

该方法较为简单、方便、实用,且易掌握,仍不失为 X 线分型的一种较好方法。

乳腺的 X 线分型与乳腺疾病,特别是与乳腺癌发生之间的关系,目前仍是各国专家研究和争论的焦点^[1]。Wolfe 的分型中认为, P₂、DY 型属于“癌危险组”。胡永升的分型统计中, III c、IV c 属高危组乳腺类型;从年龄分布看乳腺癌发病年龄以 35 ~ 55 岁为多,其中 45 岁是高峰期。本组 41 例乳腺癌统计结果显示,乳腺癌的年龄分布基本符合以上观点,但与乳腺 X 线分型之间无明显关系,可能与本组病例较少有关。对比各种乳腺分型方法与乳腺癌发生的关系,我们亦认为无论何种乳腺分型方法都不能作为指导临床治疗的依据,也不能用于预测乳腺癌

是否发生,在普查中也不具有定性诊断意义。但从临床及流行病学统计看,掌握和了解各种乳腺类型与乳腺癌发病的关系以及年龄的变化与乳腺癌的关系,对在普查中制定重点监测人群的计划 and 预防发病有一定参考价值^[1]。

参考文献:

[1] 马丽华主编. 乳腺疾病比较影像诊断学[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2003. 76 - 78.

[2] 徐开野, 唐敖荣. 乳腺疾病影像诊断与治疗学[M]. 上海: 上海科技教育出版社, 1996. 92 - 95; 139 - 148

[3] 鲍润贤. 中华影像医学乳腺卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 22 - 23.

收稿日期: 2004 - 08 - 20 修回日期: 2004 - 11 - 08

本文编辑: 李 昕

肝尾状叶外生性原发性肝细胞癌 CT 表现及其误诊原因

孙志先, 黄海平

(连云港市第二人民医院放射科, 江苏 连云港 222023)

摘要:目的 探讨肝尾状叶原发性肝细胞癌外生性生长的 CT 表现及其误诊原因。方法 回顾分析 5 例手术或 CT 引导穿刺活检证实的肝尾状叶外生性肝细胞癌的 CT 表现及误诊原因。结果 全部病例肝尾状叶乳头状轮廓消失与肿块分界不清, 肿块的最大径位于肝外或小网膜囊, 增强前后的肿瘤密度与常见的肝细胞癌类似。结论 全面观察肝尾状叶与肿块间关系和肿块的强化过程, 可提高诊断的准确性, 减少误诊。

关键词:肝尾状叶; 癌, 肝细胞; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断

中图分类号: R735.74 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000 - 2065(2004)06 - 0552 - 03

原发性外生性肝癌是原发性肝癌的一种特殊类型, 癌肿主要向外生长、增殖, 肿瘤带蒂或不带蒂, 且肿块的最大径应在肝外或者肝外部分大于肝内部分。外生型肝癌较少见, 易误诊, 常侵犯肝脏周围组织和器官并形成新的血液供应, 其切除率高、预后好^[1]。现回顾分析 5 例发生在肝尾状叶的原发性外生性肝细胞癌的 CT 表现, 探讨其误诊的原因, 以提高其影像诊断的准确性。

1 资料和方法

近几年来本院经手术或 CT 引导下活体组织病理检查证实发生在肝尾状叶的原发性外生性肝细胞肝癌 5 例。男 4 例, 女 1 例; 年龄 42 ~ 68 岁, 平均 53.7 岁。以突发上腹痛, 持续加重, 疑上消化道肿瘤出血急诊手术 2 例; 疑为胆总管囊肿合并感染手术 1 例; CT 引导下穿刺活检 2 例。患者主要临床表现为: 反复腹胀、腹痛, 无肝炎、胃病、黑便, 无黄疸。

所有患者均于手术或穿刺前行 CT 扫描, 使用

Pilips Aura 螺旋 CT 扫描机, 层厚 10 mm, 螺距 1.0, 130 kV, 120 mA, 平扫 1 例, 双期增强扫描 4 例; 增强扫描时静脉注射碘海醇 100 ml, 高压注射器速率为 2 ml/s, 注射开始后 20 s、55 s 分别做肝动脉期和门静脉期增强扫描。

2 结果

本组患者肝尾状叶正常圆滑乳头状轮廓消失, 连续观察各扫描层面, 部分层面可见肿块与肝尾状叶局限性分界不清。全部肿块最大径位于肝外, 位于胃窦十二指肠肠圈内或小网膜囊区 4 例, 位于肝尾状叶下缘 1 例。实性 4 例, 囊性 1 例。实性病例中, 其中 3 例病变平扫密度与肝脏类似(图 1), 增强扫描类似于一般肝癌表现, 门脉期强化密度低于肝脏, 且密度较均匀; 另外 1 例合并出血, 表现为网膜囊区高密度凝血块与肿块混为一体, 即使增强扫描也很难区别肿块与凝血块(图 2 ~ 4)。1 例厚壁囊样病灶增强扫描囊壁见有强化和不完全分隔(图 5)。

作者简介: 孙志先(1969 -), 男, 江苏连云港人, 主治医师, 学士。

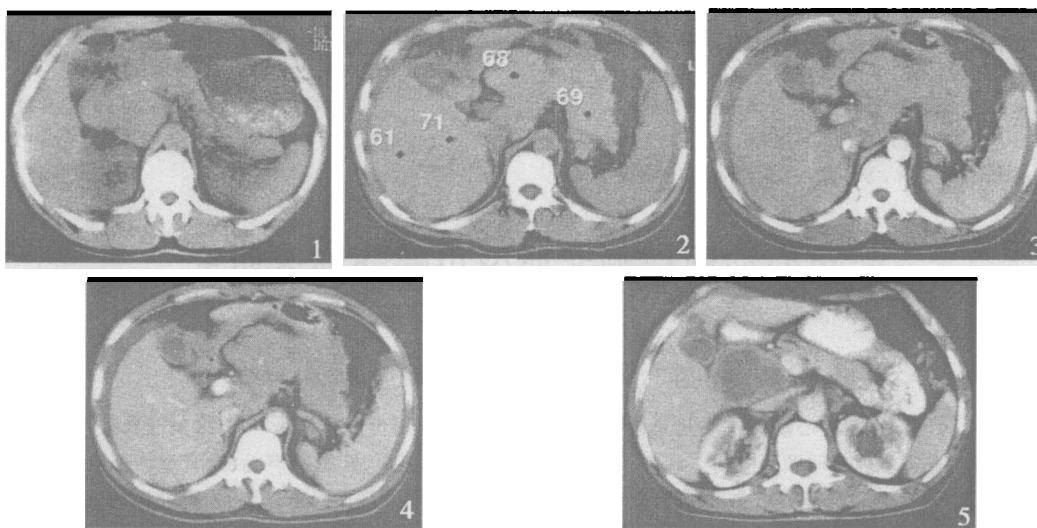


图1 肝尾状叶肝癌肿块位于胃窦十二指肠圈,密度结构与肝脏等同
 图2、3 肝尾状叶癌肿伸入网膜囊区,破裂出血。平扫及动脉期肿块与肝脏密度无明显差别
 图4 与图2、3同一病例,门脉期凝血块及肿块密度均低于肝脏
 图5 肝尾状叶下缘十二指肠后4 cm×5 cm厚壁囊性肿块,囊壁见有强化,囊内不完全分隔

3 讨论

肝尾状叶为肝后部的突出部分,以下腔静脉窝为后界,静脉裂隙为前界。静脉韧带裂隙将尾状叶与前方的左外侧段隔开,尾状叶与右后叶之间由峡部相连。尾状叶下部呈舌状伸入到门静脉和下腔静脉之间^[2]。由于肝尾状叶的解剖特点,门静脉和下腔静脉对发生于尾状叶的肿瘤起到了瓶颈般的限制作用,当尾状叶发生肿瘤时只能向肝外生长,进入胰头上、胃窦十二指肠圈、小网膜囊区,形成不规则肿块,与发生于该区域肿瘤鉴别困难。但在大部分原发性外生性肝细胞癌实性肿块病例中,其密度结构基本上和肝脏类似,增强扫描也和常见的肝癌表现相差无几。有研究表明,外生型肝癌细胞系无论形态学观察还是功能学测定,均符合肝细胞癌的一般特征,并具有体外分泌 AFP 功能^[3]。此外,连续观察肝尾状叶各层表现,很少看到正常肝尾状叶完整的乳头状轮廓,可于某一层面示肿块与尾状叶分界不清。肝尾状叶肝癌外向生长,肿块压迫胃十二指肠明显时,无论是临床症状还是体征都和原发于该部位的肿瘤鉴别困难,尤其是当肿瘤发生破裂出血时和上消化道肿瘤出血鉴别困难,本组有2例就是疑为上消化道肿瘤出血急诊手术。但患者无胃炎、胃溃疡病史,无慢性消化道出血史。这类患者在上消化道钡餐检查中胃黏膜应正常,胃蠕动也存在,但当肿块与胃发生粘连时,蠕动可以消失。当肿块

位于胰头小网膜囊时易误诊为胰腺的肿瘤,然而这些患者无胰腺肿瘤常见的胆道系统和胰管的扩张,临床上也无黄疸。肝尾状叶肝癌位于肝尾状叶下方接近肝门下呈厚壁囊性时,与胆总管囊肿合并感染、异位胆囊合并感染或其他囊性病变更难鉴别,但是外生型肝癌较少有胆道系统的改变,如果癌肿侵犯胆道系统,可引起胆道系统继发改变。

肝外生长的原发性肝细胞癌中的一种特殊类型就是带蒂肝细胞癌,可能起源于肝脏的副叶,该肿瘤有明显的瘤蒂,内含结缔组织、血管和胆管^[4]。肝左叶尤其是外侧段外生型肝癌,肿块也可长入小网膜囊,肿块与肝脏有一定的延续性,其密度结构也和肝类似。本组研究只限于肝尾状叶肝细胞癌的外向生长,与肝尾状叶不是以蒂相连,具有一定的延续面。外生型肝癌的诊断主要依据肿瘤有蒂与肝脏相连或紧邻肝表面和肿瘤相应的 CT 表现。血管造影及 AFP 检查对诊断有重要参考价值^[5]。有的肝肿瘤的蒂很细很长,肿块可甩到胃大弯侧,连续观察各层面很难发现肿块与肝脏存在某种关系。

外生型肝癌比较少见,发生在肝尾状叶更少见,病情进展较缓慢,临床症状及体征不典型,日常工作中要提高对该类型肿瘤的认识。另外,在胃窦、十二指肠圈及胰头小网膜囊区肿块的鉴别诊断中,应考虑该类肿瘤的存在,以减少误诊。

参考文献:

- [1] 张凤瑞,彭利,王顺祥,等.外生型肝癌的分型、诊断和治疗

- [J]. 中华肝胆外科杂志, 2002, 8(3): 148-149.
- [2] 李果珍主编. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 401-402.
- [3] 吴小鹏, 王占民, 刘博, 等. 外生型肝细胞癌系(EGHC-9901)的建立[J]. 中国现代普通外科进展, 2000, 3(2): 23-25.
- [4] 叶维法, 杨秉辉, 万德林, 等. 肝胆肿瘤学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2000. 432-433.
- [5] 陈明祥, 黄贤能, 周人民. 外生型肝癌的 CT 诊断: 附 7 例[J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(5): 282-283.

· 收稿日期: 2004-07-30 修回日期: 2004-10-25

本文编辑: 程春开

超声心动图检测非典型川崎病临床研究

杜建侠, 陈德理

(徐州市儿童医院彩超室, 江苏 徐州 221006)

摘要:目的 探讨超声心动图在小儿非典型川崎病诊断中的应用价值。方法 对 28 例非典型川崎病患儿的超声心动图检查资料进行回顾性分析。结果 16 例冠状动脉内径正常, 管壁回声毛糙, 管壁内似有小囊性改变; 7 例冠状动脉内膜增厚、管腔狭窄; 3 例冠状动脉轻度扩张, 壁回声不均匀、回声增强; 2 例冠状动脉明显扩张。5 例合并二尖瓣、三尖瓣反流。结论 超声心动图检查可早期发现冠状动脉病变情况, 为非典型川崎病的及时诊断、及时治疗提供了有价值的参考信息。

关键词:非典型川崎病; 超声心动图; 早期诊断

中图分类号: R445.1 文献标识码: B 文章编号: 1000-2065(2004)06-0554-02

近年来, 川崎病(Kawasaki disease, KD)非典型病例有所增加, 这些患者症状轻、体征少, 但冠状动脉的损害却与典型病例相似。因此, 早期诊断非典型川崎病至关重要。彩色多普勒超声心动图可清晰显示冠状动脉病变部位、程度及治疗转归情况。现对我院 28 例非典型川崎病的超声心动图检查情况作一小结, 以提高临床对非典型川崎病的早期诊断率。

1 资料和方法

1.1 一般资料 1996 年 1 月~2004 年 1 月在我院行超声心动图检查的非典型川崎病患者 28 例。其中男 18 例, 女 10 例, 年龄 4 个月~6 岁, 平均 2.5 岁。

1.2 诊断标准 本组 26 例患儿符合日本川崎病研究会制定的川崎病诊断标准^[1] 6 项中的 4 项, 超声心动图检查可见冠状动脉壁辉度增强等, 提示冠状动脉炎。2 例符合上述标准 6 项中的 4 项或 3 项, 但在病程中经超声心动图证实有冠状动脉扩张。

1.3 仪器 使用 Acuson 128/XP10 型超声诊断仪。探头频率 3~7 MHz。

1.4 方法 取胸骨左缘主动脉短轴切面、非标准左室长轴切面、右室流出道长轴切面、左室短轴二尖瓣水平切面、右室流入道切面及心尖四腔心切面, 探头向足背侧扫查, 观察左、右冠状动脉各段(左冠状动脉主干、左前降支、回旋支, 右冠状动脉的上、中、下段)管壁的厚度、回声、清晰度, 内膜形态, 管腔内径

及管腔内部回声情况。住院期间每周 1 次超声心动图检查, 出院后每 3~6 个月复查 1 次, 2 年后每年复查 1 次。

2 结果

28 例非典型川崎病患者, 冠状动脉均有不同程度的改变。冠状动脉扩张标准^[2] 为 5 岁以下左右冠状动脉内径应小于 3 mm; 5 岁以上左右冠状动脉内径应小于 4 mm。本组病例 16 例冠状动脉内径正常, 管壁回声毛糙, 管壁内似有小囊性改变; 7 例冠状动脉内膜增厚、回声增强, 管壁不规则(图 1); 3 例左冠状动脉轻度扩张, 壁回声不均匀、回声增强(图 2); 2 例冠状动脉明显扩张(图 3)。5 例合并二尖瓣、三尖瓣反流。



图 1 冠状动脉回声增强, 内膜增厚

21 例 1~2 周后复查超声心动图, 原冠状动脉内径正常者冠状动脉内径没有进一步增宽, 内膜回声较

作者简介: 杜建侠(1961-), 女, 山东阳谷人, 副主任医师。