

入,还可安全取出,为其它疾病治疗建立暂时通道成为可能。

本组泵 PCS 导管移位均发生在前期 PCS 植入者,其主要原因之一是主动脉内药盒导管留置过长迂曲,而导管两端分别在靶血管和股动脉相对固定。主动脉内迂曲过长的导管存在一定张力,随呼吸易向靶血管开口水平以上移位导致导管从靶血管脱出。根据这一推测,其后病例主动脉内留置导管呈直线状,均未发生导管移位。导致导管移位的原因还有导管远端插入腹腔干过短,因呼吸而脱出或靶血管狭窄、闭塞,其腔内湍流状态的血流冲击导管,使之导管移位,本组有 2 例由于以上 2 个原因而发生导管移位。因此我们认为药

盒导管留置在靶血管长度应 $> 3\text{cm}$ 。另外,导管亦不能过度超选择性置入,以免嵌顿血管导致靶血管闭塞。

参考文献

- 1 Oi H, Kishimoto H, Matsushita M, et al. Percutaneous implantation of hepatic artery infusion reservoir by sonographically guided left subclavian artery puncture[J]. AJR, 1996, 168: 821-822.
- 2 Twamya T, Sacada S, Ohta Y. Repeated arterial infusion chemotherapy for inoperable hepatocellular carcinoma using an implantable drug delivery system [J]. Cancer Chemother Pharmacol, 1994, 33(suppl): 1134-1138.
- 3 胡道予, 胡国栋, 朱康顺. 经股浅动脉入路药盒植入术并发症及处理 [J]. 临床放射学杂志, 1999, 18(4): 234.
- 4 杨桂道. 医用生物力学[M]. 北京: 科学出版社, 1994. 297.

(2000-05-21 收稿)

• 短篇报道 •

胰腺实性乳头状上皮瘤一例

朱大光 陈岩 朱轲

【中图分类号】R735.9 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)01-0014-01

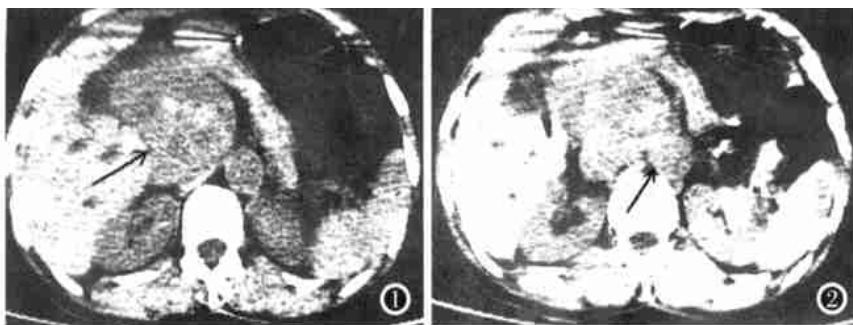


图 1 CT 平扫上腹部肿块, 大小 $10.5\text{cm} \times 9.0\text{cm} \times 8.0\text{cm}$, 内见点状钙化, 边缘清晰, 胰体被抬举向上腹部前方, 并见肝右叶点状低密度扩张的胆管。

患者,女,67岁,上腹部包块伴腹胀1年,加重2个月并出现黄疸。

体检:皮肤、巩膜轻度黄染,右上腹剑突下可触及一个约 $10\text{cm} \times 8\text{cm}$ 大小包块,质韧,光滑,可活动,无触痛。肝脾未触及。

全消化道钡餐造影:十二指肠圈增大、前移,提示有腹膜后占位。

B超提示:右上腹及胰腺后见一异常回声区,大小约 11cm

$\times 9\text{cm} \times 7.5\text{cm}$, 边界清晰,形态不规整,内部回声强弱不等,分布欠均匀。

CT检查:胰头区见一巨大软组织块影,类椭圆形,约 $10.5\text{cm} \times 9\text{cm} \times 8\text{cm}$ 大小,肿块中心见点状钙化,并见片状低密度区。增强扫描显示不均匀强化,肿块边界清晰,肝门结构及胆囊受压向右后推挤,肝内胆管轻度扩张,十二指肠肠受压呈弧形压迹。胰腺体部被抬举至上腹部前方。腹主动脉亦受压略左移。胰腺体部见点状钙化(图1、2)。

手术及病理:肿瘤位于网膜囊内的胰头部分, $12\text{cm} \times 10\text{cm}$ 大小,暗红色,包膜完整。周围淋巴结无肿大。病理诊断:胰腺实性乳头状上

皮瘤。

讨论 实性乳头状上皮瘤为罕见的低度恶性肿瘤。本例发生在乳头部、老年女性、呈实质性,与文献报道的多见于青年女性、好发于胰尾有差异。因此,术前定性颇为困难。应与无功能性胰岛细胞瘤、粘液或浆液性囊腺瘤相鉴别。实性乳头状上皮瘤因为是乏血管性,CT增强扫描早期呈低密度,而无功能性胰腺细胞瘤多呈高密度。与后者鉴别在于实性乳头状上皮瘤内部无分隔。

(2000-04-15 收稿)

作者单位: 476600 河南永城市人民医院 CT室

作者简介: 朱大光(1972~),男,河南人,主治医师,主要从事头颅CT诊断。