DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.04.055

学杂志, 1989, 4(1): 22-24.
[2] 孙启良. 股四头肌等张训练治疗膝关节骨关节病[J]. 中国康复医学杂志, 1993, 8(1): 14-15.
[3] Hall D. The use of isokinetic in rehabilitation physiotherapy, 1989, 75(4): 737-740.
[4] Ornoha A R A. Isokinetic testing and training with Cybex Deynamometer [J]. Physiotherapy, 1990, 70(4): 701-745.
[5] 吴 毅. 等速肌力训练促进膝关节术后肌力恢复的研究[J]. 中国康复医学杂志, 1994, 9(3): 193-195.
[6] Knapik J. Isokinetic and isometric torque relationships in the human body [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1980, 61(1): 64-68.
[7] Oberg B. Isokinetic torque level for knee extensors and knee flexors in socet [J]. Int J Sports Med, 1986, 7(1): 50-56.

（编辑 张大春）

经验交流

文章编号: 1000-5404(2002)04-0494-02

肝脂肪类肿瘤超声和CT征象及肝穿刺活检诊断意义

The significance of CT appearance and liver biopsy in the diagnosis of lipomatous liver tumer

钱 锋[1], 黄学全[2], 江正辉[3] （第三军医大学附属西南医院: [1] 肿瘤生物治疗中心; [2] 放射科; [3] 全军消化专科中心, 重庆 400038）

肝脂肪类肿瘤少见。1980-2001年本院收治9例经病理诊断的肝脂肪类肿瘤病例, 现讨论超声、CT、MRI影像学特点及治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料

9例患者中, 男3例, 女6例, 年龄34~69岁, 3例感轻微上腹不适, 6例无自觉症状, 均为查体时经B超和(或)CT检查发现。肿瘤最大径2~15 cm, 最大1例达15 cm×12 cm×10 cm, 5例直径小于5 cm。8例行B超检查, 7例行CT检查, 2例行MRI检查。B超呈极强回声, CT多呈极低密度分叶状不均质肿块, 达-95 HU至水样密度, 见表1, 表2。4例行局部切除, 3例在B超引导下行肝穿刺活检, 2例CT引导下肝穿刺活检。病理报告: 肝脂肪瘤5例, 肝血管平滑肌脂肪瘤3例, 肝血管脂肪瘤1例。误诊为原发性肝癌伴肝内转移、大肠癌肝转移、肝囊性腺瘤各1例, 误诊为肝血管瘤2例。

表1 肝脂肪类肿瘤与其它不含脂肪的肝占位病变的B超征象比较

Group	例数	回声				边缘整齐	晕圈
		强	低	等	无		
肝脂肪类肿瘤	9	+	−	−	−	+	−
小肝癌	8	−	+	+	−	±20%	±50%
肝血管瘤	3	+	+	−	−	±	−
肝炎性假瘤	5	−	+	+	−	±	−
肝囊肿	4	−	−	−	+	+	−
肝结核	1	−	−	+	−	−	−

表2 肝脂肪类肿瘤与其它不含脂肪的肝占位病变的CT比较

Group	例数	CT值				边缘整齐
		−100~−50	−50~+10	+10~+50	+50~+100	
肝脂肪类肿瘤	9	+	−	−	−	+
小肝癌	8	−	−	+	−	±
肝血管瘤	3	−	−	+	−	±
肝炎性假瘤	5	−	−	+	−	+
肝囊肿	4	−	−	+	−	+
肝结核	1	−	−	+	−	+

作者简介: 钱 锋(1967-), 男, 云南省祥云县人, 硕士, 主治医师, 主要从事肿瘤生物治疗方面的研究, 发表论文7篇。电话: (023)68753793
收稿日期: 2001-06-17; 修回日期: 2001-09-20

病例1: 女性, 37岁, 体检B超检查发现左肝肿块, 于2000年12月14日入院。B超示: 左肝外叶有一6 cm×4.6 cm强回声团块, 边界清楚。CT示: 左肝外叶有一低密度分叶状肿块, 大小约6 cm×4.5 cm×5.2 cm, 密度均匀, CT值-49 Hu~-96 Hu。MRI显示同一部位可见T1WI高信号、T2WI稍高信号的分叶状肿块, 信号强度与皮下脂肪一致。剖腹探查: 左肝外叶有6.5 cm×5.2 cm×4.2 cm肿块, 行左肝外叶切除术。剖开标本见: 肿瘤位于肝实质内, 质软, 包膜完整, 边界清楚, 为柠檬黄色, 内有少量积血。病理镜检: 见瘤细胞由分化成熟的脂肪组织构成, 细胞呈空泡状。诊断: 肝脂肪瘤。术后恢复良好。

病例2: 女性, 34岁, 健康体检时B超发现肝脏有一强回声块影, CT扫描: 肝内有一5 cm×4.5 cm×4 cm大小低密度病灶, 其中有密度较高的小梁状结构穿过。2001年5月5日在CT引导下行Tru-cut针穿刺活检, 病理报告: 肝血管平滑肌脂肪瘤。

2 讨论

肝脂肪类肿瘤的发病率尚不清楚, 近年来由于影像检查技术进步, 发现病例增加。可发生于各年龄段, 男女比为1∶2.3至1∶2.5[1]。多无症状, 或仅有轻微右上腹不适。大多数为单个病灶, 少数有多个病灶, 肿瘤大小0.3~36 cm, 大多小于5 cm。国内报道29例, 其中肝脂肪瘤9例, 血管平滑肌脂肪瘤19例, 血管脂肪瘤1例。Nonomura A等[1]统计1996年以前的文献报道仅有80例, 近年国外文献亦仅有30余例个案报道, 多数为肝血管平滑肌脂肪瘤, 其次为肝脂肪瘤。

B超对肝占位性病变的诊断有重要意义, 可探及直径0.3 cm的液性病灶或0.5 cm的实质性病灶, 肝脂肪类肿瘤B超呈极强回声[2]。本组7例病人由B超首先发现, 表现为肝实质内边界清楚的强回声病灶, 但强度不等, 此与脂肪含量有关。若其中有出血或液化则可表现为液性暗区, 其内可有分隔, 彩超显示无血流信号。CT发现肝内局灶性包块, 主要依赖于病灶与邻近肝组织之间密度对比的差异。肝脂肪类肿瘤CT扫描呈低密度影, 因脂肪含量不同, CT值从-100 HU至水样密度不等, 有些呈现分叶状。与不含脂肪的肝内小占位性病变有显著差别[3]。肝脂肪类肿瘤在MRI也具有特征性, 表现为肝实质内

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

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。

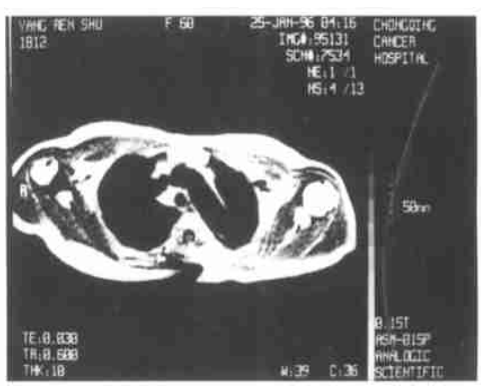


图 1　（MRI，T1W，轴位）胸廓入口平面，无名动脉迂曲，向右侧胸腔突出

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