DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.027

员技术熟练程度各异的影响，难有统一的参考值。本实验条件下小鼠股骨和胫骨的混悬液结果是7.4±1.2（×10⁴）/μl。

参考文献

1. 郑升，等。不同品系小鼠外周血白细胞正常值观察。动物学杂志 1988；23（1）：45～48
2. Philip L, et al. Biolgy data book. FAS-EB 1972: 267～274
3. 郑升，等。小鼠外周血白细胞数节律性变化实验观察。上海实验动物科学1987；7（1）：6～9
4. 施新猷。医用动物实验方法。北京：人民卫生出版社。1983：405～406
5. 李永材，等。比较生理学。北京：高等教育出版社。1985：58～62
6. 白玉书，等。大、小鼠尾静脉等白细胞正常值及其比较。动物学杂志1980；15(4)：5～7

（收稿：1987.10.28，修回：1988.5.5.）

肝海绵状血管瘤18例分析

陈善东　徐纬中　（新桥医院　消化科）

肝海绵状血管瘤是肝脏良性肿瘤中较常见者。我院自1965.1～1986.8共收治18例，均经手术和病理证实，现分析报道于后。

一、发病情况

据报道本病占肝脏良性肿瘤的41.6%，其总发病率为0.35%[1]。

1. 年龄：任何年龄均可发病。本组年龄平均45.8（7～67）岁，41～60岁者占66.7%。

2. 性别：本组男11例，女7例，男女之比为1.57：1，与一般报道多见于女性[2]者不同。

3. 数目与部位：本病多单发。本组单发者14例，占77.8%；位于左叶者7例，右叶6例，1例左右叶均侵犯。多发4例，3例位于右叶，1例左右叶均有。数目最多为5个。

4. 肿瘤大小不一，小者仅于显微镜下才能辨认，大者可达十余公斤[1]。本组最小瘤体长径0.5 cm，最大长径52cm。

二、诊断

本病的临床表现无特征性，术前诊断较困难。本组4例无症状，10例有上腹或右上腹痛，多为隐痛。有肝脏肿大者仅8例，且多为轻度肿大；2例右上腹可触及包块，1例并有右手3～4掌间血管瘤。近年来随着肝核素血池扫描、B超、CT和血管造影等检查的开展，术前得出正确诊断的报道逐渐增多。结合本组资料，其诊断要点如下：

1. 病程长，病人情况好，肿物生长缓慢，质软、光滑、有活动性、无明显压痛，血常规、肝功能正常，AFP阴性可作为与肝脏恶性肿瘤及肝脓肿等鉴别时参考。本组4例无症状，7例病程在1年以上，最长者7年。血常规全部正常，肝功能除3例有总胆红质或GPT轻度升高外余15例均正常，查AFP者10例皆阴性。

2. B超检查：对本病诊断颇有价值，可明确病变大小、数目和部位，为手术提供依据；且为非创伤性，安全、简便、经济，可多次复查比较，应列为首选。其图象特征为：病变区多为强回声反射，内部呈网状、条索状或导管状结构，边缘反射增强，有不整的晕环（Halo Sign），偶见衰减效应[3]。本组作B超者13例，4例诊断为肝内血管瘤，最小者长径为3 cm，7例诊断为肝内占位性病变，2例漏诊，其瘤体长径分别为1.5和3 cm。

3. 肝核素血池扫描：一般肝^{198}Au核素扫描对本病只能提示肝内占位性病变，不能确定其性质，难与其他原因所致的肝内占位鉴别，病灶＜3 cm者则不易显示，故诊断价值有限。采用血池扫描在原^{198}Au扫描放射性稀疏区出现明显而均匀的放射性充填、浓聚征象则有较大诊断价值。本组作肝扫描者12例，其中3例进一步作血池扫描后拟诊为肝血管瘤，最小者长径10cm；诊断为肝内占位者6例，1例误诊为肝外包块，2例漏诊，瘤体长径

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

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