)
病例 82.....	(83)	病例 119.....	(121)
病例 83.....	(84)	病例 120.....	(122)
病例 84.....	(85)	病例 121.....	(123)
病例 85.....	(86)	病例 122.....	(124)
病例 86.....	(87)	病例 123.....	(125)
病例 87.....	(88)	病例 124.....	(126)
病例 88.....	(89)	病例 125.....	(127)
病例 89.....	(90)	病例 126.....	(128)
病例 90.....	(91)	病例 127.....	(129)
病例 91.....	(92)	病例 128.....	(130)
病例 92.....	(93)	病例 129.....	(131)
病例 93.....	(94)	病例 130.....	(132)
病例 94.....	(95)	病例 131.....	(133)
病例 95.....	(96)	病例 132.....	(134)
病例 96.....	(97)	病例 133.....	(135)
病例 97.....	(98)	病例 134.....	(136)
病例 98.....	(99)	病例 135.....	(137)
胸 部		病例 136.....	(138)
病例 99.....	(101)	病例 137.....	(139)
病例 100.....	(102)	病例 138.....	(140)
病例 101.....	(103)	病例 139.....	(141)
病例 102.....	(104)	病例 140.....	(142)
病例 103.....	(105)	病例 141.....	(143)
病例 104.....	(106)	病例 142.....	(144)
病例 105.....	(107)	病例 143.....	(145)
病例 106.....	(108)	病例 144.....	(146)

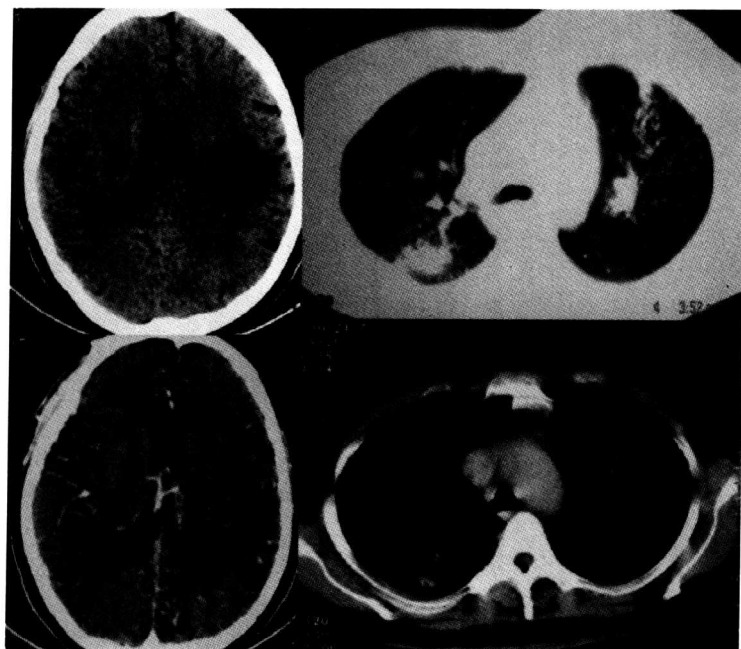
病例 145.....	(147)	病例 182.....	(185)
病例 146.....	(148)	病例 183.....	(186)
病例 147.....	(149)	病例 184.....	(187)
病例 148.....	(150)	病例 185.....	(188)
病例 149.....	(151)	病例 186.....	(189)
病例 150.....	(152)	病例 187.....	(190)
病例 151.....	(153)	病例 188.....	(191)
病例 152.....	(154)	病例 189.....	(192)
病例 153.....	(155)	病例 190.....	(193)
病例 154.....	(156)	病例 191.....	(194)
病例 155.....	(157)	病例 192.....	(195)
病例 156.....	(158)	病例 193.....	(196)
病例 157.....	(159)	病例 194.....	(197)
病例 158.....	(160)	病例 195.....	(198)
病例 159.....	(161)	病例 196.....	(199)
病例 160.....	(162)	病例 197.....	(200)
病例 161.....	(163)	病例 198.....	(201)
病例 162.....	(164)	病例 199.....	(202)
病例 163.....	(165)	病例 200.....	(203)
病例 164.....	(166)	病例 201.....	(204)
病例 165.....	(167)	病例 202.....	(205)
病例 166.....	(168)	病例 203.....	(206)
病例 167.....	(169)	病例 204.....	(207)
病例 168.....	(170)	病例 205.....	(208)
病例 169.....	(171)	病例 206.....	(209)
病例 170.....	(173)	病例 207.....	(210)
病例 171.....	(174)	病例 208.....	(211)
病例 172.....	(175)	病例 209.....	(212)
病例 173.....	(176)	病例 210.....	(213)
病例 174.....	(177)	病例 211.....	(214)
病例 175.....	(178)	病例 212.....	(215)
病例 176.....	(179)	病例 213.....	(216)
病例 177.....	(180)	病例 214.....	(217)
病例 178.....	(181)	病例 215.....	(218)
病例 179.....	(182)	病例 216.....	(219)
病例 180.....	(183)	病例 217.....	(220)
病例 181.....	(184)	病例 218.....	(221)
		病例 219.....	(222)

腹 部

病例 220.....	(223)	病例 258.....	(261)
病例 221.....	(224)	病例 259.....	(262)
病例 222.....	(225)	病例 260.....	(263)
病例 223.....	(226)	病例 261.....	(264)
病例 224.....	(227)	病例 262.....	(265)
病例 225.....	(228)	病例 263.....	(266)
病例 226.....	(229)	病例 264.....	(267)
病例 227.....	(230)	病例 265.....	(268)
病例 228.....	(231)	病例 266.....	(269)
病例 229.....	(232)	病例 267.....	(270)
病例 230.....	(233)	病例 268.....	(271)
病例 231.....	(234)	病例 269.....	(272)
病例 232.....	(235)	病例 270.....	(273)
病例 233.....	(236)	病例 271.....	(274)
病例 234.....	(237)	病例 272.....	(275)
病例 235.....	(238)	病例 273.....	(276)
病例 236.....	(239)	骨骼系统	
病例 237.....	(240)	病例 274.....	(277)
病例 238.....	(241)	病例 275.....	(278)
病例 239.....	(242)	病例 276.....	(279)
病例 240.....	(243)	病例 277.....	(280)
病例 241.....	(244)	病例 278.....	(281)
病例 242.....	(245)	病例 279.....	(282)
病例 243.....	(246)	病例 280.....	(283)
病例 244.....	(247)	病例 281.....	(284)
病例 245.....	(248)	病例 282.....	(285)
病例 246.....	(249)	病例 283.....	(286)
病例 247.....	(250)	病例 284.....	(287)
病例 248.....	(251)	病例 285.....	(288)
病例 249.....	(252)	病例 286.....	(289)
病例 250.....	(253)	病例 287.....	(290)
病例 251.....	(254)	病例 288.....	(291)
病例 252.....	(255)	病例 289.....	(292)
病例 253.....	(256)	病例 290.....	(293)
病例 254.....	(257)	病例 291.....	(294)
病例 255.....	(258)	病例 292.....	(295)
病例 256.....	(259)	病例 293.....	(296)
病例 257.....	(260)	病例 294.....	(297)

病例 295.....	(298)
病例 296.....	(299)
病例 297.....	(300)
病例 298.....	(301)
病例 299.....	(302)
病例 300.....	(303)
病例 301.....	(304)
病例 302.....	(305)
病例 303.....	(306)
病例 304.....	(307)
病例 305.....	(308)
病例 306.....	(309)
病例 307.....	(310)
病例 308.....	(311)
病例 309.....	(312)
病例 310.....	(313)
病例 311.....	(314)
病例 312.....	(315)
病例 313.....	(316)
病例 314.....	(317)
病例 315.....	(318)
病例 316.....	(319)
病例 317.....	(320)
病例 318.....	(321)
病例 319.....	(322)
病例 320.....	(323)
病例 321.....	(324)
病例 322.....	(325)
病例 323.....	(326)
病例 324.....	(327)
病例 325.....	(328)
病例 326.....	(329)
病例 327.....	(330)
病例 328.....	(331)

病例 1



【病 史】

女性，46 岁，腹胀，贫血，体检：腹部腹水征阳性，骨髓穿刺为感染性骨髓象。

【影 像】

头颅 CT 平扫：左侧颞顶部和右颞部多发性低密度区，未见钙化，增强扫描显示：不规则环状强化，大小约 1.5cm，周围脑组织中度水肿，中线结构居中，左侧脑室受压变形。诊断：多发性脑转移。胸部 CT 平扫：两中上肺野弥漫性多发粟粒性病变和小片状渗出性病变，肺纹理粗乱，未见肿块和纵隔、肺门肿大淋巴结，右侧胸腔少量胸水。诊断：肺癌脑转移和胸膜、腹膜转移。

【最后诊断】

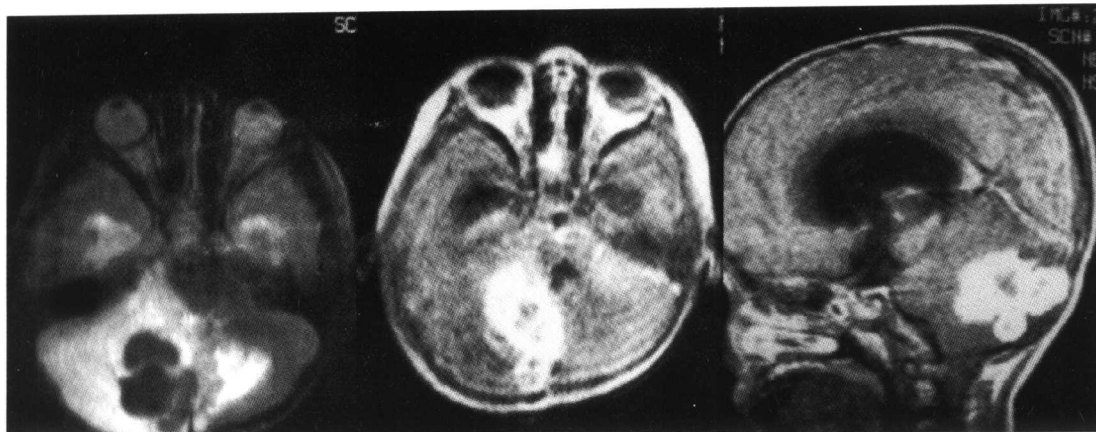
肺结核、脑结核和胸腹膜结核。

【点 评】

头颅 CT 见多发性环状强化病灶，周围脑组织水肿，鞍上池未见异常，未发现颅内钙化灶，考虑为脑转移，当发现肺部病灶时就诊断为肺癌脑转移，但仔细分析得出：1. 肺内病灶为中上肺野弥漫性粟粒病灶和小片状渗出性病灶，肺门和纵隔未见肿大淋巴结；2. 骨髓象提示感染性改变，应考虑感染的可能；3. 脑内多发性结节有转移瘤的可能，但也有结核和霉菌感染可能，应综合分析全身情况和实验室检查方可避免误诊。

（肖香佐、汪丽娅、纪玉强）

病例 2



【病 史】

男性，6岁，头痛半年，以枕部明显，发作时伴有呕吐，走路不稳4个月。双下肢无力，不能行走一周。脑脊液生化检查：蛋白75mg/L，糖2.99mmol/L，氯化物113mmol/L。脑脊液常规检查：透明，无凝块，潘氏试验（±），镜检：RBC： $640 \times 10^6/L$ ；WBC： $30 \times 10^6/L$ 。

【影 像】

MRI平扫：右小脑半球形态不规则的软组织影， T_1WI 呈等信号， T_2WI 呈低信号，周围广泛水肿，四脑室受压变形，幕上脑室扩张，小脑扁桃体下疝。增强扫描肿块呈花环状强化。诊断：小脑星形细胞瘤Ⅱ～Ⅲ级。

【最后诊断】

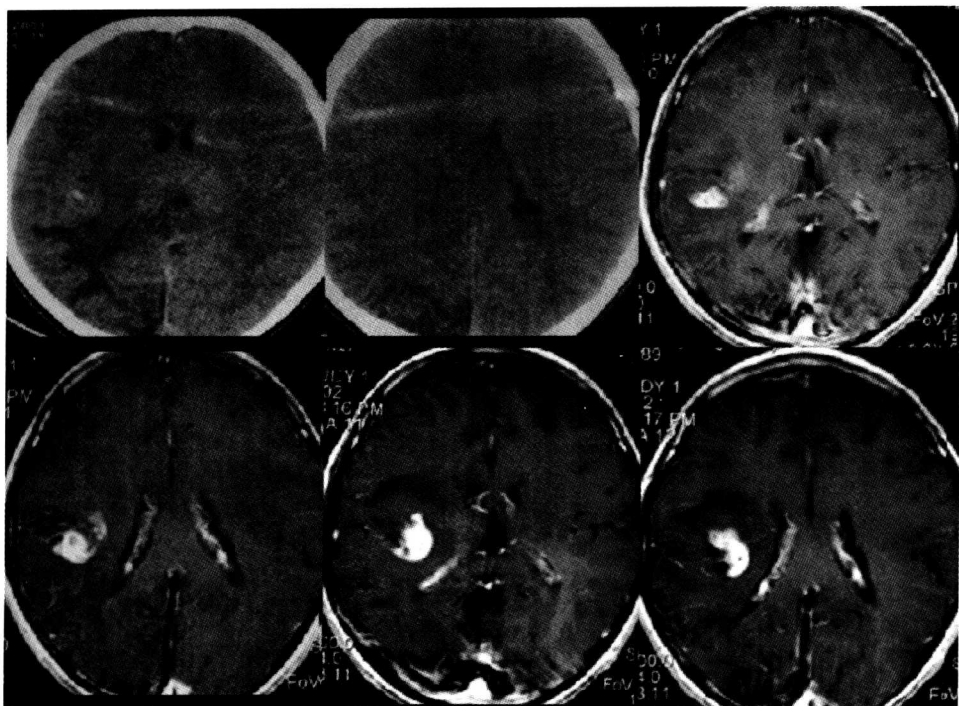
术中发现脑膜张力很高，双侧扁桃体已疝入枕大孔。肿瘤无包膜，色灰白，质硬，血供不丰富，与周围组织分界清楚，完整切除。病理诊断：“右小脑”结核。

【点 评】

颅内结核首先累及脑膜，然后形成结核结节，进一步发展融合为成熟的肉芽肿，而发生于脑实质内单发的结核瘤较少见。结核性肉芽肿的MR表现为 T_1WI 低信号， T_2WI 信号表现则较复杂，主要为中心信号多样，反映瘤体中心病理变化，当有干酪性变时呈典型“靶征”，强化时瘤体多为环形规则强化，环壁厚薄均匀，边缘光滑。本例病变发生于小脑半球，表现为单发，无明显的“靶征”，且为较大不规则“花环”样强化，占位效应显著。因对其影像学表现认识不足而误诊；同时临床上无明确颅外结核、结核性脑膜炎等病史也使影像学诊断定性有困难。术后查阅文献发现有学者提出“靶征”并非颅内结核瘤的典型特征，而花环样厚壁强化可能具有一定的特异性，这也说明颅内结核瘤影像学表现为多样性。脑实质内结核性肉芽肿或脓肿患者脑脊液不一定有异常，诊断时要收集其他证据。本例尚有鞍上池结构模糊、显著的脑积水和脑膜强化，均支持结核性脑膜炎的诊断。

（梁英魁 肖新兰）

病例 3



【病 史】

男性，40岁，头痛剧烈一周，PET代谢显像诊断右颞顶叶放射性缺损病灶考虑为良性病变。

【影 像】

CT平扫：右颞叶一等密度病灶，其内可见一小点状高密度钙化灶，周围有明显的沿脑白质束分布的片状低密度脑水肿影。MRI增强见病灶明显强化，呈结节状，且随着时间的延迟强化更明显，病灶也加大。

诊断：脑内原发肿瘤或转移瘤。

【最后诊断】

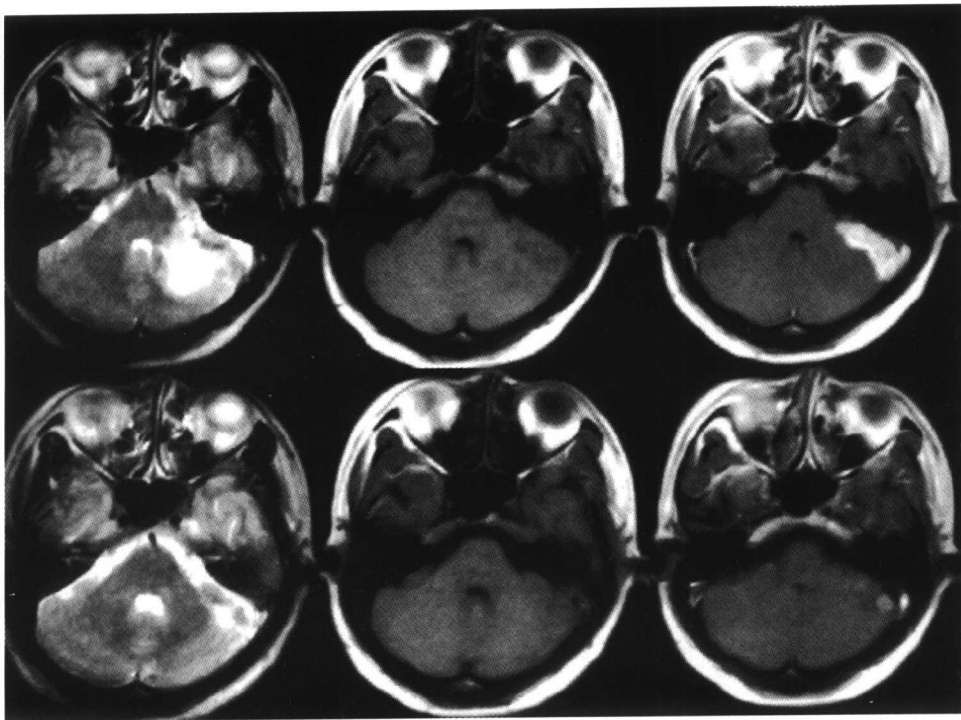
结核瘤。

【点 评】

颅内结核是结核杆菌经血道播散至软脑膜和脑实质内，通常以弥漫性脑膜病变为主，伴有皮层或皮层下结核结节，称为结核性脑膜脑炎。脑实质的粟粒状结核灶常为多发性，多较表浅，也可在脑深部。病变区的血管改变也常见，即血管壁受累发炎，管腔闭塞而致脑内软化灶。本例影像表现：1. 脑实质结节病灶，等密度并有钙化点，增强呈延迟强化等炎性肉芽肿的表现；2. 病史较短，脑室不大，但病人头痛剧烈，与肿瘤不太吻合；3. 误诊原因是单发占位病灶，水肿较明显，结核活动期除了钙化，同样可引起病灶的明显强化和周围较明显水肿，加上延时扫描强化病灶进一步扩大，术前应想到脑结核瘤的可能。

（汪丽娅、邱春梅、纪玉强）

病例 4



【病 史】

女性，44岁，发热、头痛近一个月。体检：神清，精神差，体温36.5℃，轻度颈抗，颅神经检查未见异常。化验无确切改变。

【影 像】

MRI平扫：左侧小脑半球见大片状长 T_1 、长 T_2 异常信号，信号欠均匀。增强扫描上述病灶外缘呈长条状显著强化，另外在四叠体旁及左侧裂池内各见一点状强化灶。影像诊断：转移性肿瘤可能性较大。

【最后诊断】

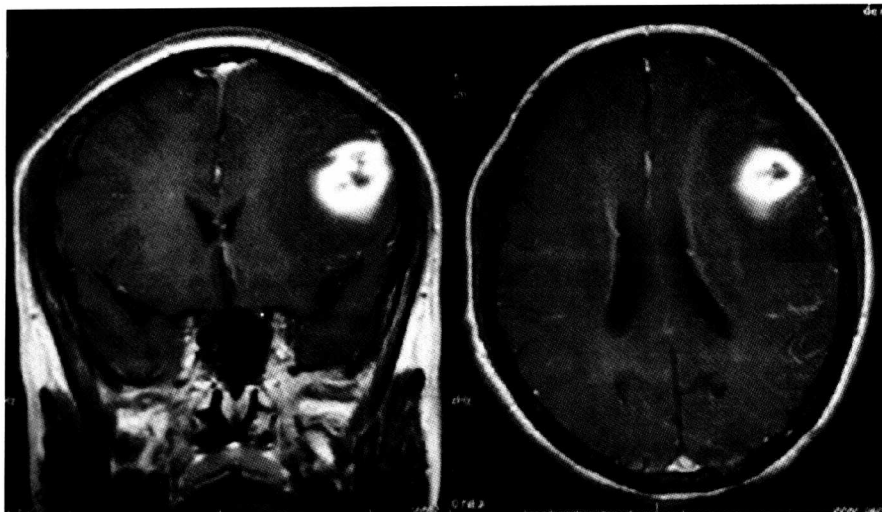
经抗结核治疗后，病灶明显缩小，脑积液细胞学检查为结核性脑膜炎。

【点 评】

1. 本例平扫时只见左小脑半球病灶，增强扫描另外发现多个小结节病灶分布在脑池周围，应首先考虑炎症性病变；2. 影像诊断医师未进一步询问病史，实际上病人一直有低热、盗汗、颈项强直脑膜炎征象；3. 影像诊断转移瘤之前应尽可能寻找证据，至少拍胸片除外肺部病变。

（蒋海清、彭吉东、钟俊远、林耀昆）

病例 5



【病 史】

男性，51岁，突发右面肌抽搐，口齿不清16小时，右面纹、鼻唇沟变浅，伸舌偏右，四肢肌力正常。曾做CT显示脑梗塞，治疗后好转，肺部CT、腹部平片正常。WBC: $8.6 \times 10^9/L$, RBC: $5.02 \times 10^{12}/L$, Hb: 107g/L, 体温: 36~37℃。

【影 像】

MRI: 平扫见左额叶皮层一2.5cm×2.5cm结节，呈长T₁、稍长T₂信号，中央见更长T₁、长T₂信号，周围伴有大片火焰状水肿带，增强后显示结节明显强化，中间小灶无强化区，诊断：左额叶胶质瘤可能性较大，不排除转移瘤。

【最后诊断】

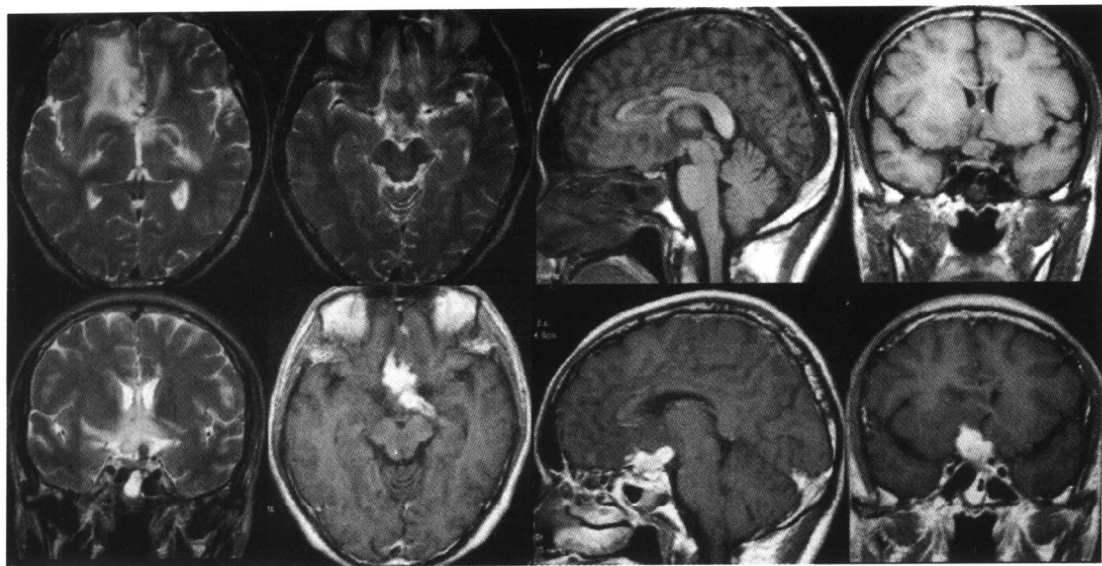
术中见左额叶中部距中线约2cm处，有一2.5cm×2.5cm大小肿块，灰白色，较硬，边界明显，肿块内有两个小腔，并有黏稠脓液。病理诊断：左额叶脑脓肿。

【点 评】

1. 本例表现与胶质瘤相似，如明显的占位效应，水肿较大，病变壁较厚，呈厚环形强化，内腔不规则；2. 脓肿壁多较薄，壁厚度较均匀，内腔较光整。本例脓肿不典型，病史也无多大帮助，惟一可疑之处是白细胞总数偏高，病灶较靠近脑表面；3. 对年龄较大、病史较短，大水肿和环形强化病灶，脑脓肿、胶质瘤和转移瘤三者之间要注意鉴别诊断；4. 恶性胶质瘤部位较深，可累及胼胝体或跨中线，花环状强化，常有瘤结节凸入腔内。脓肿较浅表，环的厚度较均匀，可有脑膜强化，病人常无明确感染史，但白细胞总数和分类有时升高。脑转移瘤50%以上来自肺部，除外肺部肿瘤是必要的。

(龚良庚、肖新兰)

病例 6



【病 史】

男性, 39 岁, 视力下降一个月, 体检: 左眼失明, 右眼颞侧偏盲, 脑脊液常规: 无色透明, 无凝块, 细胞数: $64/\text{mm}^3$, 糖: 2.8mmol/L , 氯化物: 112mmol/L , 蛋白: 449mg/L , 抗酸染色和墨氏染色阴性, 脑脊液培养阴性, 血清结核杆菌 DNA 阴性。血沉: 8mm/h 。

【影 像】

MRI 平扫: 垂体柄前上方不规则形等 T_1 、等 T_2 信号肿块, 周围大范围水肿, 增强扫描病灶明显强化, 沿左侧视束生长, 内有微小囊变区, 与垂体分界较清楚, 脑膜未见强化。诊断: 异位生殖细胞瘤或视交叉胶质瘤。

【最后诊断】

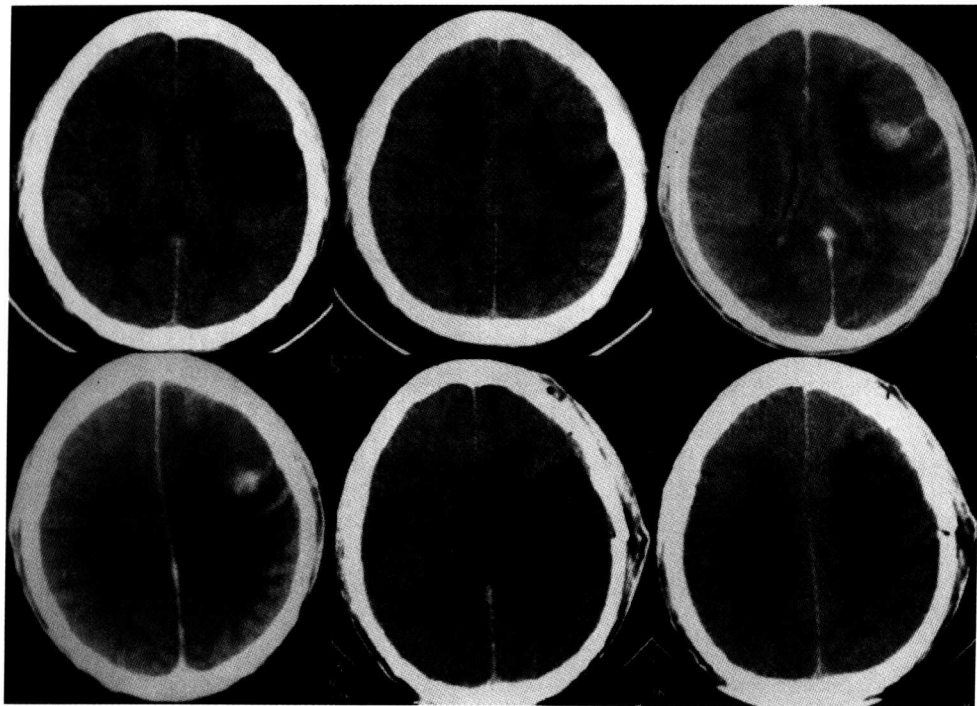
手术见病灶位于鞍内、鞍上区, 左侧视神经明显增粗, 病变组织坚韧与周围无明确分界, 病理诊断: 肉芽肿性炎症伴多核巨细胞反应及小脓肿形成。

【点 评】

病灶沿视交叉和视束生长, 囊变区正好位于视束走行区而误认为轨道征而考虑视交叉胶质瘤; 又因强化显著, 肿块呈分叶状, 周围脑水肿明显, 考虑异位生殖细胞瘤可能。视交叉胶质瘤通常为毛细胞型星形细胞瘤, 好发于儿童和青年, 占小儿胶质瘤的 $1/3$, 为囊实性肿块, 呈长 T_1 、长 T_2 信号, 不均匀明显强化, 但轨道征见于视神经周围脑膜瘤。异位生殖细胞瘤常见于 $10\sim 30$ 岁之男性, 常发生于下丘脑, 沿垂体漏斗部向上生长至鞍上基底节, 信号与脑灰质相似且明显强化。除病人年龄偏大外, 征象更符合异位生殖细胞瘤。但本例平扫和增强病灶边缘均欠清楚, 提示感染性病变可能性大。

(肖新兰、袁爱梅)

病例 7



【病 史】

男性，47 岁，头痛伴失语一周。

【影 像】

CT 平扫左额叶见一等密度病灶，周围可见低密度水肿。增强呈明显小结节状强化，位于皮髓交界处，考虑为恶性胶质瘤。（后二幅图为手术后表现）

【最后诊断】

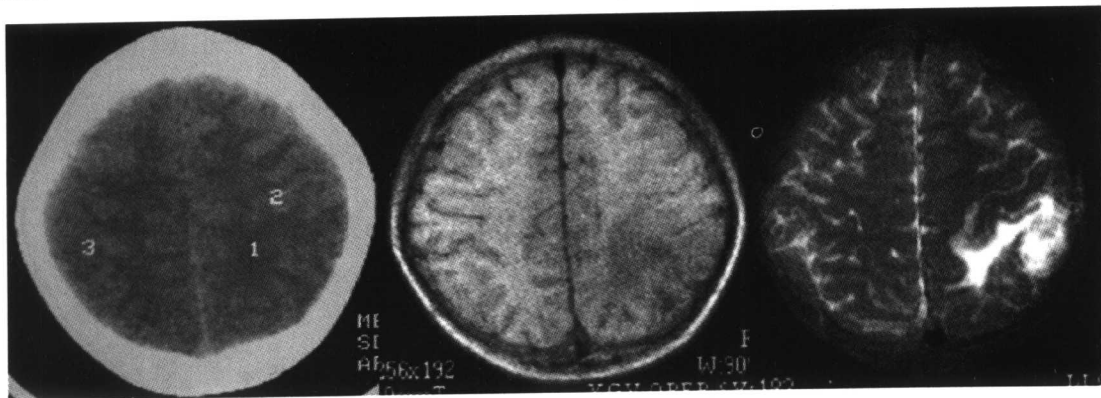
脑血吸虫。

【点 评】

脑型血吸虫病指的是日本血吸虫虫卵在脑组织中沉积引起的病变，好发于青壮年，临床上出现脑炎、癫痫发作和疑似脑内肿瘤的占位性症状。脑部病理改变为不同时期的虫卵结节形成和胶质细胞增生。好发于大脑皮层下，以顶叶及其附近最多见。CT 平扫表现为形态不规则的片状低密度影，占位征象明显，增强呈明显的小结节样均匀性强化，提示血吸虫虫卵抗原已引起免疫反应，在脑皮层及皮层下形成肉芽结节。本例由于病灶为单发占位性病变，周围有明显的水肿改变，误诊为脑内肿瘤。脑型血吸虫病多为小结节样和斑片状强化，病灶小而水肿大；原发性脑瘤病灶多为不均匀强化，病灶大小往往与周围低密度水肿成正比；转移性脑瘤病灶多为环状强化，多发，且有原发病灶。鉴别主要依据临床资料：患者多来自于疫区或有疫水接触史，血吸虫皮试、大便集卵、孵化也多为阳性，直肠黏膜活检也可查到血吸虫虫卵，吡喹酮治疗及时，病变可短期发生逆转。

（汪丽娅、王敏、周莉）

病例 8



【病 史】

男性，14岁，受凉后阵发性头痛一周，以左侧为甚，无发热、抽搐。近二日出现视物模糊，头痛症状加重。体检：颈项强直，实验室检查：WBC： $11.8 \times 10^9 / L$ ，LY：25.5%，MO：7.0%，GR：67.5%，RBC： $6.20 \times 10^{12} / L$ 。

【影 像】

CT平扫：左顶叶小片状不规则形低密度影，CT值32Hu，边缘不清楚，大小约2.0cm×3.0cm，无占位效应。CT诊断：左顶叶感染性病变可能大。MRI平扫：左顶叶近皮层下一类圆形异常信号影，呈混杂等 T_1 及长 T_2 信号，边界不清楚，周边呈大片长 T_1 、长 T_2 信号影。MRI诊断：左顶叶胶质瘤可能性较大。

【最后诊断】

病理诊断：脑曼氏迭宫绦虫裂头蚴病。

【点 评】

1. 曼氏裂头蚴病是假目目曼氏迭宫绦虫第二期幼虫寄生于人体所致的疾病。患者常因蛙肉贴敷皮肤或生食蛙肉而感染。裂头蚴在体内移行，可侵犯全身各种组织器官，造成感染性病变。主要发生于眼、四肢躯体、皮下、口腔颌面部等。发生于脑内者较少见，酷似脑瘤，常有阵发性头痛，出现视物模糊，多发于青壮年；2. 人体感染裂头蚴的传播途径主要为局部敷贴生蛙肉，裂头蚴或原尾蚴直接从皮肤伤口或黏膜侵入人体内感染，民间传说蛙有清凉解毒作用，常用生蛙肉、蟾蜍肉皮敷贴伤口或脓肿、炎症，以治疗之。可能因此而使寄生虫侵入体内，在脑内寄生，加上炎性细胞的侵入包裹，形成酷似脑瘤的结节状组织。另外，食用的或未煮熟的蛙、蛇或猪肉，误食含有原尾蚴的剑水蚤也可感染此病；3. 本例影像学特点为颅内占位效应不明显，CT呈不规则形低密度，MRI为类圆形混杂的等 T_1 及长 T_2 信号，影像表现无明显特征性；4. 临床诊疗中，应注意结合临床病史，定性诊断常依靠病理学检查。

（陆云华、龚福林、黄书娟、姜建、龚洪翰）