DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.031

16例多囊肾影像学分析

吴国平* 吴贵华 （西南医院 放射科）

收集我院1984年～1988年经手术和肾穿刺证实、资料较完整的16例多囊肾，对其X线和B超表现进行分析，以企提高对其影像的认识。

1 一般资料

16例中男9例，女7例，最大69岁，最小21岁，平均58岁，40岁以上11例（70%）。病程最长10a，最短半月。合并多囊肝3例，肾结石2例。临床症状：腰痛7例，腹痛3例，肉眼血尿4例，腹部包块1例。

16例中平片检查9例，CT检查8例，B超检查14例，静脉肾盂造影9例，肾动脉造影1例，囊肿穿刺造影2例。证实方法：囊肿揭盖减压术10例，囊肿穿刺术6例。

2 影像表现

2.1 平片：9例中5例有阳性发现，其中肾影增大（肾长径＞14cm、横径＞7.0cm为增大）并见分叶征3例，另2例除肾影增大外，并见阳性肾石影。

2.2 静脉肾盂造影：9例及逆行肾盂造影2例，IVP 9例中5例（55.6%）显示肾盏缩短、消失或伸长，呈半月状或蜘蛛脚状，其中1例还可见肾盂受压，呈边缘光滑的弧形充盈缺损。逆行肾盂造影中1例见肾盏漏斗部细长，肾盂内结石被清楚地勾划出边缘轮廓，并有肾盂积水。

2.3 囊肿穿刺造影：2例，显示出圆形或卵圆形囊肿的形态及边缘，抽吸后囊肿影可缩小。

2.4 肾动脉造影：1例，动脉期无异常征象；实质期见下极较大的圆形低密度区，边界清楚。

2.5 CT扫描：8例，均有阳性发现，其中双侧性5例，单侧右2左1。显示肾内大小及数目不等的圆形、卵圆形低密度区，CT值0Hu～20Hu，增强后扫描，囊肿区无强化。当囊肿位于肾皮质时，呈薄边征（5例）、鸟嘴征(3例)，增强后扫描更明显。作CT的8例均作了B超，发现率为8/8，CT诊断双侧病变者5例，B超仅报告3例，另2例位于肾下极的小囊肿遗漏。

2.6 B超表现：14例中13例有阳性发现，示肾区内大小不等、边缘光整的圆形、类圆形无回声暗区，2例有肾结石者，见伴声影的强回声光团。

3 讨论

多囊肾病因尚未明确[1]，多为双侧发病，但本组仅5例（31%），肿囊发展1侧快1侧慢时，常易误为单侧性[2]。本病多数无临床症状，被偶然发现后，若无结石、积水等并发症多不予以重视，亦难得到病理证实，可能是以往发现率较低的原因。常见的影像表现是多个肾盏被推压移位，肾动脉分支的多弧形包绕，实质期充盈缺损区，CT显类圆形低密度区，边缘光整，易诊断。不典型者易漏诊，就此作一分析。

* 进修医师，在贵州省黔西州医院放射科工作

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

（1）肾积水，很少见，当囊肿位于肾盂部并压迫肾盂时，可引起肾积水，还可见肾盂部的弧形充盈缺损区，应与肾盂癌鉴别。有报道误为肾盂癌而手术，术中发现为肾深、浅部的囊肿层层相迭，并压迫肾盂所致[3]。

（2）薄边征及尖角征，是囊肿凸于肾外部份的轮廓，显1 mm～2 mm厚的浓密弧线影，称薄边征。囊肿位于肾皮质边缘部时，有邻近的肾实质被推压成如鸟嘴的角状，称鸟嘴征或尖角征，表示病变为膨胀性[3]。上述征象在实质期或静脉期及CT增强后扫描为明显，对此征象不认识时易漏诊。

（3）当囊肿内有出血，钙质及蛋白类物质浓缩，可形成高密度囊肿，易与肾肿瘤混淆[4]。CT增强后扫描，囊肿区CT值基本不变，而肾实质明显强化，借此可与肿瘤区别。

（4）当囊肿较小，又未压迫肾盂、肾盏时，IVP可无异常发现，故不能排除多囊肾存在的可能。

总之，多囊肾并不少见，不典型者易漏、误诊，平片及IVP发现肾影增大或有肾积水时，应想到此病可能，B超诊断正确率高（本组93%），又经济简便，应作为首选，CT发现率高（本组100%），定位准确，但价格贵。将几种影像检查有机结合，可望进一步提高对多囊肾的诊断正确率。

参考文献

1. 武汉医学院主编。外科病理学。武汉：湖北人民出版社 1987:570
2. 谭荣申。多囊肾的影像诊断（18例报告）。实用放射学杂志 1989；5:19
3. 申东亮，徐德永。多囊肾误诊为肾盂癌2例报告。中华放射学杂志 1985；19(2):120
4. 白人驹，译。高密度肾囊肿的CT表现及超声检查的比较。国外医学：临放分册 1985；8:160

（收稿：1990.03.01；修回：1991.01.11）

脑膜间叶软骨肉瘤2例报告

何奇元（大坪医院 脑外科）
高奉浔（大坪医院 病理科）

脑膜间叶软骨肉瘤极为罕见，现将我们经手术及病理证实的2例并复习有关文献报告如下。

1 病例介绍

例1 男性，28岁。因左面部疼痛5个月麻木2个月于1986年7月16日入院。检查：眼底无水肿，左面部痛觉减退，左侧咀嚼力弱，左周围性面瘫，左鼓膜充血及听力下降，Webers试验偏右。腰穿压力0.98kPa，蛋白0.25g/L。头颅及颅底X线平片未见异常。脑血管造影示左颞部巨大占位病变。临床诊断左中颅窝底脑膜瘤。1986年8月20日在全麻下行左颞开颅。术中见颅中窝底靠中线硬脑膜内外有～10cm×8cm×5cm的肿瘤，暗红色，质硬，脆，血运丰富。行肿瘤分块大部切除，手术顺利，术后恢复良好，55d出院。病理诊断脑膜间叶软骨肉瘤（小细胞未分化型），随访5个月因肿瘤复发致死。

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