

热,不同程度的排尿困难,经膀胱镜检查,证实为左侧输尿管囊肿合并结石。

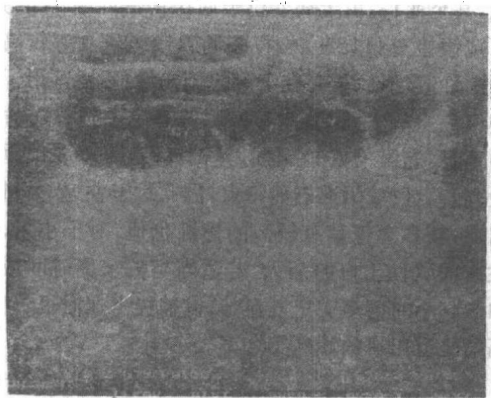


图1 输尿管囊肿合并结石

(收稿1995-03-29)

彩色多普勒对 Ebstein 畸形的诊断

孙丽莉①

我院超声室近年来检查并诊断了3例 Ebstein 畸形,其中:男2例,女1例,年龄为15~37岁。

典型病例 女37岁,心慌,呼吸困难1年,双下肢水肿两月就诊。心电图:心房纤颤,偶发室性早搏,不完全性右束支传导阻滞。X线心脏正侧位片显示:心影呈巨大球形改变,尤以右心缘明显增大,两肺血明显减少。提示:符合先天性心脏病——三尖瓣下移畸形。超声检查:于肋骨左缘4~5肋间扫查,见一巨大圆形液区腔,大小约12cm×10cm,内呈典型涡流。

彩色多普勒:收缩期见一束较宽的五彩镶嵌血流由右室返入右房。超声诊断:先天性心脏病——Ebstein 畸形,中度三尖瓣返流,心包腔少量积液。腹部超声:肝脏体积增大,右肋缘下4cm,肝静脉及下腔静脉增宽(下腔静脉内径3.2cm),脾厚4.9cm,腹腔内见前后径2.3cm的液性暗区。提示:肝脏瘀血性肿大,下腔静脉增宽,腹腔少量积液。

3例 Ebstein 畸形均为Ⅰ型——关闭不全为主型。彩色多普勒及右心声学造影见三尖瓣中~重度返流,心尖部到二尖瓣附着点及三尖瓣附着点的距离的比值约为1.6~2.9:1,与以前一些作者统计的比值1.8~3.2:1相差不大。3例均未合并房间隔缺损,彩色多普勒或右心声学造影无右→左分流。

讨论 综合我们对这几例 Ebstein 畸形诊断,观察到超声图像主要有以下几个方面的改变:①心脏

结构方面:三尖瓣瓣膜远离房室环,附着于环下近心尖部的右室壁与室间隔,将右室分为房化右室与机能右室,并出现明显的关闭不全,右房压力增高,容积扩大,与心壁很薄的房化右室相连,形成一巨大的右房腔,内血流呈涡流,而机能右室则萎缩,内腔变小,左心系统相对较小。②可合并有少量心包腔积液。③由于右心室容量性负荷过重,下腔静脉回流受阻,出现肝脏瘀血性肿大,下腔静脉增宽,并伴有少量腹水。

本病需与心肌病、心包肿瘤、法乐氏三联症、先天性三类瓣关闭不全鉴别。

指骨血管球瘤3例报告

王德杰② 刘实 高文海③

血管球瘤又称血管视神经瘤,1812年由 Wood 首先报告。1934年 Popoff 对本病进行了详细研究,故又名 Popoff 肿瘤。现将我们遇见的3例指骨血管球瘤报告如下。

例1 女,36岁。左小指甲下阵发性疼痛12年,并逐渐加重。体检:在小指末节指骨外侧软组织肿胀,甲下外侧有一豆粒大紫色结节,压之针刺样疼痛,关节活动正常。X线检查:左小指末节指骨有一长约3mm 半圆形骨质破坏区,边缘清楚。局部软组织肿胀(图1、2)。手术病理诊断:左小指末节指骨血管球瘤。

例2 男,40岁。左中指第一节指骨远端外侧肿痛2年,受冷或触及疼痛难忍。体检:左中指第一节指骨远端外侧有花生米大深紫色结节,触之针刺样剧痛,局部肿胀。X线检查:左中指第一节指骨外侧远端有一长约5mm 半弧形骨质缺损区,边缘锐利,局部软组织肿胀(图3、4)。手术和病理:左中指第一节指骨血管球瘤。

例3 女,35岁。2年前右手食指指甲下不明原因疼痛,冷水浸泡或触之疼痛剧烈。体检:右手食指末节指骨稍肿胀,甲下呈蓝紫色,触痛明显,但活动自如,无外伤史。X线检查:右食指末节指骨基底部有一3mm×2mm 大骨质缺损区,边缘尚规整,无硬化缘,局部软组织肿胀。手术与病理:右食指末节指骨血管球瘤。

① 441021 湖北襄樊市第370医院特检科

② 250021 山东省医学影像学研究所

③ 进修医师

讨论: 成人的血管球体通常分布于甲床,指(趾)端、鱼际、足底、耳廓、鼻、腋窝和臀部。Popoff认为,血管球是由输入动脉、吻合血管腔、集合静脉和输出静脉组成。吻合血管腔被以内皮细胞,周围绕以网织纤维而无内弹力膜,内皮直接与血管球细胞相接。动、静脉吻合在皮肤内,常盘绕以结缔组织包膜形成血管球,其结缔组织包膜中有丰富的神经末梢,因此血管球瘤又有血管神经瘤之称。血管球具有调节身体外围组织的血循环和进入深层组织的血流量及体温的作用。血管球瘤是起源于血管球体的一种良性肿瘤。

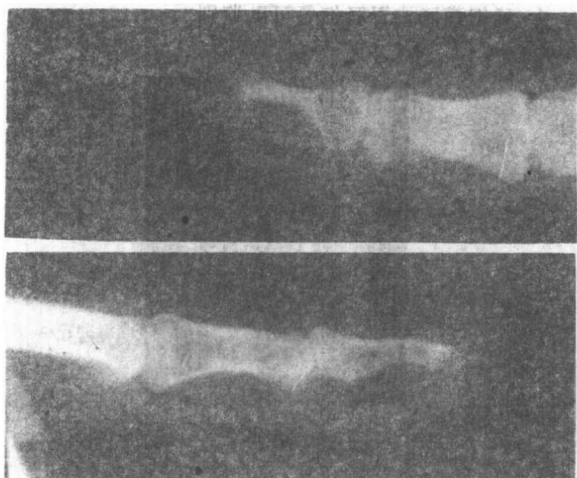


图1、2 系例1左手中指正侧位片,见其近节指骨有长3mm半圆形骨质缺损区,边缘锐利

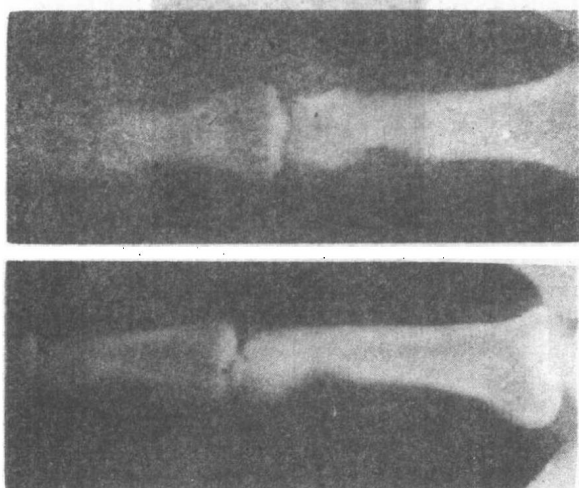


图3、4 系例2左中指正侧位片,见其近节指骨远侧有4mm长弧形骨质缺损区,无硬化缘,软组织肿胀

根据肿瘤组织所含细胞、血管和粘液成份的不同,而将血管球瘤分为三型:血管型、细胞型和粘液型。临床表现:本病好发于中年人的指(趾)末端甲下,呈浅兰色或紫红色,受冷或轻压针刺样剧痛。X线特点:指(趾)末端指骨以单发囊状减低区或缺损为特点,其边缘锐利而无硬化,常伴有局部软组织肿胀。应注意与其X线表现相类似的疾病相鉴别。例如指骨骨囊肿,指骨内生软骨瘤,指骨结核,指骨植入性上皮囊肿等。

(收稿1995-04-24)

直肠绒毛乳头状腺瘤 CT诊断(附1例报告)

宁长贵^① 贾建勋

患者男,52岁。三年前出现排便时经肛门脱出一团状肉红色软性肿物,便后需用手还纳送回。近半个月来,排便时出现疼痛,并有排便不尽感,便头带有大量粘液,偶带少量鲜血,来院就诊。

查体: 肛门指诊,距肛门约45cm于直肠后壁可触及一肿物,质地较硬,基底部与肠壁相连。

X线钡灌肠检查: 充盈相:直肠下段呈不规则的充盈缺损区,钡剂通过时轻度受阻,粘膜相,钡剂排空后观察,肠管外形完整,肿物边缘不规则,表面凹凸不整如鹅卵石样征像。

CT表现: 注入1%泛影葡胺造影剂300ml后,病人取仰卧位。于直肠4厘米以上连续6个层面,均显示肠腔呈对称性扩大增粗,肠粘膜皱壁消失,肠管内可见与肠壁不能区分的软组织密度影图,直径大小5×6×12cm。约在5cm层面,直肠右后壁可见局限向内轻度弧形压迹。瘤体与直肠壁无明显分界和间隙,肠管外缘光滑完整,轮廓清楚,脂肪层清晰,直肠后骶骨前间隙为2.0cm。**CT诊断:** 直肠内实性肿物,腺瘤样物可能性大。病理诊断:绒毛乳头状腺瘤。瘤前期改变,经手术切除。

讨论 直肠绒毛乳头状腺瘤的临床较为少见,约占直肠、乙状结肠下端肿瘤的1~3%。多见于50岁以上老年患者,男性多于女性。本病特点,90%为广基无蒂,瘤体较大,可占满肠腔,文献记载最大直径为14cm,质地较软,似棉状,质脆易出血,瘤表面呈

^① 124120 盘锦市辽河油田第二职工医院 CT室