的T1WI高信号和T2WI稍高信号肿块[4]。

肝脂肪类肿瘤的误诊率较高，如误诊为直肠癌肝转移、原发性肝癌等。本组病人诊断符合率仅44.4%(4/9)，主要原因是该病少见，临床医生对其认识不足。比较而言肝脂肪类肿瘤病人的症状轻微，影像检查有特征性表现，一般诊断不困难，但含脂肪少的脂肪类肿瘤与含脂肪较多的肝细胞癌不好鉴别。B超引导下肝穿刺活检被认为是明确肝小肿瘤诊断的最佳措施。本组9例病人中有3例在B超引导下细针穿刺活检，明确诊断后未做手术，随访35年病灶无变化。另2例病人在CT引导下用Tru-cut针行肝穿刺活检，1例明确为肝血管平滑肌脂肪瘤；1例临床诊断"肝癌肝内转移"病人，经2次穿刺活检，病理诊断为肝血管脂肪瘤。

本病一般预后良好，较小的肝脂肪瘤多不需要手术。行手术者多因术前不能排除恶性肿瘤之故。多数病例多年无变化，也有少数病例因进行性长大，而须行手术治疗。有报道因肝脂肪瘤并发破裂而行急诊手术者。直径5cm以上的血管脂肪瘤和血管平滑肌脂肪瘤中央易并发出血，以手术切除为宜。

关键词：肝脂肪瘤；B超、CT引导下肝活检诊断；B超、CT、MRI检查
中图法分类号：R735.704 文献标识码：B

参考文献：

[1] Nonomura A, Mizukami Y, Shimizu K, *et al*. Angiomyolipoma mimicking true lipoma of the liver: report of two cases[J]. Pathol Int, 1996, 46(3): 221—227.
[2] 罗渝昆，董宝玮，唐 杰，等. 肝脏血管平滑肌脂肪瘤的超声诊断[J]. 中华超声影像学杂志，1998, 7(4): 207—209.
[3] Messiaen T, Lefebvre C, Van Beers B, *et al*. Hepatic angiomyomyelolipoma: difficulties in radiological diagnosis and interest of fine needle aspiration biopsy[J]. Liver, 1996, 16(5): 338—341.
[4] Horton K M, Bluemke D A, Hruban R H, *et al*. CT and MR imaging of benign hepatic and biliary tumors[J]. Radiographics, 1999, 19(2): 431—451.

（编辑 汪勤俭）

文章编号：1000-5404(2002)04-0495-02

经验交流

12例无名动脉及降主动脉"团块状"扭曲的影像学分析

Imaging analysis of anonyma and descending aorta in 12 cases

周 进，李 敏 （重庆市肿瘤医院影像科，重庆 400030）

由于老年动脉硬化所致的降主动脉及无名动脉扭曲，常在胸片上表现胸内"肿块"影。易误诊为肺内或纵隔肿瘤，文献少有报道[1]。本研究收集1993年1月-1997年12月间资料完整的病历12例，其中7例在院外拟诊为肺内或纵隔肿瘤转入我院诊治。为提高对这种影像表现的认识，减少误诊，特对其影像特点作一分析。

1 一般资料

男7例，女5例。年龄最小55岁，最大78岁，平均67岁。8例有高血压病史，最短20年，最长30年。仅有3例因咳嗽等呼吸道症状，初次就诊而被胸片发现。其余9例均因其它疾病查体，常规胸片显示。其中8例位于无名动脉，4例位于降主动脉。12例全部有正、侧位胸片及体层片。5例作CT，3例作MRI证实为扭曲变异血管。

2 典型病例

病例1：女，68岁，感头晕，心慌不适约1月。在院外胸透发现"右上纵隔块影"来我院诊治。有高血压病史20年。胸片及TV透视，右上纵隔约4 cm×2 cm块影，外缘清楚，密度均匀。搏动不明显，肿块下端与主动脉相续。拟诊"右上纵隔肿瘤"。

MRI：显示右侧颈根部，胸廓入口处血管迂曲，并向右侧胸腔内突出，见图1。两侧肺野内未见明确占位及异常信号影。诊断：无名动脉迂曲。

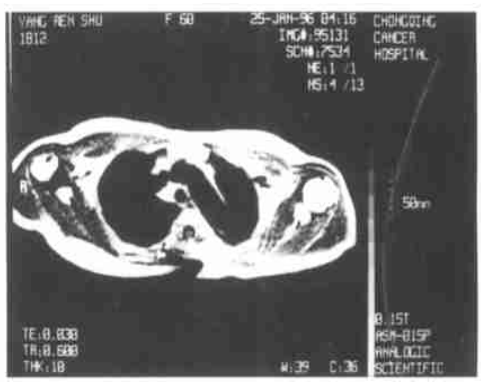


图1 （MRI，T1W，轴位）胸廓入口平面，无名动脉迂曲，向右侧胸腔突出

病例2：男，70岁，因"咳嗽，无痰血，右胸痛，消瘦乏力1月余"入院。有高血压病史24年。胸片及体层片示右心膈角，脊柱前约3 cm×3 cm块影。密度均匀，外侧清楚。TV透视下，肿块与降主动脉不能分开，似有搏动。并见主动脉明显扭曲，延长。入院后8次查痰，未见癌细胞，抗酸杆菌为阴性。拟诊为右下肺良性病变。MRI显示主动脉明显扭曲，平膈顶水平降主动脉由左侧横越脊柱至右呈梭形扭曲，见图2。诊断：降主动脉扭曲畸形。

作者简介：周 进(1957—)，女，山东省掖县人，主治医师，主要从事影像学方面的研究。电话：13618348801
收稿日期：2001-05-09；修回日期：2001-10-12

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



图 2 （MRI，T2W，冠状位）胸（降）主动脉中下段由左侧越过脊柱至右侧膈顶水平呈梭形扭曲

3 讨论

3.1 解剖学与影像学表现的联系

3.1.1 无名动脉是从主动脉凸面分出来的三支动脉中第一支也是最大的一支，长约 3.7～5 cm[2]。它经气管前绕向右，后上行。在右胸锁关节平面，分为右颈总动脉和右锁骨下动脉。正常情况下无名动脉位于右上纵隔内，正位胸片上并不显示。高血压，动脉壁弹性降低发生扩张，扭曲致血管影向肺野呈半圆形突出，构成“瘤样”块影。其解剖学的部位决定了“团块”的特殊位置。

3.1.2 主动脉是具有高度弹性的管道，在胸腔内有两点是固定的，一点是升主动脉起始部，另一点为降主动脉穿过膈肌裂孔处，随着年龄增长，动脉壁因发生退行性改变或粥样硬化而失去弹性，发生增宽或延长，到 60 岁以上则不再增宽，而表现为以延长为主的改变[3]。

由于主动脉的在胸腔内的两个固定点，延长的主动脉必须改变自身正常行经，以适应其增加的长度。加之老年性脊柱后凸，侧弯，肋弓变平等胸廓变形，以及高血压，动脉硬化等，使主动脉改变正常位置而移位。常规胸片较易辨认常见的升主动脉向右、前突，主动脉弓顶高达或超过胸锁关节，或明显向左突出，降主动脉向左、后弯凸，主动脉窗增宽等变化。而少数降主动脉则表现为“S”形屈曲，即先向左弯突，继而越过脊柱右凸，在膈上再弯向左，从而构成了胸段降主动脉屈曲形成的”瘤状”阴影，出现在脊柱两侧。部分病例在侧位胸片上，扭曲的降主动脉呈轴位投影，表现为圆形的致密阴影，如果缺乏对这种 X 线征象的解剖及病理基础的认识，尤其是首次进行胸部 X 线检查时，较易误诊为肺内或纵隔“肿瘤”。本研究有 7 例在院外误诊为肺内或纵隔肿瘤，应引以为诫。

3.2 本组病例的临床及影像学特点

本组病人均为 55 岁以上老年人。有较长的高血压病史。无咯血等呼吸道症状。透视，胸片及体层显示特殊解剖部位-右上纵隔旁，右上纵隔或心膈角脊柱前块影。密度均匀，外侧缘光整与相应动脉关系密切。CT 或 MRI 证实”瘤样”块影为扭曲的血管影。

3.3 诊断与鉴别诊断

对老年人；有长期高血压病史；无呼吸系统症状；胸片发现右上纵隔，纵隔旁或心膈角部有密度均匀，外缘光整的“块影”的病人，放射学的检查要点是弄清楚病灶的位置，即定位于何种脏器组织。胸片，体层特别是电视透视进行多方位观察，旋转病人至适当角度，清晰显示主动脉的扭曲行经，观察其有无搏动及与相应动脉血管是否相续，可将扭曲的血管与纵隔及肺内肿块相鉴别。必要时再进行 CT 及 MRI 检查解决定位问题。MRI 检查由于血流的特殊流空效应，对辨认血管最具特征性。无创性检查，安全且准确。同时与肺癌（纵隔旁型，肺上沟癌），纵隔肿瘤，心包囊肿疾病的鉴别也较容易。

关键词：无名动脉；降主动脉；影像学
中图法分类号：R816.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] 朱纪武，张闵光，陆 健 等. 类似胸内肿瘤的降主动脉增宽和扭曲（附 12 例报告）[J]. 实用放射学杂志，1995，11(8)：465－467.
[2] 巫北海 主编. X 线解剖图谱正常，变异[M]. 重庆：科学文献技术出版社重庆分社，1985. 153.
[3] 张朝佑 主编. 人体解剖学（上册）[M]. 北京：人民卫生出版社，1998. 800－801.
[4] Baron R L. Computed tomography in the evaluation of mediastinal widening [J]. Radiology，1981，138(1)：107－109.

（编辑 谢义霞）

经验交流

文章编号：1000-5404(2002)04-0496-02

43 例颌骨造釉细胞瘤复发因素探讨

Exploration of recurrence factors in 43 cases of jaw ameloblastoma

廖 伟，陈伟良，潘朝斌，王建广，李劲松 （中山医科大学孙逸仙纪念医院口腔颌面外科，广州 510089）

造釉细胞瘤是一种较常见的牙源性肿瘤，虽为良性，但因具有明显的局部浸润、破坏颌骨和高复发率的特点而日益引起广大口腔科医师的重视。本研究对 43 例复发性颌骨造釉细胞瘤的复发因素进行了探讨，现报告如下。

1 材料和方法

所有病例来源于中山医科大学孙逸仙纪念医院口腔颌面外科 1963 年 2 月－2001 年 5 月收治的住院病员。病例入选条件：①首次手术后病理确认为颌骨造釉细胞瘤。②均经手术治

作者简介：廖 伟（1968－），男，四川省万县人，主治医师，主要从事口腔疾病方面的研究，发表论文 12 篇。电话：(020) 84219995-36343
收稿日期：2001-01-16；修回日期：2002-03-12

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