

3. 介入放射人员知识的局限性: 限于我国历史条件, 介入工作者多数都是“半途出家”者, 不象国外从大学时期就开始学习, 因此, 他们要全面掌握影像、临床和介入工作多少有些困难。

4. 分工不明确: 作为影像科, 今后究竟是以设备(如 CT、B 超与 DSA 等)分专科, 还是以人体系统(如消化、呼吸与神经等)分专科, 尚不明确, 这必然会影响到介入放射今后的发展。

5. 与国际上的差距: 对于介入放射这门新兴学科来说, 我们不能仅仅满足于学会 Seldinger 技术, 作某些脏器血管的插管、灌注与栓塞。目前, 在国际上心脏介入、颅脑介入、激光与管腔内支架的应用及粥样硬化斑块的切割术等新技术发展很快, 并已逐渐成熟, 我们还必须迎头赶上。为了解决以上问题, 赶上国际国内新形势, 需要我们全体介入放射学工作者共同努力。

## 晚期肝梅毒误为肝癌一例

李章钧

患者, 男, 47 岁, 已婚, 建筑工人。于 1990 年 6 月 13 日以不规则右上腹疼痛 10 年而入院。患者右上腹及剑突下不规则剧烈疼痛, 向右肩及背部放射, 与进食, 气候、季节变化无关。间歇期一切如常。每年发作 2 次, 近 4 年来发作频繁每年 4~6 次, 有纳差和消瘦。否认冶游史, 妻子及子女均健康。

体征发现: 腹软。肝肋下 3cm, 剑突下 4cm, 质韧, 明显压痛。脾脏未触及。皮肤未见皮疹、黄疸及瘀点。

实验室检查: AFP 0.1ng/ml, SF 208ng/ml, CG 167μg/dl。

B 超检查: 提示肝右后叶扫及 2.2cm×3.2cm 低回声区, 形态不规则, 边界尚清楚。

选择性腹腔动脉造影: 肝右动脉向末梢两分枝轻度受压变直, 有分离表现, 但未见异常血管的空旷区, 该区约 3cm×3cm(图 1)。诊断为肝右叶占位性病变, 肝癌可能性大(肿块型)。

CT 检查: 提示肝右叶后段占位性病变(图 2)。诊断为肝右叶后段肝癌。

患者于 1990 年 8 月 28 日在全麻下经腹行肝右叶肿块切除术。手术所见: 肝右叶后相当于 6、7 段交界中心可及硬结节, 术后标本肿块内有两个 2.5cm×2.5cm 相连呈哑铃状物。手术诊断为肝癌。

病理检查: 肝右叶组织 14cm×9cm×2cm, 切面见 3cm×2cm×1cm 之肿块与肝组织边界清楚, 呈分叶状, 质韧, 可见包膜, 镜下为凝固性坏死组织, 仍见组织结构轮廓, 周围有肉芽组织及纤维化组织围绕, 并有少量淋巴细胞及浆细胞浸润, 未见癌细胞。病理诊断为梅毒树胶肿(第 3 期梅毒)。

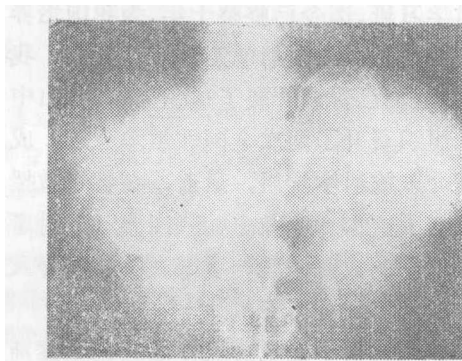


图 1 选择性腹腔动脉造影: 肝右动脉向末梢两分支轻度受压变直, 有分离表现, 但未见异常血管的空旷区

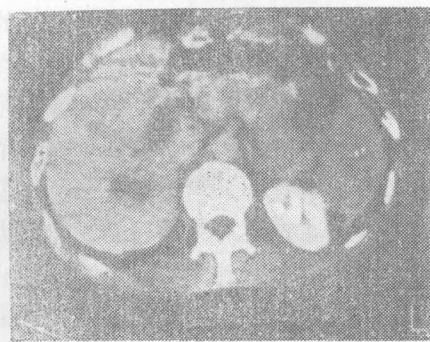


图 2 C 增强 CT, 显示肝右叶后段呈哑铃状低密度区。

近年来虽有性病流行, 但晚期肝梅毒树胶肿甚为罕见。与肝癌在影像学检查难以鉴别, 肝梅毒是肝占位少见病因之一。

作者单位: 230022 合肥市, 安徽医科大学第一医院放射科