产生的一种良性肿瘤,因此其MRI表现与脑膜瘤有些相似,增强扫描可见与瘤体相连的硬膜增厚强化—"脊膜尾征"。T1WI多为等信号、T2WI为等或稍高信号改变,少有囊变,此时表现为均匀性强化,但强化程度远不及神经鞘瘤,可能与后者细胞外液量丰富有关。肿瘤易发生钙化,则T1WI、T2WI均可见低信号的钙化区,增强扫描时相应部位无强化。若脊膜反应性增生或由于肿瘤直接浸润使邻近局部硬膜增厚强化并与瘤体相连,增强扫描可发现肿瘤周边有明显环状强化,则是其较可靠的诊断依据。在动态增强上表现为快升缓降,且强化较均一。神经纤维瘤MRI表现与神经鞘瘤有许多相似之处,T1WI为低或等信号,T2WI为高信号,皆可侵及邻近骨质呈哑铃状,增强可呈均匀、不均匀或环行增强,甚至有人将之合称为神经鞘膜瘤[4],可见鉴别较困难,但神经纤维瘤常较大,直径多在4.0 cm左右,且由于其内有纤维组织区,可出现星芒状不增强区则为神经纤维瘤的特征性表现[5]。如果肿瘤为多发或有色素沉着,或有家族史,也有助确定诊断。

综上所述,确定肿瘤的起源部位并结合肿瘤的MRI表现,诊断一般较容易。诊断困难时,可行动态增强扫描。

参考文献:

[1] 杨树源,洪国良. 椎管内肿瘤402例报告[J]. 中华神经外科杂志,2000,16(3):165—167.
[2] 程天明,邹士顺. 椎管内神经鞘瘤——MR表现及其病理组织学特征[J]. 中华放射学杂志,1993,27(2):99—101.
[3] 陈 宇,王小宜,徐坚民,等. 动态增强MRI诊断髓外硬膜下肿瘤的研究[J]. 中华放射学杂志,1999,33(8):523—525.
[4] 崔惠勤,陈翰高,龙莉玲,等. 髓外硬膜下神经鞘膜瘤与脊膜瘤的MRI诊断(附31例报告)[J]. 广西医学,1998,20(3):362—364.
[5] 宋冬喜,何贵生,侯庆宇,等. 椎管内脊膜瘤及神经源性肿瘤MRI增强影像的特征分析[J]. 实用放射学杂志,1999,15(12):749—751.

(编辑 张 宁)

文章编号:1000-5404(2003)16-1469-02

个案与短篇

食管电生理检查对阵发性心悸的诊断价值

The diagnosis evaluation of paroxysmal palpitation by esophageal electrophysiology

龙崇荣 (第三军医大学附属西南医院心血管内科,重庆 400038)

本研究对441例阵发性心悸患者的食管电生理检查资料分析,并与同期进行心腔内电生理检查的115例患者进行对比,以评价食管电生理检查对阵发性心悸的诊断价值。

1 资料与方法

受检对象:选择于2002年1—9月在我院心内科就诊的患者441例为检查对象,其中男性172例、女性269例,年龄在11~74(32.5±13.5)岁,所有患者均有阵发性心动过速的心悸发作史,经常规检查未发现器质性心脏病的证据。

检查方法:①食管电生理检查:按常规行S_1S_1分级递增刺激;及S_1S_2程控刺激,步长10 ms负扫、正扫;个别病例静注阿托品1.0 mg后再行S_1S_1及S_1S_2刺激。②心腔内电生理检查:按常规分别放置电极至冠状窦、His束、高位右房及右心室,分别行S_1S_1分级递增刺激及S_1S_2程控刺激。

房室结双径路(AVNDP)判断标准:①S_1S_2程控刺激时,当S_1S_2缩短10 ms,S_2R跳跃延长≥60 ms;②诱发PSVT时,RP,E<70 ms,或P波融于QRS波中、心率<200次/min为AVNRT,而RP,E≥110 ms或心率>200次/min为AVRT。

2 结果

食管电生理检查:441例患者中经食管电生理检查发现异常者146例:AVNDP 126例(37例诱发房室结折返性心动过速AVNRT)、房室折返性心动过速(AVRT)14例、房性心动过速6例。

心腔内电生理检查结果:441例心悸患者中有115例接受了心腔内电生理检查,包括经食管电生理检查证实有AVNDP 76例、AVRT 14例、房速6例,以及临床上有典型症状而检查正常者19例。

计算食管电生理检验对阵发性心悸患者诊断的敏感性、特异性和准确率,见表1。食管电生理检查对阵发性心悸患者诊断的阳性率为33.1%(146/441),阴性率66.9%;假阳性率0,假阴性率2.6%(3/115)。

表1 食管电生理检查对阵发性心悸诊断的敏感性、特异性、准确率

结果	例数	敏感性(%)	特异性(%)	准确率(%)
房室结双径路	76	74/75(98.6)	74/76(97.3)	74/77(96.1)
隐匿性房室旁道	14	13/17(76.5)	13/14(92.8)	13/18(72.2)
房性心动过速	6	6/7(85.7)	6/6(100)	6/7(85.7)
正常	19	16/16(100)	16/19(84.2)	16/19(84.2)

作者简介:龙崇荣(1970—),女,重庆市人,主治医师,现在沙坪坝区人民医院心内科工作。电话:(023)65300078
收稿日期:2002-10-11;修回日期:2002-12-23

(下转1471页)

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

理诊断明显提高 CIN 诊断率。CIN 具有可逆性及进展性,积极治疗 CIN 可有效降低宫颈癌的发病率。对不同级别的 CIN 患者治疗方法不同,特别是对未婚未育患者。因此,术前诊断极为重要[4]。在本组阴道镜误诊的 13 例 CIN 患者中有 5 例阴道镜诊断 CIN 分级高于病理分级;2 例阴道镜诊断为宫颈息肉,病理诊断为 CIN Ⅰ,4 例阴道镜诊断 CIN 分级低于病理分级;2 例阴道镜及活检诊断均为宫颈原位癌,1 例术后病理报告为宫颈癌Ⅱb,另 1 例为 CIN Ⅰ,可能阴道镜下组织活检已取尽宫颈局部的癌灶,因此临床上处理该类患者时术前应充分让患者知情,结合患者的年龄、生育情况及患者的需求决定手术范围,避免手术范围过大,对患者造成伤害。

分析该组患者的年龄、阴道镜检查的时间、宫颈活检数量与阴道镜诊断符合组患者比较,无明显区别。误诊组已绝经的患者较多,是否与此相关,因例数较少,仍需进一步观察。临床上确定经阴道镜及活检诊断为 CIN 部分患者治疗方案仍较为困难,因宫颈原位癌的病变极为局限,可能在阴道镜下活检已将病灶全部切除,或因活检所取的组织少不易鉴别有无间质浸润[5]。本研究显示 CIN 患者手术中行冰冻切片病理检查仍不能避免误诊,本组患者中有 13 例 CIN 患者术中作冰冻切片,诊断符合率仅为 52.8%(6/13)。因此,在不能完全除外宫颈癌时应行宫颈的锥切,待标本石蜡切片进一步明确诊断,尽量避免手术范围过大或过小,特别是对未生育的年轻患者。

阴道镜检查能较迅速鉴别良恶性病变如宫颈肥大、增生等。可避免不必要的活检,并能选择活检的类型、协助 CIN 病变处理的选择[6]。但阴道镜下活检诊断 CIN 目前仍不能完全替代宫颈锥切。患者绝经后因宫颈移形带内移可能对阴道镜的诊断有影响。

参考文献:

[1] Rosenthal A N, Panoskaltsis T, Smith T, *et al*. The frequency of significant pathology in women attending a general gynaecological service for postcoital bleeding[J]. BJOG, 2001, 108(1): 103-106.

[2] 汴美璐, 刘树范. 子宫颈疾病的诊治[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001. 41-212.

[3] 石一复. 子宫颈疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 1-39.

[4] 常 青, 任玉香, 龙 玲, 等. 87 例宫颈上皮内瘤变的临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2002, 24(12): 1468-1470.

[5] 戴丽玉. 阴道镜与病理诊断不符原因探讨[J]. 中国急救医学, 2000, 20(2): 106.

[6] Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2002, 23(4): 269-277.

(编辑 王 红)

(上接 1469 页)

3 讨论

心悸是临床上常见的症状,其病因既可为各种器质性心脏病,也见于无明显器质性的心脏神经官能症。本组 441 例患者均主诉突发快速性心悸不适,66.9% 食管电生理检查为正常;故对主诉有突发快速性心悸患者,其他检查均未发现异常者,常规作食管心脏电生理检查可明确病因。

115 例行心腔内电生理检查,结果证实食管电生理检查的准确率达 95%。本组有 3 例 AVRT 行食管电生理检查为正常。这与受检时植物神经张力状态、诱发带过窄、旁道只能逆传等因素有关,故对于食管电生理检查正常者,而临床症状象 PSVT 者,仍需行心腔内电生理检查来最后确诊。

本组 115 例经心腔内电生理检查 99 例诱发 PSVT;而食管电生理检查仅诱发 58 例,食管电生理检查对 PSVT 的诱发率 58.6%,在 PSVT 中房室结双径路占 37.4%,此与文献[1]报道相近。室上速的诱发受各径路的传导功能状态、不应期的长短、植物神经张力等因素影响。

本组 1 例房速误诊为 AVNDP,此为食管电生理检查诱发 PSVT 时可见跳跃现象,体表心电图常规Ⅱ导联看不到 P 波,误为房室结双径路的跳跃现象;而在心腔内电生理检查诱发 PSVT 时可见 A 波,为房内折返性心动过速,故遇此情况在记录体表心电图时,应选在 P 波清楚的导联记录并仔细加以辨别。

1 例 AVNRT 被误诊为 AVRT,由于在判断 PSVT 时,因 V_1 及食管导联逆行 P 波,起始部常常难以辨认而导致测量误差;在食道 P 波不清或重叠时,可将心电图纸走速调至 50 mm/s;亦可采用同步描记 V_1 和食管导联来测量 V_1-ESO P,终末部的最大转折来比较时距差,确定是否有偏心现象[2],或仔细辨别 V_1 导联的伪 r′ 波及Ⅱ、Ⅲ、avF 导联的伪 s 波,因这两项指标诊断 AVNRT 的特异性达 100%[3]。对该例食管电生理记录回顾性分析发现其在 S_1S_1 刺激时有 S_1R 跃增≥60 ms,现认为 S_1S_1 刺激时,某一频率刺激下相邻的 S_1R 跃增≥60 ms 也应作为诊断 DAVNP 的诊断标准。

综上,食道心房调搏通过多指标的综合分析对绝大多数有阵发性心动过速的心悸患者可作正确诊断,对于少数食管电生理检查正常者,仍有必要进行心腔内电生理检查进一步确诊。

关键词:食管电生理检查;心腔内电生理检查;阵发性心悸
中图法分类号:R540.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] 王敏武. 张永祥. 预激综合征及室上性心动过速的患病调查[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2002, 16(1): 43-44

[2] 陈 芳. 杨 波. 205 例房室结折返性心动过速患者的电生理特点分析[J]. 临床心电学杂志, 2001, 10(1): 19-21

[3] 夏 豪. 伪 r_{V_1}S Ⅱ、$Ⅲ_{avF}$ 波在 AVNRT 中的诊断价值[J]. 中华心律失常杂志, 1998, 82(1): 44-45.

(编辑 陈聪连)

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