DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.04.027

照李稔生等[2]对肱骨髁上骨折治疗的疗效评定标准，结合我们的病例进行评定。55例中优40例(占72.9%)，良11例（20%），尚可2例（3.6%），差2例（3.6%），总优良率92.7%。

4 讨 论

儿童髁上骨折的特点，因儿童处在生长发育期，肱骨下端骨质比较薄，尤其是鹰嘴窝骨质则更薄，极易发生骨折。且多为青枝骨折，无明显移位，容易手法复位，骨折端稳定，骨折愈合快。少数骨折可发生严重的尺偏或桡偏移位，并可伤及骨骺，影响骨骺生长发育，导致肘关节变形，带来不同程度的关节功能障碍。

手术复位钢针内固定 采用肘外侧和内侧切口，既便于暴露骨折端，在直视下进行准确的骨折复位，又可对有神经损伤的病例进行神经探查及处理。交叉克氏针固定骨折端，可防止前后移位和旋转移位，骨折端稳定。钢针对关节软骨面无损伤，针尾留于皮肤外，骨折愈合后便于拔除。手术造成的组织创伤远比反复多次手法复位造成的组织损伤要小，解剖复位率高，并发症少，术后功能恢复满意，其优良率达92.7%。但手术复位要增加病人痛苦，亦有切口和骨感染的可能，应慎重从事，严格手术指征。

肘内翻畸形 肘内翻是髁上骨折常见的畸形。其发生原因：（1）远骨折端向尺侧方移位，未予充分纠正；（2）肱骨外髁骨骺受骨折刺激生长过快或内髁骨骺生长受限；（3）内侧骨骺受挤压变形，旋转移位，整复时未予充分纠正；（4）远骨折端受肌肉的强力牵拉而发生内旋内翻移位。尺偏型骨折或合并有内髁挤压，粉碎性骨折，手法整复难以得到充分的纠正，即便是骨折已获良好的复位也难以维持复位后的骨折对位，易发生肘内翻畸形[3][4]。手术复位钢针内固定能防止上述不利因素减少肘内翻的发生。本组手术复位钢针内固定65例，只有5例发生肘内翻畸形，其发生率为7%，低于国内文献报导。

关 键 词 儿童；肱骨；骨折；疗效

参 考 文 献

1. 过邦辅。小儿骨折及其它损伤。上海：上海科技出版社，1965:100～119
2. 李稔生 陆裕朴。肱骨髁上骨折的治疗（附210例病例分析）。中华骨科杂志，1982;2（5):264～267
3. 关口隆。小兒上腕骨髁上骨折の治療。整形外科 1987;38（9）:1483
4. 关口隆。小兒上腕骨髁上骨折の治療。整形外科 1986;37（12）:1727～1730

（收稿：1990.06.04；修回：1991.02.08）

胰腺癌的影像诊断

宁德辰 许新复 巫北海 初铭忠* （第三军医大学西南医院 放射科）630038

本文回顾性总结胰腺癌影像资料，着重讨论如何正确选择检查方法和提高早期诊断。

1 资 料

收集1976年～1989年西南医院（210例）和新桥医院（170例）收治380例胰腺癌，其中手术、病理和影像学资料完整190例。胰头、钩突部肿瘤139例，体尾部肿瘤29例，全胰肿瘤22例。

2 影 像 学 表 现

（1）常规X线检查：口服法胆囊造影（OCG）5例不显影。静脉法胆道造影（IVC）7例，4例显影

* 第三军医大学新桥医院放射科

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

正常，3例不显影。腹部平片见3例胰腺结石。胃肠道钡餐检查（GI）59例，十二指肠低张双对比造影（HD）29例。两种方法多见十二指肠内壁不规则，粘膜破等胰腺癌典型征象。GI无异常发现22例。HD无异常发现6例。（2）经皮肝穿胆管造影（PTC）65例：65例肝内外胆管有不同程度的扩张。胆总管中下段完全阻塞55例，其中27例胆总管中上段向左上移位，有的近似水平（图1）。胆总管胰腺段狭窄4例。肝内胆管扩张或一侧肝内胆管扩张而肝外胆管不显影6例。（3）内窥镜逆行胆胰管造影（ERCP）33例；9例插管失败。24例胆胰管显影见胰管狭窄壁不规则13例；胰管中断5例；胰管扩张12例，串珠状4例，光滑对称8例（图2）；胆总管胰腺段狭窄4例；5例胆总管中上段扩张而胰腺段未显影。（4）CT检查28例；胰腺呈均匀或不均匀低密度肿块26例。肿块边缘不规则23例，规则3例。16例增强扫描；肿块轻度增强11例，明显增强3例，无增强2例。2例见胰头轻度扩大无明确块影，仅见胰管扩张。18例胰管扩张（图3），扩张胰管在肿瘤边缘中断。28例有不同程度的胆道扩张。（5）B型超声检查（BUS）110例；胰腺肿块85例；胰腺肿块囊性改变8例；全胰结节状肿块2例；胰管扩张28例。无异常发现10例。（6）腹腔动脉造影（AG）3例；胃十二指肠动脉中断2例，无异常发现1例。

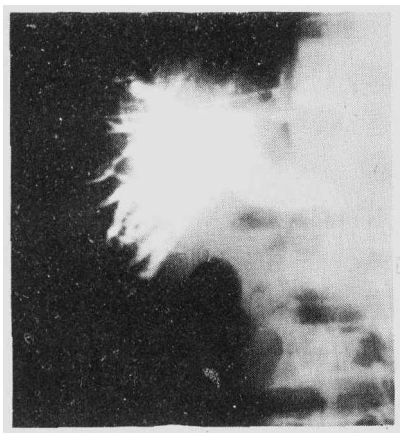


图1　PTC片见肝内外胆管扩张，胆总管中段完全梗阻，胆总管中上段向左上移位。

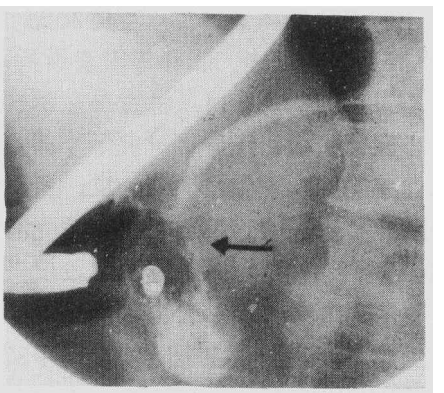


图2　ERCP片见胰头部主胰管狭窄，壁硬。体尾部胰管呈光滑对称扩张。

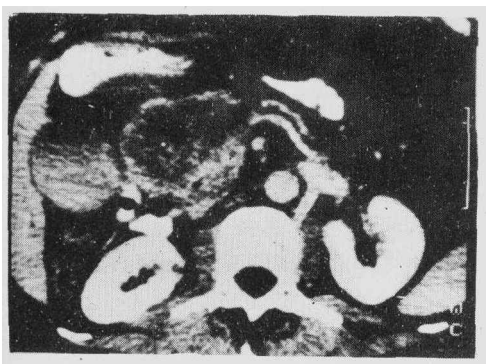


图3　CT片见胰头部5cm×6cm密度不匀，形态不规则肿块，胰管光滑对称扩张。

2　讨　论

3.1　胰腺癌影像学诊断方法选择

胰腺位于腹膜后，体积小。临床和影像学检查对诊断胰腺癌比较困难。要做到早期诊断，检查方法选择很重要。BUS和CT为无创伤性检查，文献报道[1][2] BUS优于CT和CT优于BUS两种意见。本组CT正确诊断率虽高于BUS，但BUS有其优点，所以应首选BUS。当胰腺癌病灶≤3cm时，CT、BUS可能无异常发现，ERCP发现胰管形态改变。PTC不但可以诊断胰腺癌而且可以行PTCD。AG对胰腺癌能否切除有较高价值，诊断小胰癌比较困难。ERCP、PTC、AG各有优点，但病人有痛苦和合并症。OCG、IVC和腹部平片诊断价值甚小。GI、HD明确诊断时已属晚期肿瘤，所以，不必列为常规检查手段。我

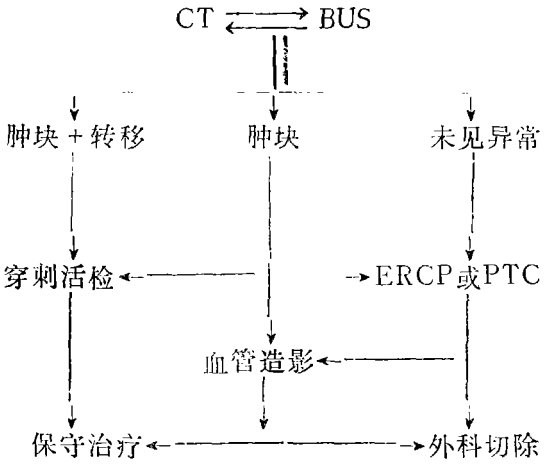
?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

们根据自己的经验和教训，建议对疑有胰腺癌病例影像学检查方法采用附表方式选择。

3.2 胰腺癌影像学诊断

CT 诊断胰腺癌正确率较高，是目前诊断胰腺癌主要方法之一。本组28例 CT 最常见的征象是胰腺肿块，胰管扩张，胆道扩张。胰腺肿块是诊断胰癌的主要征象和依据，但应与胰腺炎性肿块鉴别。胰腺癌约有66%～73%见胰管扩张[3]，本组为68.5%，与文献报道相同。本组所见胰管扩张呈光滑对称和串珠状，扩张的胰管在肿瘤边缘中断，这是胰癌的特征性表现。Panivansal等[1]认为CT 扫描因肿瘤小与正常胰腺密度相同，没有膨出胰腺轮廓而漏诊。BUS能发现小肿瘤。BUS当受肠道气体、肥胖等因素影响，小胰癌仍难发现。BUS 和 CT检查易显示胰管扩张。当胰管扩张而无肿块时提示小胰癌的可能。

附表　胰腺癌影像学检查方法选择方式图



80%胰腺肿瘤发生在胰管上皮，所以ERCP能发现小肿瘤。最常见的征象是主胰管狭窄、中断和扩张。胰管狭窄后扩张呈光滑对称或串珠状是胰腺癌的特征。此征可与胰腺炎不规则胰管扩张鉴别。胆总管胰腺段位于胰头后面的胆总管沟内。胰头癌最易累及此段，使该段狭窄和阻塞。胆总管胰腺段狭窄易诊断胰腺癌。如果胆总管完全阻塞时诊断较困难。分析本组胆总管中下段完全阻塞55例中27例胆总管中上段向左上移，有的近似水平位。可能为胰腺肿块推移所致。复习17例壶腹癌和47例原发性胆管癌 PTC片均无此征象。当胰腺癌转移到肝门时仅见肝内胆管扩张，肝外胆管不显影难与原发性胆管癌鉴别。

胰腺癌属于少血管性肿瘤，造影片多见血管扭曲，狭窄和中断。胰腺癌体积比较大时，侵蚀和推移胃肠道，GI、HD表现典型征象。本组多见十二指肠内壁毛糙，应当提高警惕。GI、HD检查无异常发现也不能除外胰腺癌，应做CT、BUS、ERCP、PTC。

关键词　胰腺癌；影像诊断；方法；选择

参 考 文 献

1. Panivansla M, Lahde S. Ultrasonography and computed tomography in pancreatic malignancy. Acte Radiologice 1988;29:343
2. Luetmer PH, Stephens DH and Ward EM. Chronic pancreatitis reassesment with current CT. Radiology 1989;171:353
3. 李果珍。临床体部CT诊断学。北京：人民卫生出版社 1986:168

（收稿：1990.12.17；修回：1991.06.10）

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