

期,小的卵巢肿瘤易于漏诊,误诊。经阴道超声却大大提高诊断率,其准确性,特异性均可达90%以上。原因是该检查探头经阴道进盆腔,贴近卵巢肿块,其次是探头频率高,使肿块内结构显示极为清晰,因肿块内部结构对判断其性质非常重要。本文21例卵巢恶性肿瘤除均具有经阴道超声共同声像特点外,每一种类的肿瘤都有其各自的声像特点,现分别叙述。浆液性囊腺癌:常双侧,囊实混合,有分隔时,膈膜明显分布不均,液体部分透声相对尚好,但重力下方可见许多点状光点,无声影,可移动(沙粒体),实性部分回声分布不均匀,呈不规则乳头状,菜花状向囊腔内,向外突出。粘液性囊腺癌:常单侧,肿块较大,以液性为主,分隔多,液体部分透声较差,实性部分回声强弱不等,边缘很不规则,盆腔积液较多。子宫内膜样癌:是一种原发于卵巢的恶性肿瘤,组织学上与子宫内膜癌相似,声像表现与浆液性囊腺癌相似,最后确诊需靠病理,即子宫内膜癌内有鳞化区,淋巴转移快,而浆液性囊腺癌没有。透明细胞癌:是苗勒管衍化的肿瘤;瘤细胞可组成腺腔,腺囊样结构,因此,肿块内可呈现散在的,不规则,但透声好的近圆形或管形的液性暗区,也可见乳头状的实性回声突入腔内。恶性畸胎瘤,内部回声常常是杂乱无章,甚至无法描述,反复仔细扫查,偶可见良性畸胎瘤的某一特异性征像。胚胎癌:罕见,约占恶性卵巢生殖细胞瘤5%以下,肿块实性,质硬,活动度差,晚期肿块内出血,可见不规则液性暗区。库肯勃瘤:转移癌,主要由胃肠道转移而来。实性,常双侧,形态呈分叶状,内为分布欠均匀的低回声,因该肿瘤内含许多印戒状粘液分泌细胞,分泌粘液,于是,实质内

可见圆形,透声好的液性暗区,早期有腹水。
3.3 恶性肿瘤由于高代谢,生长迅速,其内血管形成较显著,即肿块内有丰富的新生血管,且呈高速低阻型。肖蔚等报道恶性肿瘤,从周边到内部及邻近坏死区域均可显示散在彩色光点和静脉样频谱。但是,由于机器的灵敏度较差,肿瘤较小,操作者技术不够,假阴性较多,本组仅2例探测到动脉血流频谱,因病例少,未能讨论。

3.4 在临床综合判断卵巢恶性肿瘤中,免疫诊断也很重要。癌胚抗原(CEA)对上皮性肿瘤敏感,本组上皮性卵巢恶性肿瘤的检出率为86%,而CEA对生殖细胞肿瘤的敏感性较差,特别是早期。AFP甲胎蛋白则相反它对胚胎癌高度敏感,原因是胚胎癌内有含有AFP的玻璃小滴的单核细胞。近年,放免检测糖类抗原CA125又进一步提高卵巢恶性肿瘤的检出率,特别是对卵巢上皮癌的敏感性可达92.2%,本组达90%。因此,在综合判断卵巢恶性肿瘤中,免疫检测结果仍然是一个较好的辅助手段。

参 考 文 献

- 1 谭金秀,等. 经阴道彩色多普勒系统显像及CA125联合诊断卵巢肿块良恶性的价值. 中国超声医学杂志, 1995, 11(7): 506
- 2 王淑贞主编. 实用妇科学. 北京人民卫生出版社, 1990, 696
- 3 肖蔚,等. 经阴道彩色多普勒超声诊断盆腔肿瘤良恶性的价值. 中国超声医学杂志, 1993, 9(4): 240
- 4 李新国,等. 465例盆腔肿块患者术前血清CA125测定. 湖南医科大学学报, 1993, 18(4): 400

(收稿日期: 1999- 04- 03)

鞍上池与侧脑室并发转移瘤 1 例

段书宏^① 刘禄明 孙百胜

患者男,59岁。咳嗽、咯痰伴发热3个月。胸片示右下肺门肿块。纤支镜检查见右肺中叶支气管粘膜增厚,软骨环不清,下叶支气管口狭窄,其亚段口通畅,活检病理诊断肺低分化腺癌。1周后出现意识模糊、神志不清。CT检查鞍上池及右侧脑室前角正常结构消失,其内各有一均质等密度肿块,大小分别为2.5cm×2.4cm×2.5cm,4.5cm×4.8cm×4.2cm,CT值45Hu,边界清,瘤周片状低密度水肿,以右额叶明显,左侧脑室及第三脑室均受压,增强检查两肿块均匀强化(图1,2),CT值75Hu,CT诊断鞍上池及右侧脑室前角转移瘤。随访1个月死亡。



图 1

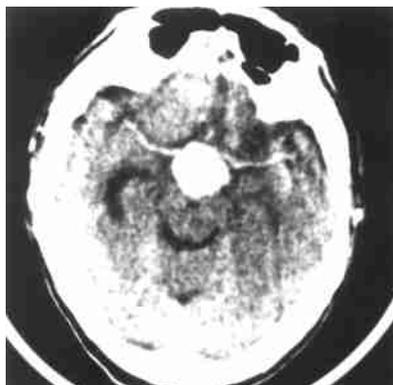


图 2

讨论 肺癌临床常见,鞍上池及侧脑室内转移瘤较少见,系肿瘤细胞沉积于蛛网膜或脑室系统积聚成块,呈圆形

或弧形,常合并脑实质内转移瘤。本例瘤体较大,多发,未合并脑实质内转移实属罕见。

(收稿日期: 1999- 03- 16)

① 250101 济南市武警山东省总队医院放射科