

结核性胸膜炎 B 超诊断价值(附 56 例分析)

吴书祥 李希然 杨爱武 郑菊芬
(浙江省苍南县中医院 B 超室 苍南 325800)

关键词:结核性胸膜炎;B 超;诊断

中图分类号:R 445.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0068-02

结核性渗出性胸膜炎是胸腔积液的最常见病因,B 超是其常用的影像学检查手段。本文回顾性分析 56 例经临床生化及细胞学检查确诊为结核性胸膜炎患者,探讨结核性胸膜炎的 B 超特点,评价 B 超诊断价值。

3 讨论

CT 增强扫描对于肝癌的诊断有决定性意义^[1]。以往的各种增强方式都有些不足,由于螺旋 CT 的问世,扫描速度越来越快,使三期动态增强(全肝)CT 扫描成为可能,肝癌的诊断率得到了进一步提高。

3.1 肝癌典型 CT 表现 (1)CT 平扫:为低密度。(2)增强扫描:动脉期高密度,门脉期及平衡期为低密度,即造影剂“快进快出”的特点。(3)动脉期可见肿瘤的供血动脉。(4)假包膜征:平扫包膜为低密度透亮带,即晕圈征。增强后于动脉期,多数仍为低密度环影,部分环影消失呈等密度改变,少数强化为高密度环影。门脉期为高密度,部分延续强化至平衡期仍为高密度。(5)动-门脉短路,如在大分支或主干可表现为门脉的早期显影,如在远端可表现为肝实质早期异常强化,呈楔形或不规则形,且多伴有门静脉癌栓。(6)门静脉癌栓,表现为门脉内充盈缺损或不充盈,门脉期显示最佳。(7)远处转移,肝癌主要转移途径为血行转移和淋巴转移。(8)合并肝硬化,我国肝癌病例中 90%合并肝硬化,肝硬化与肝细胞癌的伴发率为 49.9%^[2]。

3.2 鉴别诊断 (1)肝血管瘤。增强扫描:典型表现为早期病灶从周边开始呈斑片状、结节状强化,强化区域进行性向中心扩展,延迟扫描病灶呈等密度充填。强化较迟及均匀,持续时间长,即造影剂“晚进晚出”的特点。(2)肝转移癌。在动脉期及门脉期可呈边缘连续环状强化,中央部分因血供少而强化不明显,呈“牛眼征”。病灶多发,有原发肿瘤史。(3)周围胆管细胞癌。动脉期及门脉期肿瘤边缘均可见窄的不连续的强化,病灶内部无明显强化,但可有不定型的分隔是其典型表现。(4)局灶性结节增生和腺瘤。为少见良性病变,好发于年轻女性,这两种病变的 CT 表现相同,不易区别,动脉期明显强化呈高密度,门脉期一般仍为略高密度或等密度,如果见到中心呈放射状分布的纤维瘢痕组织,则为局灶性结节增生的特征表现。肝腺瘤与长期口服避孕药有关,增强扫描,如果见到包膜、或肿瘤内出血,则支持腺瘤的诊断。(5)肝脓肿。平扫为边缘模糊的低密度,增强呈环状强化,内壁光滑,病灶内可见气体或气液平面为其特征。(6)局限性脂肪肝。平扫及强化可见低密度影中有血管和肝内胆管走行,较规则,无占位性推移。

3.3 提高病灶检出率 肝癌好发年龄为 50 岁以上,本组占 73.6%;男性为主,本组占 84.5%;好发于肝右叶,本组占 77.5%。这些结果与文献上报告基本相仿。绝大多数病灶在平

1 资料与方法

1.1 临床资料 搜集我院 2001 年 1 月~2003 年 10 月行 B 超检查的结核性胸膜炎患者 56 例,男 39 例,女 17 例;年龄 18~72 岁,平均 36 岁;病程 1 周~1 年,起病缓慢、病程较长

扫图上显示为低密度,但也有等密度或略高密度的,密度差异取决于肿瘤本身的分化程度,还取决于原来的肝脏基础,肿瘤细胞分化良好的,其密度与正常肝组织十分接近。脂肪肝或肝硬化伴脂肪肝的病例,由于肝脏密度下降与病灶之间的密度差异缩小,也为等密度病灶的一个原因。如果脂肪肝特别显著,病灶反而成为高密度。CT 平扫病灶密度均匀或不均,当病灶中心发生坏死、出血、钙化或脂肪变性时密度显得不均。大的病灶内坏死很常见,且与肿瘤大小成正比,肿瘤钙化和出血少见^[3]。动态增强扫描,肝癌主要接受肝动脉供血,多数肝癌动脉血供丰富,约 80%~90%在动脉期病灶出现强化呈高密度,门脉期及平衡期呈低密度,反映造影剂快进快出的特点,这是肝癌的典型表现^[4]。一些动脉期呈高密度的病灶,在门脉期和平衡期变为等密度,尤其是小病灶^[5],所以动脉期扫描对小肝癌病灶的检出非常重要。本组 15 个病灶动脉期未见增强,呈等密度或低密度,见于结节型和小肝癌,表明部分肝癌血供不丰富或有门静脉参与供血,故在动脉期呈等密度或低密度。尽管肝动脉期扫描在肝癌病灶的检出和定性方面有重要作用,但也会有一些病灶漏检,因此门脉期和平衡期扫描也必不可少。本组病例仅在平衡期显示的 1 个病灶,为小肝癌,肝细胞癌仅在平衡期显示的原因还不十分清楚,可能的原因是这些病灶肝动脉血有轻度增加,还不足以使病灶在动脉期扫描呈高密度,而在门脉期由于病灶肝动脉血供轻度增加补偿了门脉血供的轻度减少,使病灶在门脉期亦呈等密度,而平衡期由于门脉血供的减少略呈低密度^[6]。因此,动脉期、门脉期和平衡期扫描的结合能明显提高病灶的检出率,这对提高肝癌患者的生存率,减少肝癌术后复发率有重要意义。

参考文献

- [1]郑进方,王海东,符少清,等.螺旋 CT 双期扫描诊断伴肝硬化的小肝癌的探讨[J].中国误诊学杂志,2001,1(10):1462
- [2]李果珍.临床 CT 诊断学[M].北京:中国科学技术出版社,1994.405
- [3]周康荣.腹部 CT[M].上海:上海医科大学出版社,1993.32
- [4]燕霞.肝癌的血管生成与螺旋 CT 和动态 MRI 的强化[J].医学影像学杂志,2005,15(1):58
- [5]段少银,康江河,黄锡恩,等.螺旋 CT 三维重建的临床应用[J].中国临床医学影像杂志,2000,11(5):335~338
- [6]王延昱,王长龙,冯远德,等.三期螺旋 CT 扫描对肝癌诊断的研究[J].中国临床医学影像杂志,2001,12(3):176

(收稿日期:2005-07-08)

胃肠道间质瘤的诊断与治疗(附 8 例报告)

徐小平 崔新华 马吉泉

(浙江省武警总队医院 嘉兴 314000)

摘要:目的:探讨胃肠道间质瘤的诊断和治疗。方法:回顾性分析 2001~2004 年收治的 8 例胃肠道间质瘤的临床资料。结果:胃间质瘤 7 例,回肠间质瘤 1 例,均无腹腔及远处转移。术前诊断为胃肠道间质瘤 4 例。8 例均行手术治疗,并均治愈出院。结论:胃肠道间质瘤早期诊断较困难,且缺乏统一的诊断标准。要根据临床表现,结合内镜、影像学检查、病理学特征与免疫组化结果方可明确诊断。治疗以手术切除为首选,对化疗及放疗不敏感。酪氨酸激酶受体抑制剂的出现,给胃肠道间质瘤的治疗带来了新希望。

关键词:胃肠道间质瘤;诊断;治疗

中图分类号:R 735

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)06-0069-03

胃肠道间质瘤 (gastrointestinal stromal tumors,GIST) 是一种发生于消化道的少见肿瘤。它属于间叶肿瘤的 1 种,由于其特殊的组织学、免疫表型及分子遗传学特点,故 Mazur 等^[1]于 1983 年首次提出了 GIST 这个概念,将它与其他的间叶肿瘤以示区分。但是,GIST 的发病率低,约 2/10 万,所以过去对 GIST 的组织发生、生物学行为和肿瘤的恶性程度都并不十分明确,这就给我们的诊治带来了很大的不便。近 10

(大于 3 个月)的 11 例,病程在 2 周以内的 9 例,其他 36 例病程 2 周至 3 个月。所有病例均经正规抗痨治疗后好转。

1.2 仪器和方法 所用仪器为 ATL APOGEE 800 plus 彩超,凸阵变频探头,频率 3.5MHz。患者术前无需特殊准备,采取坐位,双手自然下垂,探头沿双侧背部肋间自上而下,从左到右在各个肋间进行不同断面探查,重点观察患侧,观察胸膜厚度,测量液性暗区的范围,液性暗区中有无异常回声。在液性暗区厚度最大的肋间,用体表十字定位法确定穿刺的部位和深度。

2 结果

56 例胸腔积液患者中,游离性胸腔积液 32 例,包裹性胸腔积液 24 例;大量积液(无回声区前后径 6cm 以上)13 例,中量积液(无回声区前后径 3~6cm)37 例,少量积液(无回声区前后径 1~3cm)6 例;右胸积液 27 例,左胸积液 18 例,双侧胸腔积液 11 例;合并心包积液 2 例,合并腹腔积液 1 例;胸膜增厚 34 例,其中胸膜厚度小于 1cm 的 33 例,大于 1cm 的 1 例;胸膜面光滑 32 例,表面凹凸不平的 2 例;胸膜增厚以肺底部明显的 21 例,上下均匀一致增厚的 17 例。

3 讨论

胸腔积液可由多种病因及不同致病机理引起,所有影响胸腔内液体转动的因素均有可能导致胸腔积液的发生。本组资料显示,结核性渗出性胸膜炎最常见的 B 超表现为胸腔积液。积液量可多可少,中到大量积液多见,且容易形成包裹,右侧多于左侧。少数患者可双侧胸腔同时发生或合并心包积液。依据胸腔积液的回声特点,大致可判定积液的性质。病程短(少于 2 周),液性暗区透声较好,呈清晰液性暗区。病程长,液性暗区透声较差,有时内有散在低回声小光点漂浮^[2]。游离性胸腔积液多积聚在胸腔底部,量少时仅见肋膈角呈条带状液性暗区,积液量增多,暗区范围随之扩大^[2],穿刺胸水多为草黄色,少数可出现血性胸水。积液的无回声区内有时可

年来,由于各种诊断技术,特别是分子生物学在临床上的应用,使我们对 GIST 的诊治有了长足的进步。我院 2001~2004 年收治了确诊为胃肠道间质瘤 8 例,均成功行手术切除,痊愈出院。报道如下:

1 临床资料

男 4 例,女 4 例;年龄 55~72 岁,平均 61.2 岁;其中 7 例为胃间质瘤,1 例为回肠间质瘤。8 例中,反复中上腹胀痛不

见到多条索状或带状强回声光带,较宽的一端粘附于胸膜上,另一端在胸水中漂浮。笔者认为如果是青年患者,单侧胸腔积液,超声发现以上声像图特点则可提示结核性胸腔积液可能性大。

包裹性胸腔积液常局限于肺底部、侧胸壁及肺叶间,轮廓尚清晰,内可有低回声小光点,有时可见积液的无回声区中有多条索状或带状强回声光带在漂浮。并可合并胸膜粘连,表现为增厚的壁层与脏层胸膜间见低回声区或伴有条状回声交错。穿刺常为较稠密的、深黄色的液体,有时肉眼可见其内脱落坏死的组织碎屑。

胸膜增厚多见于病程历时日久未彻底治愈者,积液常有包裹性倾向。表现为胸壁回声间有一层中等低回声区,分布尚均匀,厚度不一。本组结核性胸膜炎患者胸膜厚度一般不超过 1cm,多以肺底部明显。上下胸膜一致性增厚且胸膜面光滑也是本组结核性胸膜炎较常见的 B 超表现。

B 超具有较高的灰阶和空间分辨率,能很好地显示结核性胸膜炎患者胸腔积液情况,其内是否有异常回声,通过积液衬托观察胸膜面是否光滑,胸膜有无增厚等,因此对结核性胸膜炎的诊断和鉴别诊断有较大应用价值。对于较典型的病例,结合 B 超及临床表现,可以提示结核性胸膜炎;对于不典型病例,可以提供有助于和其它胸腔病变相鉴别的资料,并为胸腔穿刺抽液等诊疗措施提供准确安全的进针部位、方向、深度,估计积液量等有价值的信息。另外,对于结核性胸膜炎患者治疗后的疗效评价,B 超也有较大价值。

参考文献

- [1]姜永前,周志祥,柏宏坚. B 超及 CT 在胸腔积液诊治中价值的探讨[J]. 南通医学院学报,2001(4):424
- [2]周永昌,郭万学. 超声医学[M]. 北京:科学技术文献出版社,1999. 736-766

(收稿日期:2005-03-14)