DOI: 10.16016/j.1000-5404.1999.01.035

下可能破裂,病情迅速恶化。对此类患者临床医师应根据临床资料、血液动力学情况及影像学检查等作出判断和及时地处理。随着诊断和监护水平的不断提高,钝性肝外伤患者越来越多地采用了非手术方案。Pachter等[5]报道了405例非手术治疗的肝外伤,占该组病例的47%,成功率达98.5%。采用非手术治疗必须符合以下条件[6]:① 血液动力学稳定,包括最初就诊时和适当输液后;② 无腹膜炎体征;③ 无意识障碍使一系列外科体检得以进行;④ CT示肝脏伤情Ⅰ~Ⅲ级;⑤ 无腹腔内其它合并伤证据;⑥ 与肝损伤相关的输血不超过2次;⑦ CT监测证实肝损伤稳定或有所改善,此外尚需具备重症监护系统以及立即改行手术探查的条件。非手术治疗方案包括:重症监护系统持续观察;反复查体;经常性的实验室检查以及病情评估;绝对卧床;镇静、止痛、吸氧,持续胃肠减压;广谱抗生素应用及输血、补液。

肝包膜下血肿可在任何时候破裂,迟者可达伤后6周。Cheatham等[7]认为患者应入ICU 3~5 d,并限制活动6周。Farnell等[8]认为肝外伤非手术治疗患者应在伤后1~2周、1、2、3月复查CT,了解伤情转归。非手术治疗期间,血液动力学是最重要的观察指标。任何突然发生的血液动力学变化都可能预示着血肿破裂出血,需随时做好手术准备。肝包膜下血肿有以下情况者需行手术探查:① 经输血、输液(800~1000 ml),血液动力学仍不稳定;② 合并腹腔其它脏器伤;③ 发生了腹膜炎;④ 血肿出血量>250 ml[2];⑤ 检查发现血肿进行性增大;⑥ 非手术治疗中血液动力学突然变化,或血肿未完全吸收并出现感染征象。肝包膜下血肿的手术治疗原则:清除失活的组织,迅速、彻底、有效地止血,结扎损伤胆管,腹腔充分引流。大部分患者行单纯清创缝合止血,若肝实质破损较深可采褥式缝合并明胶海绵或大网膜填塞。若有广泛的肝包膜下出血,可考虑选择性地结扎该侧肝动脉的分支[2]。手术中应注意对肝脏再次打击尽可能控制到最小程度。

关键词 肝疾病;包膜下血肿

中图法分类号 R657.3

参考文献

1 Moore E E, Shackford S R, Pachter H L, *et al*. Organ injury scaling: spleen, liver and kidney. J Trauma, 1989, 29(12): 1664

2 陈 汉,尉公田,吴孟超.肝外伤诊断和治疗的现状.中国实用外科杂志, 1996, 16(4): 236

3 Wing V W, Federle M P, Jr Morris J A, *et al*. The clinical impact of CT for blunt abdominal trauma. A J R, 1985, 145(6): 1191

4 Stain S C, Yellin A E, Donovan A J. Hepatic trauma. Arch Surg, 1988, 123(11): 1251

5 Pachter H L, Knudson M M, Esrig B, *et al*. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicenter experience with 404 patients. J Trauma, 1996, 40(1): 31

6 Pachter H L, Frank C S, Sreren R H, *et al*. significant trends on the treatment of hepatic trauma. Am Surg, 1992, 215(5): 492

7 Cheatham J E, Smith E Z. Nonoperative management of subcapsular hematomas of the liver. Am J Surg, 1980, 140(6): 852

8 Farnell M B. Nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults. Surgery, 1988, 104(4): 748

(收稿: 1998-05-10;修回: 1998-07-27)

(编辑 刘 鹏)

多发性骨髓瘤的放射学诊断

Radiographic diagnosis of multiple myeloma

谢 强* 易习之 (第三军医大学附属新桥医院放射科)重庆, 400037

提 要 目的:确定影像学对多发性骨髓瘤的诊断价值。方法:42例多发性骨髓瘤均行X线平片检查,CT检查8例,核素检查2例。结果:约80%多发性骨髓瘤患者X线检查异常,表现为骨质疏松,骨质破坏,骨质硬化及髓外浸润。CT能发现平片表现为阴性的骨质破坏。结论:X线检查是多发性骨髓瘤最重要的辅助检查之一,但诊断必须结合临床。CT在发现病变能力上优于平片,可作为补充手段。

多发性骨髓瘤(Multiple myloma, MM)为骨髓内浆细胞异常增生所致的一种复杂而特殊的恶性肿瘤。其发病率也很高,为常见的骨恶性肿瘤,但临床诊断率低而漏、误诊率很高[1]。X线检查是该病的主要诊断手段之一。故作者总结我院1983年至1996年确诊的42例MM资料并复习文献,以提高对MM诊断和鉴别诊断

* 谢 强 男,29岁,住院医师,学士

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

的认识。

1 材料与方法

42例 MM均经骨髓穿刺检查或病理证实,其中男性 28例,女性 14例。平均年龄 55.4岁,年龄范围 24岁~ 77岁。40岁以上者占 90.5%。

常规 X线摄片胸部 41例,头颅 39例,骨盆 36例,脊柱 31例,长骨 15例,其它 10例。CT检查 8例,其中胸部 6例,头部 2例,腰椎 1例。均为常规横断平扫。

2 结果

2.1 骨骼病变的 X线表现

2.1.1 X线平片未见异常 9例。

2.1.2 骨质稀疏 11例,其中 8例伴有骨质破坏或椎体压缩骨折。

2.1.3 骨质破坏 29例,其中多发部位者 21例。伴病理骨折者 12例,伴软组织肿块者 3例。骨质破坏表现为溶骨性破坏,破坏区内一般无骨小梁存在,边缘清楚,无硬化边缘及骨膜反应,典型者呈圆或类圆形多发性“穿凿状”改变,破坏区大小不一。本组此种典型表现有 10例 (23.6%)部分病例破坏区边缘不清,外形不规整,破坏区内有似骨嵴样改变,呈“蜂窝”状、“皂泡状”、“鼠咬”状。病灶可相互融合。

2.1.4 骨质硬化 罕见。本组 1例表现为眶上区类圆形膨胀高密度硬化区。

2.1.5 CT检查 8例 有骨质破坏者 4例。其中 3例平片未见明显骨质破坏而 CT有明显骨质破坏 (腰椎、肩胛、肋骨各 1例)。另 1例 CT、平片均有明显骨质破坏。

2.2 骨骼病变的部位

2.2.1 头颅 表现为“穿凿样”破坏者 8例,不规则破坏者 10例,骨质硬化 1例。

2.2.2 脊柱 腰椎受累者 8例,胸椎 5例,颈椎 1例,以上腰下胸椎受累多见。仅见骨质稀疏 3例,伴椎体压缩者 7例。多椎体受累常见。

2.2.3 骨盆 表现为骨质破坏者 9例,骨质稀疏者 6例。病变形成以多发不规则小斑片状破坏多见。多累及髂、耻、坐骨。仅 1例表现为大块骨破坏如皂泡状。

2.2.4 肋骨 骨质破坏者 8例,骨质稀疏者 2例。常常表现为小斑点状破坏,2例伴有软组化肿块。病理骨折 5例,除 1例外均为多发骨折。

2.2.5 其它骨骼 股骨骨质破坏者 7例,肱骨 2例,锁骨 3例,胫骨 1例,尺桡骨 1例,肩胛骨 3例,胸骨 1例,下颌骨 1例伴软组织肿块。多表现为斑片状或类圆形小破坏区。

3 讨论

3.1 关于诊断与鉴别诊断

MM易误、漏诊,诊断率低。本组入院诊断考虑到 MM仅 14/42例。这是由于 MM表现复杂,临床及放射科医师常不熟悉本病表现,对 X线表现常囿于无“穿凿”样改变,而典型“穿凿”样破坏较少见 (本组仅占 23.8%)。X线检查部位不全,也是误、漏诊原因,因为易发现病变的部位常无症状而未检查。这样虽约 80% 的 MM患者有异常 X线表现,但诊断率却低。如果熟知本病表现,结合实验室和影像学检查,诊断常是容易的。当 X线发现:① 溶骨性骨质破坏;② 普遍骨质稀疏;③ 病理骨折 (尤是多发椎体骨折)时,要考虑 MM可能,应进一步详细检查,尤是当临床表现和检查有支持 MM诊断处时。MM有时与转移瘤较难鉴别,以下有鉴别意义:① MM骨质破坏带伴有骨质稀疏、破坏区边缘往往较转移瘤清楚,且多发病灶更常见,破坏灶大小较接近。② 颅骨有溶骨性骨质破坏多系 MM。③ 肋骨破坏伴软组织肿块则 MM可能性稍大。④ 锁骨、肋骨破坏伴膨大以 MM可能性大。⑤ 在脊柱 MRI有助于两者鉴别[2]。⑥ 临床表现不一样。MM与甲旁亢的鉴别较容易。MM无骨质软化及骨膜下骨质吸收、无软组织钙化。MM与其它原因引起的骨质疏松鉴别困难。因为骨质疏松表现是非特异的,在平片难以区别。HRCT及 MRI能发现较小的骨质破坏,有助于两者鉴别[3,4,5]。

3.2 影像学检查在 MM的应用

考虑 MM的好发部位[6],X线检查应选用头颅+骨盆+ 腰椎+ 骨痛部位+ 胸片。普通 X线检查仍公认是目前 MM首选影像学检查方法。其优点是经济、直观而阳性发现率较高,观察范围广。是其它影像学手段难以替代的。CT具有较高的密度分辨率,且为横断成像,故能发现较小的病灶。本组有 3例 CT发现骨质破坏而平片未显示,故 CT可作平片的补充。MRI最适合于脊柱检查,病灶阳性率发现高于 CT及平片,且能早期发现脊髓水肿。从而早期治疗,避免截瘫发生[5]。

关键词 多发性骨髓瘤;放射学诊断
中图法分类号

参考文献

1 尚克中.多发性骨髓瘤发病率的宏观状况与诊断率提高问题.中华放射学杂志,1995,29(2):79
2 宋建景,沈均康,等.脊柱多发性骨髓瘤与转移瘤磁共振成像鉴别诊断的初步探讨.中华肿瘤杂志,1996,18(4):249
3 Bmazi Mucelli R S, Pozzi M F, *et al*. Computerized tomography of the spine in evaluation of multiple myeloma. Radiol Med Torino, 1988, 75(4): 291
4 Clyde A H, Harry K G. Computed tomography in the early dectection of skeletal involvement with multiple myeloma. JAMA, 1982, 248 21
5 Ludwing H, Fruhwald F, *et al*. Magnetic resonance imagine of the spine in multiple myeloma. Lancet, 1987, 15; 2(8555): 364
6 丁建平,任庆云.92例多发性骨髓瘤临床 X线分析.中华放射学杂志,1996,30(8):567

(收稿:1997-09-10;修回:1998-05-02)
(编辑 刘 鹏)

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