

穿刺失败的教训,因此在总结上百例穿刺经验后,我们认为经皮穿刺切吸治疗椎间盘突出症技术成功的关键在于对椎间盘相应部位的准确穿刺^[9],即能否将定位针准确刺入椎间盘突出部位旁,只要定位针能准确进入椎间盘,该切吸手术就已完成一大半,然而定位针准确、快速进入椎间盘的关键是进针角度,只要它在体内 10cm 以上的运行过程中保持角度不变,穿刺一定会成功。所以无论用 X 线引导还是 CT 扫描引导,均存在穿刺问题。

因此,为提高穿刺成功率和准确性,我们设计了一种简易体表定位架,该定位架主要起到固定穿刺角度的作用。为了判断其穿刺准确性,选择了 10 例单纯 L₄₋₅ 椎间盘突出症患者,在 CT 引导下作了初步应用,因为 CT 可了解穿刺针与神经根、硬膜囊及突出部位之间的三维关系,这样可判断穿刺针在体内的准确位置,避免 X 线引导下仅能提供的估计位置。该 10 例患者在术前测量好进针角度和深度后,仅 1~2 次进针就顺利准确地将定位针刺入椎间盘。整个手术操作在半小时左右完成,较之以前我们用 X 线引导,缩短了操作时间,术者心中更有把握。

虽然目前我们是在 CT 引导下用定位架穿刺,穿刺成功率

高,患者临床症状缓解较满意,但因病例太少,尚无法判断其疗效是否优于 X 线引导。然而初步应用后我们体会到,定位架在进针角度的控制上,比不用定位架操作更为准确。即使在 X 线透视下,用定位架亦更为安全、省时。

定位架简单易制,对基层欲开展此项技术的医院有帮助。

参考文献

- 1 Onk G. Percutaneous lumbar discectomy using a new aspiration probe. AJR, 1985, 144: 137.
- 2 Onk G. Automated percutaneous discectomy: initial patient experience. Radiology, 1987, 162: 129.
- 3 Hijikata S. Percutaneous nucleotomy: a new concept technique and 12 years' experience. Clin orthop, 1989, 283: 92-97.
- 4 周义成. 经皮穿刺切割椎间盘突出症 腰椎间盘脱出症. 临床放射学杂志, 1991, 3: 144.
- 5 孙钢. 自控式经皮穿刺椎间盘抽吸仪及临床应用. 中华放射学杂志, 1992, 26: 367.
- 6 周生焰, 张聪. 经皮穿刺椎间盘镜治疗椎间盘突出症 200 例临床研究. 实用放射学杂志, 1997, 9: 524-527.

(2000-11-03 收稿)

• 短篇报道 •

卵巢巨大畸胎瘤一例

肖运平

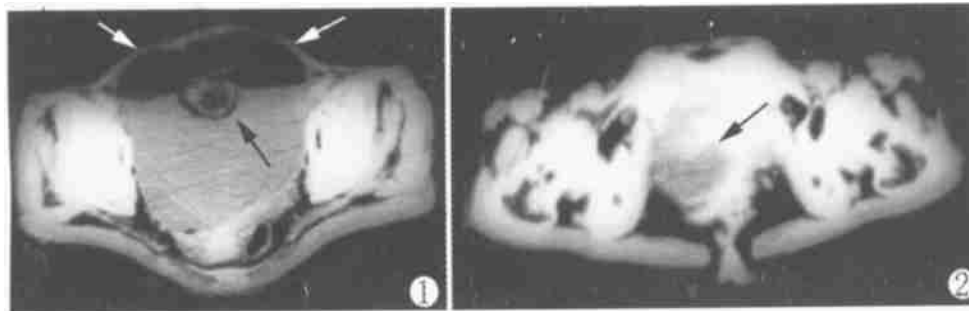


图 1 盆腔内可见巨大囊性肿块影(→),大小约 13cm×14cm×16cm,壁薄而均匀,囊内充满脂肪及液体,并可见一皮脂样团块影漂浮于脂肪-液体平面间(→)。

图 2 肿块左下壁向囊腔内有软组织结节(→),增强后明显强化。

患者,女,62岁,近1月来发现下腹部逐渐膨隆,自觉腹胀不适就诊。查体:下腹明显膨隆,腹壁无静脉曲张,下腹部可触及一大约 12cm×13cm 的肿块,质软,活动度差,无明显触痛。CT 检查:盆腔内可见巨大囊性肿块影,几乎占据整个盆腔,大小约 13cm×14cm×16cm,其内含脂肪、软组织及液体成分,CT 值分别为-110HU、50HU、10HU,未见钙化。囊壁薄而均匀,左

下壁向囊腔内有软组织突起,增强后明显强化。囊内充满脂肪及液体,并可见一团状皮脂样密度影漂浮于脂-液平面间。子宫、膀胱受压,肿块周围脂肪间隙清晰。CT 诊断:盆腔巨大囊性畸胎瘤。手术所见:盆腔内巨大灰白色肿块,大小约 13cm×15cm×16cm,质软,呈囊性,肿块表面光滑,与子宫、膀胱及盆壁有粘连。双侧卵巢失去正常结构,抽吸淡黄色油脂样液体约 1000~1200ml 后,切开囊壁,囊内可见皮脂、碎屑、毛发等物质。病理诊断:成熟型卵巢囊性畸胎瘤。

讨论 畸胎瘤约占卵巢肿瘤的 10%~15%,多见于育龄期妇女,本例为绝经后妇女。绝大多数为良性,一般无临床症状,肿瘤较大时有腹胀不适。CT 扫描能清楚显示畸胎瘤中软组织、钙化(或骨化)、脂肪三种组织成分,上述三种成分同时存在或有皮脂样团块物质漂浮于脂-液平面间,是畸胎瘤特征性表现。本例肿块巨大且 CT 表现典型,临床中少见。

(2000-11-16 收稿)

作者单位: 425000 湖南省,永州市人民医院二院 CT、MR 室
作者简介: 肖运平(1974-),男,湖南宁远人,医师,主要从事胸腹部 CT 诊断。