DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.21.002
第26卷第21期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 21
1892 2004年11月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Nov. 2004

论著

文章编号:1000-5404(2004)21-1892-02

单层螺旋CT观察腹膜后淋巴结影的临床意义

巫北海,刘世珍,黄学全,薛跃辉,王 健,牟 玮,周代全 (第三军医大学西南医院放射科,重庆 400038)

提 要:目的 探讨上腹部螺旋CT扫描发现腹膜后淋巴结影的临床意义。方法 用螺旋CT观察240例腹膜后淋巴结显示及上腹部疾病情况。结果 240例上腹部检查未发现疾病的有52例,皆未发现腹膜后淋巴结影;发现有疾病的188例,其中发现腹膜后淋巴结肿大23例。结论 在一般情况下,螺旋CT常规扫描难以发现腹膜后淋巴结影,如果显示腹膜后淋巴结影短径大于3 mm,则多为异常情况。

关键词:腹膜后;淋巴结;螺旋CT
中图法分类号:R551.04;R814.42;R816.5 文献标识码:A

Retroperitoneal lymph nodes with single-slice spiral CT

WU Bei-hai, LIU Shi-zhen, HUANG Xue-quan, XUE Yue-hui, WANG Jian, MU Wei, ZHOU Dai-quan (Department of Radiology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstracts: Objective To evaluate the clinical significance of retroperitoneal lymph nodes scanned with spiral CT. Methods The retroperitoneal lymph nodes and the lesions in the upper abdominal region in 240 successive patients admitted in our hospital from January to June 2001 were observed and studied with spiral CT. Results No lesion was found in 52 out of 240 patients without retroperitoneal lymph nodes displayed by spiral CT. Enlarged retroperitoneal lymph nodes were observed in 23 out of 188 patients with lesions. Conclusion Retroperitoneal lymph nodes are not routinely displayed by spiral CT. Patients with short-axis diameter of the retroperitoneal lymph node less than 3 mm are likely to have abnormal conditions.

Key words: retroperitoneal; lymph node; spiral CT

目前对腹膜后淋巴结肿大还没有统一的标准,存在一定争论,现对240例上腹部螺旋CT扫描观察情况总结如下。

1 材料与方法

选择我院2001年1—6月240例患者,年龄2~87岁,平均57.5岁。男性180例,女性60例。增强105例。采用Siemens Somatom Plus 4 CT机扫描。常规空腹。检查前30 min口服2%泛影葡胺250 ml。层厚8 mm,螺距1.0,增强扫描用欧乃派克(300 mgI/ml)80 ml,2.5 ml/s自动高压注射器注射,行三期扫描。以肝门、胰头及肾门三层面观察腹膜后淋巴结影的显示情况。

2 结果

240例患者上腹部CT检查中未发现疾病的有52例,腹膜后亦未见淋巴结显示。发现有疾病的188例,其中肝癌34例;肝硬化和/或腹水21例;肝内胆管或胆囊内结石18例;肝血管瘤14例;脂肪肝13例;肝转移性肿瘤及肝癌介入治疗者各11例;胰腺炎10例;肝囊肿9例;恶性淋巴瘤、肾囊肿及肝癌切除术后各7例;肾癌5例;肝门胆管癌4例;胃癌术后、腹膜炎、肾错构瘤及肾结核各3例;胃癌及脾梗塞2例;先天性胆总管囊肿1例。

188例有疾病的患者中腹膜后淋巴结影显示的有23例。其中恶性淋巴瘤7例;肝癌4例;腹膜炎、胰头癌、肝门区胆管癌、胃癌、胃癌术后伴腹膜后淋巴结转移各2例;食管癌术后、转移性肿瘤引起腹膜后淋巴结肿大各1例。

3 讨论

腹膜后淋巴结的正常分布和引流情况:腹膜后淋巴结分为主动脉旁淋巴结(又称主动脉左和右淋巴结)及主动脉后淋巴结。①主动脉旁淋巴结:又称腰淋巴结,它们沿主动脉两侧排列,分主动脉左和右淋巴结。右侧者可位于下腔静脉前面和外侧。主动脉旁淋巴结的输入管来自3个方面:与腰动脉伴行的腹壁深淋巴结;腹膜后器管如肾、肾上腺,腹段输尿管以及睾丸或卵巢等的淋巴管;髂总淋巴管的输出管。主动脉旁淋

作者简介:巫北海(1940—),男,四川省成都市人,博士生导师,教授,主任医师,主要从事医学影像基础理论与肝胆胰脾影像诊断学方面的研究,发表论文66篇。电话:(023)68765422,E-mail:wubeihai@mail.tmmu.com.cn

收稿日期:2004-03-02;修回日期:2004-07-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

巴结的输出管组成左、右腰干注入乳糜池, 一部分输出管还注入主动脉前或后淋巴结。②主动脉后淋巴结: 该组淋巴结没有特定的收集区, 部分腹后壁的淋巴管可引流入此组淋巴结。此外, 还可接受部分主动脉前和主动脉旁淋巴结的输出管[1]。

CT 诊断淋巴结病变主要基于发现淋巴结肿大, 正常的主动脉前淋巴结组除腹腔淋巴结及肠系膜上动脉淋巴结在 CT 图像上偶尔可见外, 肠系膜下动脉淋巴结及围绕各脏器的淋巴结在 CT 上均难以显示。腹膜后淋巴结主要观察主动脉旁和膈脚后的淋巴结[1]。

淋巴结肿大的原因主要有: 炎症(结核常见)、肿瘤转移、淋巴瘤。淋巴结病变的 CT 表现可分为 3 种类型: ①少数增大的孤立淋巴结; ②增大的淋巴结融合成一团块, 隐约尚可分辨出为多个增大的淋巴结融合所致; ③肿大的淋巴结呈均匀的软组织块影, 分辨不出单个的淋巴结, 可掩盖周围正常结构如主动脉或腔静脉的轮廓[1]。

188 例发现有疾病的患者中出现腹膜后淋巴结肿大仅 23 例。可能由于扫描时层厚太厚或本身淋巴结较小, 肉眼无法观察到。CT 扫描是根据淋巴结大小来辨别正常或异常, 不能显示淋巴结内部结构。对已受侵犯但淋巴结大小尚正常者, CT 不能作出诊断, 这是假阴性的主要原因。

恶性淋巴瘤、肝癌、胰腺癌、胃癌或转移性肿瘤引起的腹膜后淋巴结肿大多表现为沿腹主动脉旁及其周围分布并融合呈块状, 增强扫描可见边缘呈环形强化, 部分表现为不均匀强化。腹膜炎患者腹膜后淋巴结显示为腹主动脉旁分布的孤立小结节影, 大小 0.8 ~ 1.1 cm, 一般认为淋巴瘤累及腹膜后淋巴结时多增大较明显。

恶性淋巴瘤平扫或增强扫描主要表现为不均匀密度增大的淋巴结, 少数表现为均匀与不均匀密度共存[2]。平扫时呈软组织密度, 增强扫描周边强化更明显呈环状, 部分不均匀强化。

胰腺癌易侵及胰周及肝门、腹主动脉周围淋巴结, 邻近系膜上淋巴结和腹腔淋巴结。然后大多继续转移至腹主动脉周围淋巴结[3,4]。CT 增强扫描可一定程度的显示腹膜后淋巴结增大情况, 但难以鉴别是恶性淋巴瘤还是其它肿瘤引起的腹膜后淋巴结肿大, 最终靠淋巴结穿刺活检。本组 7 例淋巴瘤患者均为淋巴结穿刺活检证实。

同时上腹部螺旋 CT 扫描还可观察治疗情况, 恶性淋巴瘤经化疗后均有明显好转, 从而为临床观察疗效提供有力证据及为其下一步治疗提供方案。CT 增强扫描还可分辨淋巴结与腹膜后小血管影[2], 我们曾遇见 1 例, 平扫时见腹主动脉左前方 3 个小结节影, 误为肿大淋巴结, 增强扫描为均匀强化的血管影。

Dorfman 等[5] 认为腹部淋巴结正常上界: 膈脚旁 6 mm, 贲门旁 8 mm, 肝胃韧带 8 mm, 上主动脉区 9 mm, 下主动脉区 11 mm, 门腔间隙 10 mm。下主动脉区超过 11 mm 为异常, 其它区域小于 10 mm 也可为异常。

新近资料表明, 在正常人的 CT 或 MRI 图像上, 主动脉旁或/和下腔静脉旁看不见淋巴结。认为小于 5 mm 为正常, 介于 5 ~ 10 mm 为可疑, 大于 10 mm 为病理异常, 但明确有肿瘤病变存在时, 即使小于 5 mm, 也应疑为肿瘤所致[6]。

我们所观察的 240 例上腹 CT 检查中未发现疾病的 52 例, 腹膜后未见淋巴结显示。在发现有病变的 188 例中, 仅 23 例显示腹膜后淋巴结, 最小者 8 mm, 与文献报道基本相吻合。说明在一般情况下, 螺旋 CT 腹部常规扫描难以显示腹膜后淋巴结。

总之, 上腹部螺旋 CT 平扫或增强的扫描能有助于腹膜后淋巴结观察, 可在一定程度上显示腹膜后淋巴结肿大情况, 但难以鉴别是恶性淋巴瘤还是恶性肿瘤引起的淋巴结肿大, 只有靠病理确诊。CT 增强扫描还可区分淋巴结与腹膜后小血管影。同时可为临床提供一定的治疗方案以及疗效观察。如发现肝癌或胰腺癌引起腹膜后淋巴结广泛转移, 此时采用手术切除的机会就相当小, 从而避免了手术给患者带来的不必要的痛苦。

参考文献:

[1] 曹丹庆, 蔡祖龙. 全身 CT 诊断学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1996. 572－574.

[2] 杨志刚, 闵鹏秋, 廖正银, 等. 恶性淋巴瘤累及腹部淋巴结的 CT 增强表现及其解剖分布[J]. 中华放射学杂志, 1996, 30(11): 727－731.

[3] 王宏伟, 王天君, 马述盛. 胰腺癌淋巴结转移 29 例的 CT 诊断和手术判定[J]. 中国医科大学学报, 1998, 27(3): 312－313.

[4] Megibow A J. Pancreatic adenocarcinoma: designing the examination to evaluate the clinical questions[J]. Radiology, 1992, 183(1): 297－303.

[5] Dorfman R E, Alpern M B, Gross B H, *et al*. Upper abdominal lymph nodes criteria for normal size determined with CT[J]. Radiology, 1991, 180(2): 319－322.

[6] 郭俊渊. 现代腹部影像诊断学(上册)[M]. 北京: 科学出版社, 2001. 989.

(编辑　汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net