

中均需用硝酸甘油片,可减轻心脏负荷,增加CA循环流量。⑤操作时应动作轻柔,切忌粗暴,以防血管内膜撕裂和CA痉挛。

### 巨大囊性淋巴瘤B超误诊为

#### 卵巢囊腺瘤2例

杨晨 伏克强 徐兆臻 刘会秀

(苏州市第二人民医院)

腹腔囊性淋巴瘤,属新生物类囊性病变,2例报告如下:

[例1]女,25岁,未婚。自觉下腹膨隆一月余伴隐痛、低热。月经正常。查体:腹部膨隆如孕6月大小,呈囊性感。声像图所见:整个盆、腹腔被一巨大无回声区占据,内有数十条分隔,其中尚可见数个约2.0cm左右的低回声区。囊肿后方回声增强,边缘清楚。肠管被挤压。子宫大小正常,附件探测不清。超声提示:盆、腹腔巨大多房性囊性包块,卵巢粘液性乳头状囊腺瘤?手术所见:腹腔内巨大囊肿,壁薄、色蓝黑,四周和肠腔广泛粘连,囊肿尽切除后,见后腹膜大片缺损,遂修补,剖开囊肿为褐色性分泌物流出,约8000~10000ml,多房分隔。病理:后腹膜囊性淋巴瘤伴出血。

[例2]女,28岁,已婚。下腹痛伴腹部膨隆半年。查体:腹部可触及一足月儿头大之囊性包块,活动度欠佳。声像图显示:盆、腹腔内 $24 \times 15 \times 8$ cm无回声区,界线清,包膜完整,后方回声增强。内部呈多房性并部分不均质低回声区。子宫略大。超声提示:盆、腹腔巨大囊实性包块,是卵巢粘液性囊腺瘤?手术所见:子宫附件正常。于后腹膜及肠系膜根部可见大如拳头,小如葡萄状乳白色囊肿聚集在一起,个别可见淋巴管相通,破损后有乳糜样液流出,呈多房性,彼此不相通。病理报告:囊性淋巴瘤。

#### 讨论

该病临床较为罕见,大小一般约3~25cm,有的可充满整个盆腹腔,大多为多房性,有大小不一的多个小腔,囊腔可相通或独立存在,偶可有哑铃状,在肠系膜两边各有一巨大肿物由一窄部分相连。临床上多见于儿童,少有30岁以上者。临床表现与其生长过程中的并发症有关。误诊原因:①该瘤生长较大、呈多房性,并与卵巢常见的相似肿瘤混淆。②该瘤可生长在网膜、肠系膜、后腹膜,超声难以判定其方位、来源。③本病罕见仍被忽视。

#### B超诊断双子宫左

### 侧子宫内翻1例报告

刘凤琴 高桂芳 (辽河油田第一职工医院)

产后子宫内翻少见,双子宫一侧子宫内翻更为罕见。现将我院所见1例报告如下:

李××,女,28岁,因不规则阴道流血伴轻度腹胀3个月,加重3天于1990年7月入院。患者于1989年曾在外院行右侧子宫剖宫产,术中发现双子宫。1990年4月产后第一次行经。阴道下2/3不全纵隔,阴道内有约 $7 \times 5 \times 4$ cm红色肿物,表面少量出血,上下可见两个约0.2cm之凹陷孔,绕肿物根部可及一缩窄环,牵拉肿物缩窄环上升而不下降,耻骨联合后方触不到宫体可及一凹陷并有压痛,右侧子宫稍小,与缩窄环相连,考虑为双子宫左侧子宫内翻。

B超:膀胱充盈下耻骨联合上探查:盆腔偏右如见一子宫,大小为 $5.8 \times 3.4 \times 3.0$ cm。相当于宫颈阴道处可见 $7.5 \times 4.4 \times 4.0$ cm的强回声,周边环绕0.3cm的低回声,横切时强弱相间呈同心圆样改变。其顶端可见左侧卵巢,右侧卵巢位于两子宫之间。在超声引导下经阴道肿物之凹陷孔内注入3%双氧水3ml,中心部立即出现强回声,其顶端卵巢周围可见强回声气泡溢出。B超提示:双子宫左侧子宫内翻。

于1990年7月在硬膜外麻醉下拟行内翻子宫次全切除术,术中见左侧子宫翻出,左角一卵巢牵入翻出之凹陷环内。术后病理:子宫内翻分泌晚期伴急性炎症。声像图分析:宫颈阴道处强回声为翻出之子宫,其肌层受挤压增加了组织密度使声阻抗差变大故表现为回声增强,外层的低回声带为翻出的子宫内翻水肿所致,横切时同心圆样改变其中心为输卵管,其次为子宫浆膜层,肌层,最外层为子宫内翻,这样形成了强弱相间的图像。

讨论:子宫内翻多见于产后,其主要原因是由于妊娠时支持子宫的韧带松弛,宫口开大加腹压等因素引起。本例产后十五个月出现内翻查阅文献尚未见到此类报导,可能是由于畸形子宫宫颈发育不良所致。该病易与粘膜下子宫肌瘤混淆,在超声引导下经阴道肿物之凹孔注入双氧水造影是确诊的最佳方法。

### 髓质海绵肾影像诊断(附1例报告)

宁炳游 韦民英(广西右江民族医学院附院)

髓质海绵肾(medullary sponge kidney, MSK)很少见,国内报道不多。我院所见1例经12年随访的影像结