

双下肢直腿抬高试验(+)。

X线表现:腰椎下侧位显示骶骨偏右侧骨质大部破坏,呈棉絮状密度增高区和蜂窝状密度减低区,右侧骶髂关节面被破坏,骶骨右下部瘤体向外突出。瘤体内密度不均,蜂窝状减低区与棉絮状增高区混杂。体层摄片:腰5椎体破坏。

手术病理所见:骶骨骨纤维异常增殖症。

讨论:骨纤维异常增殖症是正常组织逐渐为增生的纤维组织所代替的一种骨的肿瘤样病变。本症Weil氏(1922年)所报告,Albright Butler Hampton和Smith(1937年)作为一综合征首先提出报告。其特点是弥漫性纤维囊性骨炎区域色素沉着和内分泌功能不良,如患者女性则有性早熟现象。可单发或多个骨骼同时发病。脊柱受累者少见。国外报导脊柱受累者共有8例。多为颈、胸、腰、骶部未见报导。本病多发于四肢、躯干骨、颅面骨,在这些部位因有典型的X线表现,诊断一般不难,但发生于少见部位,容易造成误诊,此例术前多次诊断为软骨瘤。

鉴别诊断:在鉴别诊断中,一般应考虑到的疾病包括:骨囊肿、内生软骨瘤、非骨化性纤维瘤,甲状旁腺机能亢进、神经纤维瘤、内生软骨瘤病、畸形性骨炎和骨巨细胞瘤。

出血性肾囊肿并肾感染的

影像学表现(1例报告)

秦秀云 (山东省立医院)

刘实 时季成 (山东省医学影像学研究所)

患者,女,29岁。4月前出现左腰部痛不伴发烧,疑胃痛,服药后症状缓解。后又多次出现左腰部疼痛不适,便不伴尿频、尿急、尿痛及体温升高,沁尿科检查所见:两侧肾及输尿管走行区无明显叩痛,腹部检查两肾均未触及,外阴检查无异常。血、尿、大便常规检查均阴性。

影像学检查:

1. B型超声检查:使用B型实时超声显像仪,探头3.5MHz,采用斜位,俯卧位常规肾区扫查,显示左肾体积增大,于左肾中下部内侧见一大小约 $6.7 \times 6.9\text{cm}$ 肿块,边界清楚,其内回声不均质,内见不规则强回声及不规则液性暗区,集合系统受压移位,上部肾盏轻度扩张。诊断肾脏炎块并局部肾盂积水。

一周后B型超声复查,显示左肾体积增大,形态不规则,实质回声欠均质,中、下部见二个囊实性肿块,大小分别为 $8.5 \times 6.4\text{cm}$ 及 $3.8 \times 2.9\text{cm}$ 。包膜完整边缘毛糙,内部有液性暗区及条片状强回声,后方有增强效应。诊断左肾囊肿合并感染(图1)。

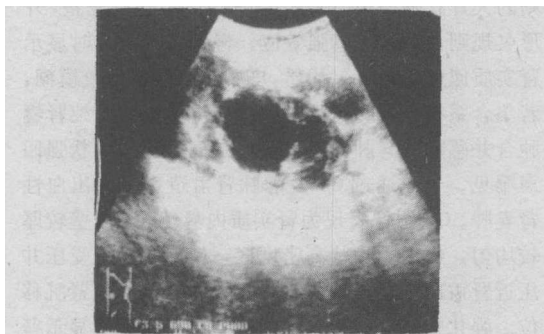


图1 B超片左肾中下部见囊实性肿块,边界清楚,囊壁较厚边缘毛糙,液性暗区为主内有片状及大片状强回声,肿块后方有增强效应

又过4天后第3次B超检查,显示左肾体积增大为 $13.2 \times 7.5\text{cm}$,上部实质厚约1.5cm,回声欠均质。中下部见一大小为 $9.8 \times 7.3\text{cm}$ 囊实性肿块,外形欠规则边界清楚,边缘呈强回声,其内有数处液性暗区,最大者约 $4.4 \times 3.7\text{cm}$,部分液体暗区内有条片状及大片状强回声,肿块后方回声较强,肾脏上部集合系统见分枝状液性暗区,最宽处约1.4cm,上段输尿管内径约0.5cm,边缘尚光滑,内透声好。诊断左肾囊肿合并感染或出血、左肾上部集合系统轻度积水。

2. CT检查:左肾下部见一囊性占位大小为 $7 \times 6\text{cm}$,将肾皮质外压,囊内可见片状高密度区,囊壁较厚,厚度较均匀,囊外肾盂内可见二处局限性积水。增强后扫描囊壁有轻度强化。诊断为左肾下部良性占位囊肿出血并感染可能性大。

3. 静脉肾盂造影:常规静脉肾盂造影检查,右肾、右输尿管及膀胱未见异常。左肾位置升高至胸椎11.12水平,外形增大,下极圆隆增大,上组肾盏向上移位并增大,外形规则密度均匀,肾盂向上移位变形,内下缘毛糙,显影较好密度均匀,中组肾盏拉长变形呈弧形,双边、基底部变细,边缘光滑密度均匀。三个下肾盏较大变形与肾盂分离,边缘欠光滑,有的密度较低尚均匀。与肾盂相连的上段输尿管向上方呈弧形移位,管径较细且粗细欠均匀。左侧中下段输尿管未见异常。

手术病理所见：左肾囊肿伴囊内出血。

讨论：肾囊肿合并出血也称为出血性肾囊肿，其通过影像学检查能够诊断。首选方法是B型超声检查，其声像图表现为肾脏内有囊实性肿块，近期增大较快，以液性暗区为主内见条片状强回声及不规则的大片状强回声，肿块边界较清楚，包膜完整，外形欠规则，后方有增强效应。慢性肾盂肾炎时显示肾实质回声稍强且欠均质，皮质及髓质结构较模糊，若集合系统积水时肾盂肾盏边缘可毛糙。单纯肾囊肿合并感染时囊肿内有条片状强回声但大片状强回声罕见。也可通过CT及静脉肾盂造影诊断出血性肾囊肿。CT图像表现为肾实质内囊性肿块，壁较厚较均匀，囊内见片状高密度区，使部分皮质受压并压近肾盂出现局限性积水。较大肿块可推压肾脏移位。强化扫描的囊壁可轻度强化。肾盂造影显示肾脏外形有局限性增大并局部见软组织肿块，肾盂肾盏或上段输尿管受压移位变形，部分肾盏受压较重时可使肾盏肾盂分离，受压的肾盏及肾盂边缘毛糙或显影较淡。

出血性肾囊肿可误诊为肿瘤，应仔细观察良性病变的特点，B超检查时为囊实性肿块，有囊壁且边界清楚。CT检查也有上述特点，静脉肾盂造影时表现为肾盂、肾盏为受压移位改变。

B型超声诊断胎儿内脏多发畸形1例

王彩荣（宣武医院）

孕妇28岁，孕32周，因产前在外院三个医院行超声检查结果不同，有的诊断胎儿腹水，有的怀疑肾脏畸形，有的怀疑左房大。来我院就诊，超声检查发现：胎头位于子宫下段，双顶径测不出，前壁胎盘厚3.5cm，羊水暗区8.5cm，股骨径长5.7cm，胎儿腹腔内可见大量腹水暗区，水深达1.5cm。胎心失去正常形态，呈两个较大的无回声区，由心室部发出一条大血管，胸部走行显示不清，远端腹腔内可见两条大血管走行，双肾形态失常，提示：胎儿内脏多发畸形，单心室或巨大室缺，永存动脉干肾脏畸形，腹水，羊水过多。

两天后孕妇入院引产，娩出一女婴，外观大腹畸形。病理解剖报告：7个月胎儿，身高33cm，体重1650克，胎儿多发畸形；巨大室缺，永存动脉干，脾缺如，左肾先天囊肿。

讨论：B超在围产医学中有广泛的应用价值，它不但可以监测胎儿发育，早期了解胎儿头颅、骨骼，躯干发育情况，也可以从妊娠中期开始观察胎儿内脏发育。胎儿羊水多，有腹水则说明有畸形的可能性较大。因此需从头至脚做连续横切及纵切扫查。如果有显示不清的部位可嘱孕妇适当变换体位观察，内脏的主要结构便可以显示出来。胎儿畸形发病率一般在1%左右，而内脏多处畸形则较少见，超声检查可以及早发现胎儿发育情况。及早做出诊断，对优生优育有很重要的价值。

B超诊断胎儿颌面部畸胎瘤1例

孙伟东（辽宁省建昌县第一医院）

胎儿颌面部畸胎瘤临床少见，我室采用日立EUB—25型超声仪诊断1例，经引产和病理证实，现报告如下：

患者女，29岁，闭经34周，近一月腹部迅速增大，于1991年11月29日来我院就诊。妇科检查：腹部膨隆大于妊娠月份，胎心较弱，胎位不清。诊断：羊水过多，胎儿畸形待除外，声像图所见：子宫增大超过妊娠月份，宫内可见胎体回声，骶右前位，双顶径8.7cm，颅内结构正常。于胎儿颌面部可见8.0×7.5cm的类圆形较强回声区，表面光滑，内部回声不均匀，除较强回声外，可见少量不规则形无回声区（如图1）。胎心胎动正常，脊柱排列整齐。羊水池深为10.9cm。超声诊断：（1）单胎；（2）羊水过多；（3）胎儿颌面部畸胎瘤。海绵状血管瘤不排除。

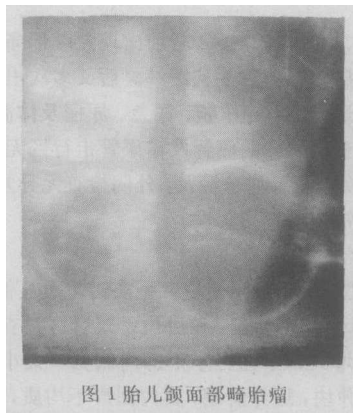


图1 胎儿颌面部畸胎瘤

引产娩出一女婴，体重20千克，体长40cm，颌面部可见10×8.5cm的肿物，表面光滑。切开后可