

有放射照射的病史,其损伤的部位位于照射野内,而脊髓肿瘤和炎症,可无放疗史,也可发生在非照射野内。

②脊髓形态:放射性脊髓损伤脊髓轻度增粗或增粗不明显,病变范围较局限,脊髓肿瘤时脊髓常显著增粗;范围一般较长,脊髓炎时脊髓一般轻度增粗;病变范围可长可短。

③病变形态:放射性损害,病灶多呈长、条片状,肿瘤多呈结节状或与脊髓形态一致,脊髓炎多呈小片状。

④注射 Gd-DTPA 后改变,放射性损害病灶多呈条片状、小结节及弧形强化,肿瘤多呈大结节状或环形、不规则强化。脊髓炎多呈片状强化、或不强化。

⑤病变累及的部位,放射性损伤病灶主要位于白质或以白质为主,脊髓肿瘤常累及整个断面的脊髓。脊髓炎可发生于白质或灰质内。

⑥放射性损伤病灶症状呈渐进性,上行性发展,最后体征检查平面与脊髓损害平面一致,脊髓炎发病突然,症状较重,肿瘤发病也较急。

⑦其它:有作者认为正电子发射体层成像(PET)可鉴别脊髓放射性损伤与肿瘤,前者代谢低下,后者代谢活跃^[12],也有作者认为动态MRI能区别肿瘤与放射性损害,前者早期强化,后者延迟强化^[13]。

参考文献

1 谷锐之,殷蔚伯,刘泰福,等.肿瘤放射性治疗学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993.493-509.

- 2 孔琳,张有望.鼻咽癌放射治疗后神经系统后遗症[J].中华放射肿瘤杂志,1999,8(3):181-183.
- 3 谷锐之,殷蔚伯,刘泰福,等.肿瘤放射性治疗学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993.472-479.
- 4 Gaensler EH, Dillon WP, Edwards MS, et al. Radiation-induced telangiectasia in the brain simulates cryptic vascular malformation at MR imaging[J]. Radiology, 1994, 193: 629-636.
- 5 谷锐之,殷蔚伯,刘泰福,等.肿瘤放射性治疗学[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993.242-252.
- 6 陈忠年,沈铭昌,郭慕依.实用外科病理学[M].上海:上海医科大学出版社,1997.622.
- 7 Grossman RI, Hecht-Leavitt CM, Evans SM, et al. Experimental radiation injury: combined MR imaging and spectroscopy[J]. Radiology, 1988, 169: 305-309.
- 8 李小明,王承缘,周义成.放疗后脊柱MRI表现[J].临床放射学杂志,1998,17(5):291-293.
- 9 Dooms GC, Necht S, Brant-Zawadzki M, et al. Brain radiation lesions MR imaging[J]. Radiology, 1986, 158: 149-155.
- 10 Deter EV, William PD. Radiation injury of brain[J]. AJR, 1991, 156: 689-706.
- 11 王学键,魏渝清,曹建初,等.放射性脑脊髓坏死的MRI诊断[J].中华放射学杂志,1999,33(1):754-757.
- 12 Dichiro G, Oldfield E, Wright DC, et al. Cerebral necrosis after radiotherapy and/or intraarterial chemotherapy for brain tumors: PET and neuropathologic studies[J]. AJR, 1998, 151: 1189-1197.
- 13 Schwart RB, Hsu L, Kacher DF, et al. Intraoperative dynamic imaging localization of sites brain tumor recurrence after high-dose radiotherapy[J]. Magn Reson Imaging, 1998, 8: 1085-1089.

(2000-01-21 收稿)

• 外刊摘要 •

纤维板层样肝细胞肝癌(FLHCC) 31 例成像及病理发现

T. Ichikawa, M. P. Federle, L. Grazioli, et al

【中图分类号】R735.7, R730.44 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)04-0262-01

本文回顾性分析了31例经组织学证实的纤维板层型肝癌的临床病理及术前影像诊断。31例均行CT动态增强扫描,21例行螺旋CT多期扫描,11例行MR检查。11例行病灶完整切除,并行影像与病理对照分析。

结果 大肿瘤平均直径13cm,CT及MR均能显示。CT上24/31例(77%)肿瘤边界清楚,21例(68%)显示钙化,22例(71%)显示中央性瘢痕,20例(65%)显示腹部淋巴结肿大。25例动脉期CT扫描患者中20例(80%),肿瘤强化不均匀并显示

富血管区。在MRI,11例在T₁WI呈低信号,10例T₂WI呈高信号;钙化在MR上未被显示,但中央瘢痕显示为低信号灶(9例)。

结论 CT及MR能显示FLHCC的影像特征,并作出可靠的诊断。

同济医科大学附属同济医院 李小明 译 郭俊渊 校
摘自 Radiology, 1999, 213: 352-361

(2000-01-31 收稿)