

列应当是优于 STIR。当然在鉴别脂肪、出血等信号时 STIR 很有帮助。高场 MR 的预饱和脉冲和亚秒技术有效抑制了运动伪影,使受大血管搏动、呼吸运动影响的胸段脊柱图像质量大大提高。

两种场强对病变显示的共同特点是,信号的改变先于形态的改变,异常信号是诊断的重要依据。尽管信号缺乏特异性,作为客观指标可信度是很大的。

恶性肿瘤中,约 20%~30% 为转移瘤,其中转移到椎体的约占 80%^[2]。绝大部分来自癌的转移,本组病例与此相似。脊柱静脉系统称 Batson 椎静脉系统。该静脉系统内血流缓慢,有时甚至发生逆流。这造成体部的癌栓容易向椎体转移^[3]。脊柱转移瘤常合并椎体附件破坏,有统计椎体破坏伴附件破坏 83% 是转移瘤所致^[1],转移瘤累及椎体早于附件^[4],本组以高场机为例,单独椎体受累占 68%,椎体合并附件受累 40%,

单独附件受累 4%。

无论用超低场或高场诊断脊柱转移瘤阳性率是高的,虽然信号不具特异性,但结合椎体、椎弓破坏及椎管受累、周围软组织肿块形成,影像诊断的准确率是较高的。MR 无创伤、无痛苦、多维成像、信号敏感、可靠。作为诊断该病是首选的检查方法。对低场、高场亦如此。

参考文献

- 1 Martin RH, Barnes DC, Pringle CR. Role of SPECT in differentiating malignant from benign lesion in the lower thoracic and lumbar vertebrae[J]. Radiology, 1993, 187: 193-198.
- 2 Sauvage PJ, Thivolle P, Noel JB, et al. MRI in the early diagnosis of spine metastases of bronchial cancer[J]. J. Radiol, 1996, 77: 185-190.
- 3 江浩. 骨与关节 MRI[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999. 117-127.
- 4 Micheal Brant-Iawadski. Magnetic Resonance Imaging of the Central[M]. New York Nervous System Raven Press, 1986. 316.

(2000-07-03 收稿)

• 短篇报道 •

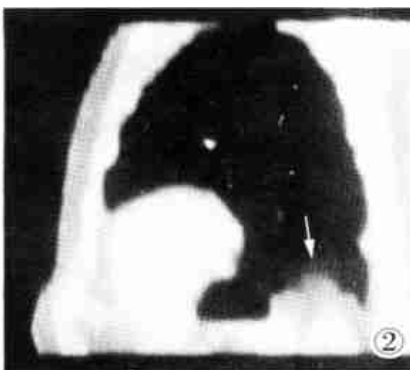
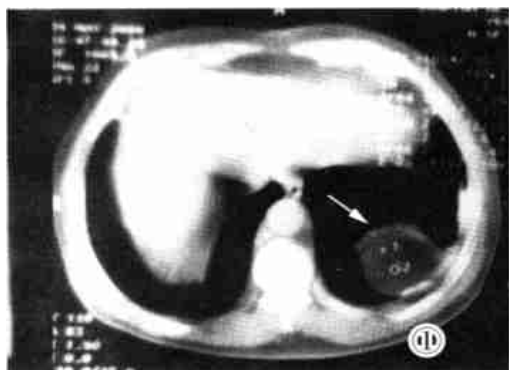
肾周围脂肪瘤一例

李扬

【中图分类号】R735.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)01-0056-01

患者,男,65岁,因阵发性心慌、气促4个月,加重2个月伴咳嗽、咳少量白色粘液痰而入院。体检:左下肺叩诊较浊,未闻及干、湿罗音。心电图检查大致正常。

影像学检查 后前位X线胸片显示:左下肺野见淡薄致密影,其上缘较清,且有钙化,下缘不清,侧位片显示该致密影靠后,左侧胸膜肥厚粘连,透视下多方位转动体位,可见该致密影似有一轮廓,所以考虑左下肺占位性病变,建议CT进一步检查。CT检查:显示左下肺见一个椭圆形脂肪影,大小约7.6cm×6.1cm,与胸膜不可分,边缘钙化,CT值为-124~-122HU(图1、2),诊断为胸膜脂肪瘤。



手术所见 左肺上、下叶与胸壁广泛粘连,分离粘连后未发现左胸腔内有占位性病变,但左膈肌外侧上凸,切断第七肋骨,切开左侧膈肌,探查腹腔,打开后腹膜发现左肾上级有一个脂肪肿块,大小为10cm×8cm×15cm。

病理报告:脂肪瘤。

讨论 肾周围脂肪瘤位于腹膜后,可以从肾包囊或肾周围组织发生,体积一般较大,呈多叶形。硬度不一,其中以纯脂肪瘤或纤维脂肪瘤多见。据文献报道:肾周围脂肪瘤罕见,生长缓慢,其临床症状不明显亦不典型,往往因肿块压迫邻近器官而出现相应症状。本例患者因肿块凸入胸腔,使心、肺活动受

限而出现长时间的心慌、气促等症状。本例由于肿块较大,紧贴左侧横膈凸入左肺野,故而造成肺部占位性病变的假象。术后反思:当时如果应用腹膜后充气造影或深入检查,一定会对肿块的诊断有帮助。本例最终诊断依赖手术和病理检查。

(2000-07-12 收稿)

作者单位: 441021 湖北省,襄樊市第一人民医院放射科

作者简介: 李扬(1978~),女,湖北襄樊人,住院医师,主要从事普放研究。