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

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

定性正确率为78.2%。奕宝庆等[5]指出应用常规CT扫描和胰腺钩突部薄层扫描(范围必须包括连接区)相结合,对胆胰管下端癌的诊断定性率可达96.15%。钩突及钩突以下水平扩张的胆胰管突然中断、扩张管的内壁不光整、管壁局限性或环形增厚与管腔内隆起及梗阻部位肿块,均为胆胰管下端癌较具特征性的表现。本文A组仅4例见此征象,这可能与部分肿块小、检查重点不突出及我们在CT扫描技术上的差异有关。

GI和HD见癌肿多表现为乳头肿大、乳头区不规则充盈缺损、局部肠粘膜破坏、管壁僵硬狭窄或梗阻,以及扩张的胆管和增大的胆囊所致的压迹深、加宽等。

结合本组癌肿在直接法胆系造影片上表现为扩张的胆胰管下方见不规则、结节状及花瓣状充盈缺损、凹凸不平;完全梗阻者下缘多呈虫蚀样改变,边缘残缺不齐且影像恒定;狭窄者多呈突然性或偏心性不规则改变。炎性狭窄多在扩张的胆胰管下方有较长范围的鼠尾状或偏心性改变,常受牵拉变形,立位动态观察括约肌段功能性改变有助诊断。结石伴炎症者多有杯口状充盈缺损,反复改变体位有利于观察。必要时可行括约肌切开引流后复查对比,对肿瘤梗阻或是炎性梗阻有鉴别诊断意义,同时便于内窥镜观察。

文献[2,6,7]报道用内窥镜超声成像(EUS)对胰腺癌和胆胰管十二指肠连接区癌的诊断准确率及可切除性评价达95%,优于CT和MRI;两者的TNM分级的准确性为92%和88%;观察局部淋巴结的准确性为74%和54%;判断淋巴结转移的准确性为91%和80%。EUS预测肿瘤浸润深度的敏感性为83%~88%;显示门脉系统的敏感性为91%;而对腹腔干受累及远处转移的评价较CT和血管造影缺乏敏感性。EUS对广泛的连接区癌伴邻近胰实质较深的浸润不能与胰腺癌区别,鉴别炎症和转移同样是困难的。文献[2,6]报道认为:因EUS较ERCP侵入小,当ERCP胰管和/或胆管不显影时,EUS应成为胆胰管检查的首选方法。在判断胰腺癌和连接区局部肿瘤分期方面,EUS是最精确的诊断方法。文献[2,6]预言,在不久的将来,常规使用EUS并引导针刺抽吸活检对确定胆胰管连接区肿瘤的诊断可能成为一种标准的方法。

误诊分析:本组US和CT,各有3例因结石和癌肿并存而仅提示和满足于结石诊断,却忽略了由于肿瘤所致梗阻的主要原因。堆积的泥沙样结石或结石嵌顿伴炎性胆汁团、炎性团块状絮状物可以表现为无声影而类似于软组织肿块[1],本文有2例因此而误诊。另因胆系术后和肠气干扰等原因致病变在US上显示不清。CT常因扫描层距太大或扫描不到位而误、漏诊。ERCP对A组行此检查的40例全部诊断正确,而对B组6例全部误诊为肿瘤(图4)。这可能与我们的病例选择有关,且只注重影像表现,而没有将内窥镜下共同管的表现、活检资料和造影表现结合分析的结果。

内窥镜对侵及乳头的病变非常敏感,但局限于共同管内的病灶无法直接观察。Ponchon等[8]报道有37%的连接区肿瘤在内窥镜下乳头显示无异常,必须内窥镜观察与造影表现相结合,必要时行切开括约肌才能发现。我们的病例中遇到1例,故建议对高度怀疑连接区肿瘤或连接区呈漏斗状和/或胆管扩张而无胆石症者、以及不明原因的胰管扩张者,行括约肌切开和有效的活检或短期内复查有助于诊断。内窥镜所见不能代替必要的组织学诊断。Venu等[9]报道1例ERCP检查见胆管扩张伴十二指肠乳头巨大溃疡的病例,病理组织学为连接区错构瘤,从而避免了创伤性大的外科切除术。

获得胆管下端和胰管及连接区的影像,对认识连接区肿瘤非常重要。故应多体位、多时相摄取其动态影像,使其充分显示。完全梗阻者梗阻端到十二指肠壁的距离可能表示肿块的大小。动态观察造影剂排泄后与肠气相互衬托可显示连接区肿块的轮廓。

胆胰管疾病行影像学检查的目的有二:病变的主要诊断;评价肿瘤的分期和可切除性以指导外科手术的可能性。虽然ERCP不能评价肿瘤向管外侵犯的范围,但是它在目前是连接区肿瘤组织学检查必不可少的方法。单一影像检查的误诊率较高,故应多种影像方法联检综合分析,以提高诊断的正确性。

参考文献

1 董宝玮.阻塞性黄疸的超声诊断.临床医学影像杂志,1991;1(4):172

2 Tio TI, Tytgat GI, Cihot RJ *et al*. Ampullopancreatic carcinoma: Preoperative TNM classification with endosconography. Radiology,1990;175:455

3 陈敏华,王 彬,朱 强等.超声对提高胆管疾病诊断率的研究——注射Ceosunin及纵横旋转扫法的意义.中国医学影像杂志,1993;1(2):28

4 Freeny PC, Traverso W, Ryan JA *et al*. Diagnosis and staging of pancreatic adenocarcinoma with dynamic computed tomography. Am J Surg,1993;165:600

5 奕宝庆,王艳萍,李铁一.壶腹乳头部癌的CT诊断.临床医学影像杂志,1992;3(3):134

6 Roch T, Braig C, Cain T *et al*. Staging of pancreatic and ampullary carcinoma by endoscopic ultrasonography. Gas-

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

troenterology, 1992; 102; 188
7 Muller MF, Meyenberger C, Bertschiner P *et al*. Pancreatic tumors: Evaluation with endoscopic US, CT, and MR imaging. Radiology, 1994; 190; 745
8 Ponchon T, Berger F, Chavaillon A *et al*. Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater. Cancer, 1989; 64; 161
9 Venu RP, Rolny P, Geenen JE *et al*. Ampullary hamatoma: Endoscopic diagnosis and treatment. Gastroenterology, 1991; 100; 795

(收稿: 1995-09-27; 修回: 1996-05-13)
(编辑 张大春)

Imaging features of cancerous obstruction of the distal common bile duct

Wu Beihai, Ma Xiangyu, Zhou Daiquan (Department of Diagnostic Radiology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 630038)

Abstract The imaging features of 52 cases of cancerous obstruction of the distal part of the pancreaticobiliary duct were retrospectively studied. The preoperative tentative diagnosis of the cases was "non-calculous but cancerous obstruction of the distal common bile" duct and the diagnosis was confirmed by surgery or pathological examination. The characteristic features of the cancerous obstruction of the distal common bile duct were presented and the misdiagnosed cases discussed. It was concluded that the combined employment of many imaging techniques preoperatively is able to lower the rate of misdiagnosis of the cancerous obstruction of the distal part of the pancreaticobiliary duct. In addition, it must be remembered that obstruction of the distal common bile duct may result from non-calculous and non-cancerous lesions.

Key words common bile duct; pancreatic duct; obstruction

碘离子导入治疗孢子丝菌皮肤病

Treatment of sporotrichosis on skin with iodine iontophoresis

张金芝 赵 谦 (第三军医大学附属西南医院康复理疗科) 重庆, 630038

近4年来, 我们收治了3例孢子丝菌病, 给予碘离子直流电阴极导入治疗, 疗效满意. 现将一例情况报道如下。

患者, 女, 68岁. 左股前内侧皮下硬结反复发作痒痛达5年之久. 追溯病史: 缘于1986年左大腿出现红色丘疹, 痒痛剧烈, 夜间尤甚, 抓伤后流黄水, 继之出现蚕豆大小的皮下硬结, 呈串珠状此起彼伏蔓延, 部分结节表面溃烂经久不愈, 曾在当地医院口服酮康唑、灰黄霉素, 局部照射 TDP 等治疗无效, 曾口服碘化钾因引起心律减慢而停服, 1991年10月来本院皮肤科就诊. 体检: 一般情况尚好, 肝肾功能正常, 腹股沟淋巴结不大, 左股前有散在的地图样边缘不整齐的溃烂创面, 10 cm×5 cm 一个, 2 cm×3 cm 三个, 深约0.1 cm, 表面有脓性分泌物复盖, 还有大小不等的浸润性红斑和少许片状疤痕, 表面凹凸不平, 呈暗红色, 散在触及数个蚕豆大小的活动性硬结, 与皮肤无粘连. 经皮肤活检与多次分泌物培养均证实为孢子丝菌病. 给予酮康唑、灰黄霉素口服, 碘化钾局部湿敷等药物治疗效果不佳. 改用理疗后, 给予高热刷蜡疗法, 使皮面血管扩张, 接着用直流电阴极导入5%碘化钾, 作用极衬垫置溃烂面及硬结部位, 另极对置, 每次20～30 min, 电流强度0.1 mA/cm². 治疗后常规换药包扎, 每日一次. 治疗36次后溃烂面全部愈合, 疤痕软化, 皮下硬结消失, 痊愈出院.

讨论

皮肤孢子丝菌病一般口服碘化钾有效. 本例因口服碘化钾引起心律减慢而停服. 外用碘化钾湿敷吸收不良, 改用碘离子导入疗法, 取得良好效果. 理疗时先给予传导类热疗石蜡的高温刷蜡, 可即刻使皮面局部血液循环改善, 增加代谢; 碘离子经直流电阴极导入体内, 调节碘代谢, 软化疤痕, 促进慢性炎症吸收[1,2]. 还可直接改变真菌细胞膜的通透性以及机体组织细胞的 pH 值, 加之碘离子对菌类的直接杀灭与"干扰"作用[3], 在三个疗程治疗中, 炎性反应、粘连、硬结、疤痕等基本上得到修复, 疗效满意. 所以直流电碘离子导入疗法是治疗本病确实可靠的物理治疗方法, 值得推广。

关键词 碘离子; 直流电; 孢子丝菌
中图法分类号 R454

参考文献

1 高彩红. 直流电碘离子导入与超短波治疗慢性咽炎观察. 中华理疗杂志, 1992; 3; 171
2 简文豪. 离子导入用的药物种类及适应证. 见: 郭万学主编. 理疗学. 北京: 人民卫生出版社, 1984; 89～98
3 孙颂三, 金有豫. 甲状腺激素及抗甲状腺药. 见: 陈新谦, 金有豫主编. 新编药物学. 第12版. 北京: 人民卫生出版社, 1985; 521～557

(收稿: 1995-06-06; 修回: 1996-05-20)
(编辑 冷怀明、汪勤俭)

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