维普资讯 http://www.cqvip.com

活检确诊，余均诊断为癌。结合本病有以下几点有助于与癌鉴别：1.位于直肠的病变，便血较重，而直肠刺激症状和粘膜分泌较轻，肛诊质地柔软，介于癌和绒毛状腺瘤之间。2.位于结肠者，以腹痛、消瘦，腹部肿块为主要症状，其病程短、进展快，肿块常位于右下腹，但很少出现肠腔狭窄的梗阻症状。3.全身症状，70%～80%病例伴有发热，表现为间歇热或弛张热，但血象正常，抗菌素无效，激素治疗较敏感。4.本病的X线误诊率高，其X线表现与癌的不同点是：本病起源于粘膜下层，具有一定弹性，肠腔狭窄不明显[2]，病变广泛，常一段肠管息肉样结节，溃疡或粗大皱襞同时存在。5.内镜检查见隆起型，结节可单发或多个融合形成巨大肿块；溃疡型，此型为放射状，深浅不一，往往为多发，质地柔软，可与癌区别；浸润型，呈粗大皱襞或脑回样改变，但具有一定弹性，肠腔不狭窄，此点与肠癌不同。粘膜活检对癌诊断率高，而淋巴瘤发生于粘膜下层，难以取材，故确诊较难。如怀疑本病可反复深取。术中探查并行病灶或肿大淋巴结冰冻检查，有助于本病诊断，以制定正确的治疗方案。

二、治疗及预后

目前对本病多主张采用以手术为主的综合治疗。因淋巴瘤以血行转移为主，病变范围较大，呈多中心发生，且有于粘膜下沿肠轴生长的特点。手术除了按肠癌根治术要求整块切除病变肠管，且要足够和彻底清除淋巴结外，尚应注意医源性血行转移，并应行术中冰冻病理检查，以免肿瘤残留。总之，对淋巴瘤的手术切除应持比癌更积极态度。恶性淋巴瘤对放疗及化疗比肠癌敏感。本组病例术后多选化疗，长期存活者未发现肿瘤复发和转移。因此，术后化疗应视为常规。对已浸出浆膜，多中心病灶或有周围脏器浸润的根治切除病例，及各种姑息性手术，首先补充放疗。本病的预后主要与病期和治疗手段有关，文献报道总的5年生存率为20%～40%。本组病例病期较晚，仅3例存活5年以上。因此，提高大肠淋巴瘤的治愈率和生存率的关键是对本病的临床特点和病理特点的认识，作到早期发现，同时采取以手术为主的综合治疗是十分重要的。

参 考 文 献

1.王舒宝．胃原发恶性淋巴瘤诊治中的几个问题．实用外科杂志，1993,13(2):82.
2.Jinnal D, Kashimuro A. Malignant lymphoma of the large intestine in Japan. Japanese Journal Surgery, 1983, 13:311.
3.Henry CA. Primary lymphoma of the large intestine. Am Surg, 1988, 54:262.

(收稿日期:2002-02-25)

·个案与短篇·

应用关节镜治疗膝关节疾病的配合体会

朱劲松* 赵 艳* 周 鸿**

关节镜手术是将带摄像机的关节镜插入髌下内侧或外侧，与监视器相连，手术在监视器显示下进行。我院引进和应用了关节镜检查和治疗，取得满意的疗效。现将手术配合体会报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料：2001年4月至2001年11月用关节镜治疗膝关节疾病10例，其中女7例，男3例；年龄27～64岁，平均年龄42岁。急性关节炎4例，滑膜炎6例，其中右侧8例，左侧2例。

2.术前准备：(1)术前访视：关节镜是一项新技术，患者对手术方法了解不够，术前访视患者，向患者耐心解释关节镜损伤小，治愈快的特点，消除其顾虑及恐惧心理，使其愉快接受手术治疗。(2)器械准备：关节镜器械一套，三晶片电视成像系统，摄录像系统，30°关节镜，刨削器一个，各种型号咬钳，探钩1个，负压吸引器一台，半月板器械用40%甲醛熏蒸12h备用。(3)其它准备：特制3000ml输液袋1个，2.6m静脉滴注架1个，下肢止血带，50ml注射器，大量生理盐水，建立一组静脉通道。

3.手术操作方法：患者在硬膜外麻醉成功后，取仰卧位，患侧大腿上充气止血带，按膝部手术消毒，铺防水无菌中单。将导光纤维，冷光源，刨削器，负压吸引器连接好。首先用50ml

(转150页)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院手术室
** 哈尔滨医科大学预防保健医院校直门诊部

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

MR、CT在观察肝癌周围包膜的对比分析

李 萍* 刘振玉* 王曼曼*

MR、CT对肿块型肝癌周围包膜的对比观察，文献报道较少。现就我院1996至2000年工作中观察了一组病例，总结10例做重点分析。

一、资料与方法

1.临床资料：10例患者均做MR、CT扫描，男性7例，女性3例，年龄在38～67岁之间，平均年龄45.5岁，肿块大小在5～8mm之间，临床上有右上腹下适，隐痛、腹胀、食欲减退及消瘦等重要表现。

2.MR检查方法：应用ASH 0.16T磁共振成像仪，采用SE序列，体线圈采集信号，矩阵256x256，层厚5～10mm，层间隔1mm，T_1WI：TR = 500ms，TE = 30ms，T_2WI：TR = 2000ms，TE = 80ms，常规做横断面、冠状面连续扫描，必要时做矢状面及MR强化检查。

3.CT扫描方法：应用Siemens、Emotion型螺旋CT机，窗宽250，窗位40，层厚5～10mm，层间隔5～10mm。常规做横断面连续扫描，必要时做三维重建及CT强化扫描。

二、结果

1.MR表现：在T_1WI可显示肿块周围与正常肝组织之间呈典型弧线状低信号的一包膜囊壁影，囊壁平均为0.5～3mm，瘤体呈低信号。在T_2WI可显示在肿块周围与正常肝组织之间部分呈双环影、内层略低信号，外层高信号，部分高信号难以分辨囊壁的影。瘤体为下均匀高信号。

2.CT表现：在10例患者中，肿块有完整包膜4例，密度略低于瘤体，部分显示包膜壁较厚，部分显示包膜壁有结节样改变，部分显示包膜壁厚薄不均匀。观察不清包膜的有6例，可见管道推移呈弧线样改变和管道受压变窄等影像。

三、讨论

在日常工作中，本文主要筛选了10例较典型的病例，均在MR图像上显示有包膜，但只占总发病率的50.5%左右。而CT上显示有包膜的，只占总发病率的40%左右。发现包膜具有诊断意义，一是鉴别肝转移瘤、海绵状血管瘤、肝囊肿，它们均不能形成包膜。二是反映肿瘤的生长方式，膨胀性生长的有包膜，而浸润性生长的包膜不完整或无。

包膜的清晰度与瘤体的密度、大小有关，肿瘤稍大，密度略低的中心有液化坏死区的包膜显示清晰；肿瘤稍小，密度低，中心无液化坏死区的包膜显示欠佳。

在病理切片上，膨胀性生长的肿瘤与正常肝组织之间无包膜存在，而只是靠近肿瘤的肝组织小叶被挤压；而浸润性生长的肿瘤的与正常肝组织之间界限不清，病理与影像的特点有不同之处，有待于今后进一步研究。

（收稿日期：2002-04-03）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院放射科

（接127页）

注射器往关节腔内注入生理盐水，使关节充盈。自髌骨外上穿刺置入注水管，接特制输液袋，内装3000ml生理盐水备用。由髌骨内下穿刺置入关节镜，观察髌上囊、髌股关节、股内、外踝、内外侧隐窝，踝间窝，内、外侧半月板，交叉韧带。由髌骨外下穿刺置入探钩，根据软骨退变情况，滑膜增生，膝痛及关节活动受限原因，决定清理范围和程度。选择以下一种或几种：用咬钳咬除或刨削器刨削松动的软骨面和修整凹凸不平的关节面，刨削增生的滑膜组织，摘除游离体，修整半月板，消除影响关节活动的骨赘，采用3000ml以上生理盐水灌洗关节腔，术毕关节内注抗生素，缝合伤口、纱布、绷带加压包扎。3000ml以上生理盐水灌洗关节腔，术毕关节内注抗生素，缝合伤口，纱布、绷带加压包扎。

三、结果与讨论

充分做好术前准备，手术室护士应于术前，调试好电视成像系统的运作，保证手术的正常进行。为每个患者准备好录像，以便手术后查看或积累资料。术中巡回护士应记录好液体的出入量，及时补充。器械护士必须熟悉手术操作的每一步骤，全面了解手术各阶段所需的器械，以保证手术顺利进行。

关节镜器械非常精细，使用时要轻拿轻放，避免碰撞。术毕用欧酶剂浸泡器械20min后（溶解器械上的生物旦白），用清水涮洗干净，用干纱布把所有的器械都拭干，放置固定地点，以便备用。定期对器械进行彻底清洗、上油，以防止器械生锈，关节下灵活，以及延长器械的使用寿命。

（收稿日期：2001-01-07）