

brough 穿刺系统送入下腔静脉闭塞或狭窄段,在电视监控系统的帮助下,边穿刺边手推少许造影剂,证实穿刺针在血管腔内而不致于穿出血管外,切不可盲目穿刺与扩张,在穿刺通道建立后,随后依次从小到大地行球囊扩张且要反复多次,使其充分扩张,直到压迹消失,方可达到最佳效果。

参考文献

1. 徐克,王长龙,张汉国,等. 应用自制无接痕血管内支架治疗 Budd - Chiari 综合征. 中华放射学杂志,1993,27:690.
2. 徐克,韩铭钧,张汉国,等. 球囊导管成形术治疗 Budd - Chiari 综合征的临床观察. 中华放射学杂志,1993,27:439.

Budd - Chiari 综合征影像学诊断 (附 16 例报告)

陈为军 马跃斌 杜凤山 李晓光 张 英

Budd - Chiari 综合征 (BCS) 一般指下腔静脉肝段,肝上段或肝静脉以及两者均有阻塞所引起的临床症状群,表现为右上腹痛,肝脾肿大,腹水三联症。近年医学影像检查手段的广泛应用,对本病的认识逐步提高,病例报告也逐年增多。我院自 1990 年至 1996 年采用 B 超、CT、MR 和血管造影术 (含 DSA 检查) 共诊治 BCS 16 例,其中膜型阻塞者 9 例,节段型阻塞者 7 例。实际工作中,我们认为不同检查方法具有不同的优越性,现分析总结如下。

临床资料及方法

16 例中男 11 例,女 5 例,年龄 21 至 54 岁,平均 36 岁。病史 3 个月至 26 年不等,主要临床症状和体征为肝静脉阻塞的表现,有:腹痛、腹胀 11 例,厌食乏力 10 例,肝肿大 14 例,脾肿大 6 例,腹水 9 例;以下腔静脉阻塞表现,有:双下肢水肿 7 例,胸腹及腰背部静脉曲张且血流方向向上 12 例,双下肢静脉曲张 8 例,阴囊会阴部静脉曲张 3 例,下肢色素沉着 5 例,16 例患者我们分别做了 B 超、CT、下腔静脉造影检查,其中 6 例做了 MR 检查。

结果及分析

16 例 BCS 膜状阻塞者 9 例;节段型阻塞者 7 例,其中完全阻塞者 5 例,不完全阻塞者 2 例,均为下腔静脉造影检查确诊。

膜状阻塞 9 例患者均为下腔静脉近右心房部阻塞,阻塞端呈幕状或尖顶状,阻塞以下下腔静脉扩张增粗。9 例中有 4 例肝静脉显影,均为阻塞端位于肝静脉开口上方者,但多为一支肝静脉,5 例肝静脉未显影,但有不同程度的副肝静脉显影。节段阻塞者,阻塞段最长达 6.0cm,完全阻塞者端部呈不规则状,不完全阻塞者,表现为下腔静脉节段性狭窄。完全节段性阻塞者阻塞部远端腔静脉扩张者 3 例,狭窄者 1 例,无明显改变者 1 例,阻塞部近端腔静脉狭窄者中伴肝静脉阻塞者 5 例。无论膜状或节段性阻塞均可见广泛的侧支循环建立,其中以腰升静脉,胸腹壁静脉,膈静脉建立较多。

16 例 BCS, B 超诊断 11 例,漏诊 5 例,其声像图特征为:腔静脉节段完全性阻塞呈条索状强回声,管壁界线不清,节段不完全阻塞者示管腔内大小不等的不规则强回声光团,隔膜型阻塞可见弧形分隔光带。肝静脉病损的声像特

征为:肝静脉内或肝静脉汇入下腔静脉开口处索条状强回声或不规则实性光团,阻塞远端肝静脉扩张。或肝静脉管腔不规则变窄,弯曲,及汇入下腔静脉开口处薄膜样分隔光带。

16 例 BCS, CT 诊断 9 例,漏诊 7 例。其典型 CT 表现为:腹水、肝肿大,多为弥漫性肿大,但尾叶肿大更有特征性。肝实质密度不均表现为散在的低密度或局灶性的高密度改变。增强扫描,呈肝脏中心增强快,周边增强缓。下腔静脉多表现为扩张或狭窄,与腹主动脉比例失调。

6 例 BCS, MR 诊断 5 例,漏诊 1 例。特征表现为:腹水、肝大,肝脏实质出现信号强度不均现象,肝静脉阻塞时肝内出现的侧支血管在 MR 图像上可表现为逗点状的无信号血管结构,为本病较特异的征象,是不同于肝硬化表现的重要征象之一。

讨 论

血管造影是诊断 BCS 的金标准,它能够反映病变的全貌。如肝静脉通畅与否,腔静脉阻塞为膜状或节段性,与右房的距离,肝内、外侧支循环建立情况,为选择治疗手段提供可靠的影像学依据。我们在实际工作中,将 BCS 分为五型:I 型为下腔静脉单纯膜状阻塞肝静脉通

畅, II 型为下腔静脉单纯膜状阻塞伴肝静脉阻塞, III 型为下腔静脉节段性阻塞肝内侧支循环未建立, IV 型为下腔静脉节段性阻塞肝内侧支循环广泛建立, V 型为下腔静脉膜状阻塞伴节段性狭窄。上述分型可更好指导介入治疗。I 型可只做 PTA 治疗, II 型在 PTA 基础上进行肝静脉开通术, III 型进行金属内支架植入术和肝静脉开通术, IV 可只做金属内支架植入术。我们对造影确诊的 16 例患者均分别做不同的介入治疗。

B 超检查能清楚显示肝静脉主支,肝内侧支和下腔静脉主干,但对下腔静脉膜样病变显示欠佳,对肝外侧支循环显示不如 X 线血管造影,但其为无创性检查,易于重复观察,费用较低,我们认为该检查是重要的诊断手段,并能和血管造影相互补。

CT 检查,阳性率相对较低,但部分患者有特征性改变,我们认为应做为次要的诊断手段。MR 检查,虽能诊断,但费用较高,在其它影像能诊断情况下,不做 MR 检查。

在 B 超, CT 检查中部分漏诊的患者,多为初期检查患者,当时因对本病影像学特征缺乏足够的认识而致漏诊或误诊,现 B 超, CT 诊断附合率明显提高。

胃癌术前介入治疗的疗效分析 (附 14 例报告)

周祖德

介入治疗对肿瘤的临床疗效已得到充分肯定^[1]。我院自 1994 年 3 月份起,开展癌肿的介入治疗,有肺癌、食管癌、胃癌、肠癌、肝癌等,计 30 多例,取得了一定的疗效,未出现一例并发症。本文就 14 例胃癌术前介入治疗的疗效

作一总结分析,并对介入治疗后手术时间的选择进行探讨。

材料与方法

作者单位:215611 张家港市塘桥中心卫生院放射科