维普资讯 http://www.cqvip.com

随屈光度数的下降而增加，说明高度近视的屈光度愈高，矫正视力愈差、反之、屈光度愈低矫正视力愈好。

表3 屈光度与矫正视力

屈光度(D)	-6D	-7D	-8D	-9D	-10D	-15D	-18D	合计(%)
≤4.4			2	8	11	8	12	41(4.89)
≤4.6	6	4	8	18	19	13	9	77(9.19)
≤4.8	15	16	29	36	21	25		142(16.94)
≤5.0	36	48	39	45	13	3		184(21 96)
≥5.0	166	128	62	24	14			394(47.02)
合计	223	196	140	131	78	49	21	838(100)

三、讨论

1.凡近视屈光度在-6.00D以上者称为高度近视或病理性近视，它是严重损害视功能的一种常见病，在近视患者的发病率为2%、且有增加趋势。导致高度近视眼底病理性改变的基本因素是巩膜伸展性改变使眼球扩展，眼轴前后径变长。所以，近视度数愈高，眼轴前后径愈长，眼底改变就愈严重、视力和矫正视力就愈差。本文资料也证实了这一点。

.2.本文资料显示，85.68%的高度近视裸眼视力在≤4.1、通过散瞳验光，绝大多数矫正视力有不同程度的提高。矫正视力≥5.0者，在-6～-8D的559只眼中有356只眼(占63.69%)、在-9～-10D的209只眼中有86只眼(占41.15%)，而在-11～-18D的70只眼中无一只眼。说明屈光度在-6～-8D的近视眼中大部分矫正视力可正常，而屈光度大于-11D以上者矫正视力基本不能正常。因此、可把屈光度在-6～-8D视为轻度高度近视；-9～-10D视为中度高度近视；-11D以上者视为重度高度近视。轻度高度近视矫正视力良好、中度高度近视次之、而重度高度近视矫正视力最差。

3.本文轻度高度近视中眼底一般无明显改变，即使有也较轻。而重度高度近视则普遍出现了眼底改变，主要有黄斑病变(结构紊乱、费克氏斑、出血等)，后巩膜葡萄肿及视网膜退行性变，因而重度高度近视的矫正视力大多不能让人满意。所以，要高度重视近视对视功能的损害、积极寻求防止高度近视屈光度增加的方法，以控制眼底病变的发生和发展。

参 考 文 献

1.袁南菱，王超英、刘世钺，等.高度近视后巩膜葡萄肿的临床研究.中国实用眼科杂志，1996，12：13.

(收稿：2000-09-14)

椎管内常见肿瘤80例MRI诊断分析

李 萍* 焦景芳* 武国宏*

为探讨MRI诊断椎管内肿瘤的价值，回顾我院从1996年12月至1998年12月开机以来，对80例椎管内肿瘤MRI表现进行分析。

一、材料与方法

本组80例患者中，男性38例，女性42例。年龄为8～76岁、平均年龄为42.5岁，病程2～12个月以上、临床表现出现先后不同症状，肢体麻木，无力，腰背痛。晚期可出现下肢截瘫，大小便障碍。本组病例均采用安科AMS016PMRI扫描机矩阵为256，层厚8mm、层间距2mm，用自旋回波(SE)T1 WI(TR/TE=500/30)，T2 WI(TR/TE=2800/120)序列进行扫描，场回波(FE)(TR/TE=300/16)序列进行扫描，均行矢状位及轴位扫描。

二、结果

1.髓内肿瘤：①髓内肿瘤：平扫可见脊髓增粗，肿瘤实质为髓内、在T1 WI呈略低信号在T2WI呈高信号、肿瘤上、下界边缘均较清楚、增强扫描、肿瘤实质部分增强。②星形细胞瘤：仅次于室管膜瘤、占髓内肿瘤的第二位。平扫脊髓增粗，沿脊髓长轴生长，信号不均匀，周围有水肿，边界较不清楚。在T1 WI呈不均匀低信号，在T2 WI呈不均匀高信号。增强后瘤呈片状或条索状增强、多偏于脊髓一侧。

2.髓外肿瘤：①脊膜瘤：边界清楚，呈膨胀性生长，位于脊髓前或后方，脊髓受压变形，脊髓向对侧移位，蛛网膜下腔变窄，肿瘤对侧硬膜外脂肪间隙消失或变窄。肿瘤在T WI呈低信号，在T WI呈高信号。增强扫描，脊膜瘤明显强化。②神经鞘瘤及神经纤维瘤为偏一侧的柱状或圆形，边界清楚，脊髓明显受压，在神经鞘瘤与脊髓之间可见一条线样黑缝影。神经纤维瘤有些穿过椎间孔向椎旁生长而呈哑铃形，邻近椎体骨质受压吸收。肿

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院放射科

维普资讯 http://www.cqvip.com

瘤在T1WI呈略低或等信号，在T2WI呈高信号。增强扫描后神经鞘瘤明显强化，以周边强化为主，中央部分略强化。神经纤维瘤明显均一强化。③脂肪瘤：沿脊髓长轴生长，呈长条状或圆形，压迫脊髓向一侧移位、在T1WI呈高信号，在T2WI呈灰色信号，信号均匀，边界清楚，增强扫描，脂肪瘤不强化。

3.转移瘤：①椎体转移.单个椎体或多个椎体的骨质破坏，常累及附件.以椎弓根及脊髓受累最多见，其次为横突、棘突。MRI表现在T1WI呈中等低信号，在T2WI呈中等偏高信号，信号多不均匀。增强扫描、无明显强化。②脊髓内转移、MRI表现为受累的脊髓增粗，形状不规则.在T1WI呈略低信号。在T2WI呈略高信号、增强扫描.可见不规则斑片状强化。

三、讨论

1.髓内肿瘤、椎管内髓内肿瘤的定位诊断，病变主要发生在髓内.共同特征是脊髓增粗，病变的上、下端脊髓空洞形成。对于脊髓的空洞，目前认为分两种。第一种，位于肿瘤的上、下极，不长的囊性变增强时周围有强化。第二种，囊性变以远且发展的脊髓空洞。后者与肿瘤的性质及预后有一定关系，且位置越高，越易发生空洞。从肿瘤的发生率来看.依次为室管膜瘤，星形细胞瘤。MRI表现，在T1WI及T2WI均可见到肿瘤的上下边界清楚。

2.髓外肿瘤，椎管内髓外肿瘤的定位诊断、是根据病变发生的解剖部位不同分为三种类型：髓外硬膜内，髓外硬膜内外，髓外硬膜外的肿瘤。从肿瘤的发生率来看.依次为神经鞘瘤、脊膜瘤、神经纤维瘤、脂肪瘤。MRI表现也有所不同，但都具有髓外肿瘤的共同特征，MRI表现在T1WI及T2WI均可见到脊髓受压.局部蛛网膜下腔变窄、硬膜外脂肪线受压，移位。

3.转移瘤，MRI是检出脊柱转移瘤最好的方法.并能准确定性，全面观察瘤体，椎旁肿块及神经受损的范围及严重程度。

椎管内肿瘤选择MRI检查，不仅能够定位.而且能进行定性诊断。结合增强及其他序列扫描.还可进行定性诊断.因而应做为首选。

参 考 文 献

1.隋邦森.磁共振诊断学.北京：人民卫生出版社，1994.148.
2.高元桂.磁共振成像诊断学.北京：科学出版社，1993.86.
3.戴建平.神经影像手册.北京：科学技术出版社，1993.76.

（收稿：2000-08-25）

直肠类癌的诊断及治疗

金永锋* 朱春芳*

类癌是一种神经内分泌肿瘤，临床上少见，只占全部恶性肿瘤的0.05%～0.2%[1]。可发生在胚层来源属于原肠的全部器官，如肺、胰腺、胃肠道。胃肠道占其中的73.7%[2].直肠又占胃肠道的12.6%。目前随着医疗条件的改善及肠内窥镜的广泛应用，其发生率有上升趋势。现将我院1989～1999.11收治的类癌6例，结合文献报告如下。

一、临床资料

例1，男性，38岁。便频、腹泻半年余入院，大便稀水样，日解4～7次不等，伴肛门下坠感，轻微里急后重感，无明显腹痛，大便隐血试验弱阳性。直肠镜检发现距肛缘10cm直肠左后壁触及一0.5×0.5cm肿块、表面光滑，蒂短，活动好，行肿块局部圈摘除后电灼。病理：直肠中段腺型息肉合并神经内分泌癌，免疫组化示：SYN(＋)、S-100(＋)。特种染色：嗜银纤维染色(＋)。该患者已存活5年。

例2，女性，40岁。因便频一月入院，便色褐黄、稀烂不成形，日解2～3次，伴轻微里急后重感，无粘液脓血。肛检：距肛缘6cm直肠后壁触及一1.0×1.0 cm肿块，表面光滑，无蒂，无触痛，指套不带血。第一次作肿块局部圈摘除，病理示直肠类癌，再次手术作直肠局部扩大切除至肌层。切除组织作连续切片未见肿瘤组织，该患者已存活6年。

例3，女性，56岁。因肺小细胞癌行肺叶切除后半年来我院化疗，住院期间出现便中带血。肛检：距肛缘6cm直肠后壁触及一2.0×3.0cm肿块，质中，活动差，表面溃烂。行Dixon's式根治术，肿块切面灰白色、质地细腻。病理上考虑嗜银细胞癌，伴肠系膜淋巴结转移1/1。复习上次肺部肿块的病理后认为肺、直肠均为神经内分泌癌。并作免疫组化示SYN(＋)，NSE(＋/－)，EMA(－)，证实为神经源性。该患者已存活4年。

例4，男性，41岁。腹泻便秘交替发作半月入院。便中带血丝，伴腹痛、腹胀，偶有排尿困难，住院期间很快发展成为低位完全性肠梗阻。肛检：距肛缘5cm直肠触及一质硬肿块，表面尚光滑，范围不清.肠腔完全闭塞，行手术探查发现腹膜返折处直肠有一12.0×10.0cm肿块，侵犯膀胱后壁及尾骨，整个肿块嵌入骨盆入口，伴腹腔少量积液、无法切除，作乙状结肠造瘘。病理活检示：直肠类癌。该病例失去随访。

例5，女性，36岁。因肛旁脓肿就诊。直肠指检发现距肛缘5cm直肠左后壁触及一1.5×0.5cm大小结节，质硬，光滑，活动好，无压痛，指套未染血。行手术作直肠局部扩大切除至肌层，切除组织作冰冻切片。病理为类癌(梁索型)，基底部未见癌细胞。免疫组化示：SYN(＋)，NSE(＋/－)，CGA(－)，EMA(－)。该患者已存活2年。

例6，女性，49岁。便中带血2天入院。大便日解2次.初始段带少量血丝，无粘液脓液，无腹痛腹泻，面色潮红等症。肛

* 作者单位：312000 浙江省绍兴第二医院肿瘤科