DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.028

分别为3和4 cm。

4．CT检查：本病特征：平扫见肝内圆形或卵圆形轮廓较清楚的低密度均匀病灶，瘤体较大者在低密度区内有不规则更低密度区。增强扫描见绝大多数血管瘤的边缘出现和主动脉密度一致的典型增强灶，其大小、形态不一，随着时间推移，增强范围逐渐扩大，致低密度区大部或全部变为等密度区[4]。本组1例在外院作了CT检查，平扫见肝右叶后上及下缘和左叶有三个圆形低密度影，边缘清楚光滑，增强扫描后右叶后上及左叶病灶消失，右叶下缘病灶缩小，可见明显向心性的增强反光带。手术证实为肝多发性海绵状血管瘤。

5．选择性腹腔动脉造影对本病的确诊率为90%，与B超基本一致，优于CT及肝核素血池扫描[5]。腹腔镜检查可在直视下观察到肿瘤的特征性表现，但位于肝脏深部者难以显示。本组病例未作此二项检查。

三、治疗及预后

本病最有效的治疗方法为手术切除，无症状的小血管瘤也可随防观察。不能切除的病例可采用选择性肝动脉结扎或放疗，或采用部分切除＋放疗，亦有试用冷冻治疗者。本组16例行手术切除，1例采用右肝动脉结扎，1例行瘤体大部切除术。本病预后一般较好，术后偶见有复发者。本组有1例于术后4年复发。

参考文献

1．金炎，等。肝海绵状血管瘤(附5例报告)。白求恩医科大学学报 1985；11：199

2．第二军医大学第一附属医院肝外科。肝海绵状血管瘤（附21例临床分析）。中华医学杂志 1977；57：603

3．邹贤华，等。肝血管瘤与肝癌的超声图像分析。中华物理医学杂志 1985；7：200

4．李美玲，等。肝海绵状血管瘤的CT诊断(附20例分析)。中华放射学杂志 1984；18（3）：161

5．牟震先，等。肝海绵状血管瘤血管造影及其它影像诊断30例对照分析。第三届全军消化内科专业学术会议论文汇编，广州：全军消化内科专业组，1986：105

（收稿：1987.5.16，修回：1988.4.30）

海绵窦和海绵间窦静脉造影（附16例报告）

邹咏文 姜德福 何奇元 陈广鑫 （大坪医院 脑外科）

垂体腺瘤的X线诊断方法有蝶鞍平片、断层摄影、定向气脑造影、颈动脉造影以及CT扫描等，绝大部份病人能确定诊断，但对于微小垂体腺瘤的诊断仍存在不足。1979年Theron介绍了用海绵间窦造影诊断微小垂体腺瘤[1]。据Divitiis等称，用这种造影可显示直径仅3mm的病变[2]。我科自1982年底以来进行了16例海绵窦和海绵间窦造影。报告如下。

临床资料

一般资料

男4例，女12例，年龄30～48岁。闭经、溢乳或不孕11例，肢端肥大症2例，尿崩症1例，视力减退2例。

造影及手术结果

本组16例中15例单侧插管，1例双侧插管，均显影良好。12例有异常发现，其中3例造影显示前、下间窦消失，双侧海绵窦内侧静脉条带向两侧推移、间距增宽，呈“U”改变。经额下入路行肿瘤大部切除，肿瘤直径在3 cm以上。病理证实为2例嫌色性、1例混合性腺瘤。3例显示下间窦消失，前间窦狭窄，前移，一侧或双侧静脉条带外移，亦经额下入路手术，肿瘤直径1.5～2 cm，2例嫌色性、1例嗜酸性腺瘤。1例鞍上有钙化的尿崩症病人，显示一例海绵窦明显充盈缺损，手术证实为颅咽管瘤。5例无蝶鞍改变者，造影显示下间窦中断或消失，前间窦双侧不对称(局限性前移)，

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

或/和一侧静脉条带轻度外移。为直径10mm以下的微小腺瘤，其中2例经鼻蝶窦入路，1例经额下蝶窦入路，1例经额下入路手术，均为嫌色性腺瘤。1例仍在观察。4例造影正常，其中3例为原发性闭经不孕者，未手术；1例行开颅探查为鞍部蛛网膜粘连。

造影方法

术前准备同一般血管造影。局麻，用14号脑血管造影针，于腹股沟韧带下方2 cm，经皮穿刺股静脉，边退针边抽吸，回血后置入导丝，导入6～7 F导管（前端预先塑形成一90°～100°的单弯曲，前端长1 cm），顺下腔静脉向上至颈内静脉插入岩下窦，注入50%泛影葡胺4～5 ml，透视下侧位观察见造影剂向鞍部引流，证实插管已成功。摆好头位，先摄颅底位平片1张，然后在不改变头位的情况下，注入造影剂15ml（每秒5 ml），连续摄颅底位片2张，间隔时间1 s。注药同时压迫插管侧或双侧颈静脉，阻止造影剂回流，使双侧海绵窦和间窦充盈。造影结束拔管后，局部压迫5 min，卧床休息5 h，并观察下肢血循环情况。

本组16例中13例当导管插入岩下窦时患者感同侧耳内发胀，注药时10例感眼部发热。无其他不良反应及并发症。

讨论

正常时，在颅底位片上，双侧海绵窦和前、下、后间窦均可显示。前、下间窦彼此呈相对的浅弧形影像，容易识别，不应突然变细或中断，与海绵窦相接处可以略宽。少数前间窦可很宽，下间窦呈丛状[2]。后间窦与基底静脉丛重叠，不易识别。双侧海绵窦中可见透光的颈内动脉影像。海绵窦内侧缘基本平整，对称。

由于海绵窦和间窦内压很低，且紧邻垂体，因此在垂体肿瘤引起蝶鞍骨质改变之前间窦即可受压而出现改变。如下或前间窦某一段管径变窄和移位，不对称。较大的肿瘤可使一或两个间窦中断，海绵窦内侧缘呈向外的弧形压迹。更大的肿瘤，前、下间窦可完全消失，海绵窦向外移位，甚至颈内动脉间距增宽而呈“U”形影像。通过造影可以了解肿瘤发展方向，海绵窦受压程度，前、下间窦的大小和位置，以及颈内动脉间距。对手术入路的选择有帮助，尤其是可以避免经蝶窦入路手术时损伤粗大的间窦、海绵窦或颈内动脉而引起不可控制的出血。

造影时应注意以下几点：①插管前先将导管导丝用肝素液冲洗（12500u肝素加入生理盐水500 ml），插管或造影间歇导管内应充满肝素液，防止凝血；②导管插入岩下窦时尖端应指向前内上方；③注入造影剂时应压迫插管侧或双侧颈静脉，若显影不满意可双侧插管同时注药；④先照一张平片作对照，以免颅底骨影与造影影像相混淆。

近几年来国内外对于微小垂体腺瘤的诊断更加重视，经蝶窦入路手术再度兴起。我们初步体会，海绵窦和间窦静脉造影是诊断微小垂体腺瘤可供选择的方法之一，如结合内分泌检查等，更有其临床实用价值。

参考文献

1. 白人驹译。经皮海绵间窦造影诊断垂体微小腺瘤。国外医学 临床放射学分册 1980；（2），61
2. Divitiis E, et al, Phlebography of the Cavernous and Intercavernous Sinuses. Surg Neurol 1981;(4):306

（收稿：1987.3.12，修回：1988.7.9）

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