

脱出的紧贴神经根的钙化髓核组织无被溶解的痕迹。无效原因可能与胶原酶不能溶解钙化的髓核组织有关^[4],故不能减轻其对神经根的压迫。

综上所述,本组患者治疗结果显示经皮穿刺腰椎间盘突出髓核切吸术与胶原酶椎间盘内注射术的联合应用可较大地提高疗效,从而代替大部分骨科椎间盘开放切除手术。该方法简便、易行、安全性高,值得进一步研究。

参考文献

- 1 Hijikata S. Percutaneous nucleotomy: a new concept technique and 12 years' experience [J]. Clin Orthop, 1989, 238(1): 9.
- 2 周义成,王承缘,郭俊渊,等.经皮椎间盘切割治疗腰椎间盘突出症 [J]. 中华放射学杂志,1992,26(10): 659.
- 3 滕泉军,何仕诚,郭金和,等.非钻孔法经皮穿刺 L₅/S₁ 椎间盘进针法:附侧后路进针途径的解剖学和 X 线解剖的研究 [J]. 介入放射学杂志,1994,3(4): 218.
- 4 杨述华,杜清远,罗怀灿,等.化学溶核治疗椎间盘突出症的临床研究 [J]. 中华骨科杂志,1996,16(7): 415.

(2000-09-13 收稿)

• 短篇报道 •

髂窝自发性血肿误诊一例

阙宏 韩素芬

【中图分类号】R816.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)03-0165-01

患者,男,57岁。40天前患脑梗塞,发热、咽痛、咳嗽半天再次入院。体格检查:精神差,发热面容,体温 38.5℃,血压 20/13.2kPa,心率 72 次/min,律齐,无杂音,咽红,扁桃体 I° 肿大,双肺呼吸音粗,右上肢肌力 I 级,右下肢肌力 III 级,无病理性反射。实验室检查:WBC 26.6 × 10⁹/L, BPC 110 × 10⁹/L,尿粪(-)。入院第 12 天患者诉右腰及右髂部疼痛。

X 线平片:右髂部密度稍增高,右髂骨正常。B 超探查:右髂窝处探及少量液性暗区,有一较强回声之团块状影;CT 平扫(图 1):右髂窝处巨大软组织密度肿块,边界较清楚,中央部密度稍高,周边稍低,CT 值 45~67HU 左右,大小约 4.5cm × 7.0cm × 12.0cm,髂肌边界不清,腰大肌明显受推移,向前方移位,邻

近之髂骨骨质完整,未见骨膜增生。CT 引导下穿刺:不易抽吸,仅抽出少量血液。影像学诊断:右髂窝肿块,以髂窝脓肿可能性大。

手术所见:右髂腰肌中段明显肿胀,呈暗紫色,切开后取出大量陈旧性血凝块,周围肌束部分坏死。病理:坏死组织、血凝块及炎性渗出物。

讨论

腹壁血肿分为创伤性、医源性、自发性三类,其中前两者多见,自发性临床少见,而髂窝处自发性血肿罕见,报道甚少。原因不十分明确,可能与高血压、动脉硬化、动脉发育异常、内分泌异常等因素有关,本例有脑梗塞病史,持续应用溶栓药物,可能是导致自发性血肿的主要原因。

本例术前未做出诊断主要有以下几种原因:①髂窝自发性血肿罕见,对此经验不足,且对血肿的影像学表现特点及鉴别诊断掌握不够;②未做 CT 增强扫描;③病人有急性感染症状和体征,受其干扰误诊为脓肿;④穿刺不够彻底,未取材作病理。但回顾性分析认为仍有支持血肿的一些片象。①CT 示肿块中央高密度高于周边密度, B 超示边缘区有少量液性暗区,此征象与血肿外周部分血红蛋白分解液化往往比中央部明显的病理变化过程相吻合,而脓肿多与此相反;②邻近骨质正常,而脓肿或肿瘤多侵犯骨质,造成骨质破坏或骨膜反应;③病人局部症状较轻与血肿相符。

(2000-11-17 收稿)

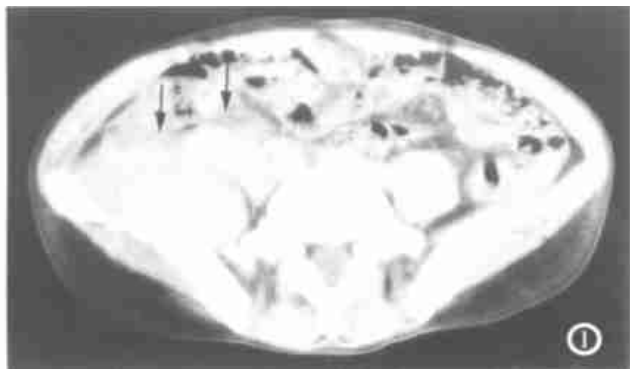


图 1 右髂窝软组织密度肿块,中央部密度稍高,边界较清,右髂肌边界不清,右腰大肌受推压前移。

作者单位:236300 安徽省阜南县中医院放射科

作者简介:阙宏(1970~),男,安徽阜南人,影像大专毕业,医师,从事普通放射诊断及 CT 诊断。