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）