

CT, MR, and pathologic findings[J]. AJNR, 1991, 12: 309-314.

2 沈天真, 陈星荣. 神经放射学医师应熟悉的 WHO 肿瘤分类[J]. 中国医学计算机成像杂志, 1997, 3: 145-149.

3 Valdueza JM, Cristante L, Dammann O, et al. Hypothalamic hamartomas: with special reference to gelastic epilepsy and surgery[J]. Neurosurgery, 1994, 34:

949-958.

4 Burton EM, Ball WS Jr, Crone K, et al. Hamartoma of the tuber cinereum: a comparison of MR and CT findings in four cases[J]. AJNR, 1989, 10: 497-501.

(2000-06-19 收稿)

• 短篇报道 •

脾栓塞术后继发巨大脾假性囊肿一例

罗正德 杨井岗 熊萍香 黄小青

【中图分类号】R815, R733.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001) 04-0020-01

部分性脾动脉栓塞(PSE)术后继发巨大脾假性囊肿文献鲜见报道, 我院遇到 1 例, 现就其诊断及介入治疗予以报道。

患者, 女, 19 岁。10 年前无明显诱因鼻衄而被确诊为原发性血小板减少性紫癜(ITP), 经内科、激素、免疫、对症等治疗, 症状仍反复发作转至本院。住院期间行 PSE 治疗, 术后因左上腹胀痛 20 余天再次入院。查体: 一般情况可, 心肺(-)。左上腹轻度膨隆, 脾脏甲乙线 10cm、甲丙线 14.5cm、丁戊线 13cm。NS(-)。

CT 扫描: 脾上极、脾门区楔状分布正常脾实质, 脾脏其余区域呈囊性密度, 大小约 20.5cm × 17cm × 13cm, CT 值为 18HU, 脾脏内、外侧缘呈梭状膨隆, 邻近脏器推移异位(图 1)。CT 诊断: 脾脏假性囊肿。

次日在 B 超引导下取甲乙线 8cm 处为穿刺点, 局部浸润麻醉下, 用 18G 套管针经皮脾脏穿刺。分别抽吸暗红色不凝液体 1500ml, 用 5% 甲硝唑液体 100ml 作囊肿冲洗, 冲洗后用过滤消毒无水酒精 10ml 注入囊腔内保留 5min 后抽出 5ml 作囊肿硬

化治疗。囊液常规: 利凡他试验(+), WBC $8.0 \times 10^9/L$, N 80%、L 20%, 培养: 无细菌生长。

讨论 PSE 因其安全性、并发症和死亡率均大大低于手术切除, 且能保留部分脾功能等优点, 几乎可以取代大多数脾切除术, 但仍有少数并发症仍需术后处理^[1-3]。

脾假性囊肿多由于创伤、退行性(脾梗塞后)、炎症等原因所致。栓塞通常造成脾的干性坏死, 液化坏死组织发生在局部组织大量坏死及局部静脉回流不畅时, 可局限于脾包膜下或脾髓内, 发生率为 15%。通常假性囊肿较小, 不需作特殊处理, 尤以脾包膜多见。PSE 术后早期由于周围小动脉的阻塞和血栓形成, 脾脏发生多灶性楔状缺血区, 数小时因缺血、缺氧, 脾髓细胞发生肿胀、变性, 1 周后可见多发楔状凝固坏死灶。由于栓塞面积愈大, 凝固坏死灶愈多, 假性囊肿发生机会愈大, 因而术中栓塞量的选择尤为重要, 对于 ITP 患者, 往往栓塞面积偏小(40%~60%)为适宜。本例术中采用超选择脾下极动脉栓塞后, 退管欲行脾门主干低压流控进一步栓塞时, 脾动脉主干内膜损伤, 造成脾动脉主干狭窄, 推断巨大假性囊肿形成与脾动脉主干损伤、血栓形成进一步造成脾栓面积过大有关(图 2)。

参考文献

- 1 屈国林, 黄卓英, 徐家兴. 脾动脉栓塞治疗原发性血小板减少性紫癜(附 45 例报告)[J]. 中华放射学杂志, 1992, 26: 663.
- 2 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪. 临床介入诊疗学[M]. 广州: 广东科技出版社, 1997: 213-218.
- 3 王兴臣. 脾栓塞治疗脾功能亢进[J]. 中华放射学杂志, 1992, 10: 708.

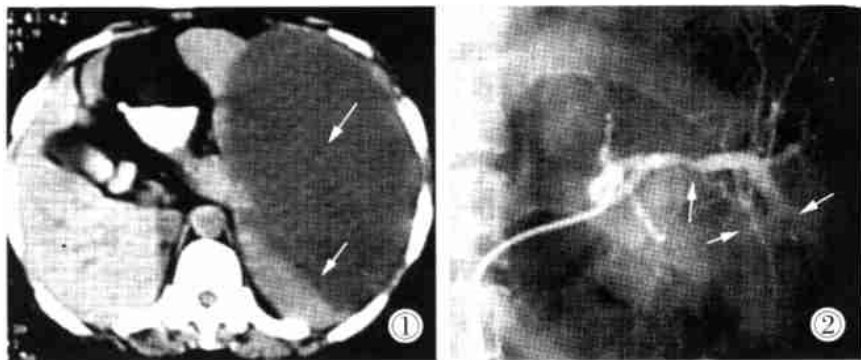


图 1 PSE 术后巨大假性囊肿(→)及部分保留的脾组织。

图 2 脾动脉主干狭窄部位(→)及脾血管分支闭塞(→)状况。

作者单位: 336000 江西省宜春地区人民医院放射科

作者简介: 罗正德(1966~), 男, 主治医师, 主要从事腹部、胸部、肌肉骨骼系统临床介入治疗与研究及影像诊断。

(2000-09-29 收稿)