

11 例假阴性病例中,有 4 例(36.4%)为 < 3cm 病变,占小病灶的 28.6%(4/14);同时病灶与大血管的密切程度,影响穿刺取材,而这些与血管紧贴的病灶,穿刺操作者的经验尤其显得重要。对于纵隔内的小病灶穿刺,我们认为最好术中同期做 CT 增强扫描,明确病灶与血管关系,分步骤多次进针,随时调整进针方向,在到达病灶深层后,拔出针芯,注射器抽吸判断有否回血的同时,依据病灶大小,少许退出穿刺针,若抽吸负压较大而且没有回血,可在判定的针道范围内,小幅度多次插抽、旋转穿刺针,后用注射器抽吸破碎肿瘤组织。此类小病灶我们尚无使用切割针的经验。

③纵隔病变组织学特性的影响:如纵隔淋巴瘤由于并存大量的炎性反应和纤维组织,有时病理诊断较困难,甚至误诊^[4]。本组 12 例经纵隔穿刺诊断为淋巴瘤,病理均为非何杰金淋巴瘤,另有 4 例最终经临床诊断恶淋淋巴瘤,1 例何杰金氏病化疗后,纵隔肿块穿刺病理提示为炎性及纤维组织。本组淋巴瘤穿刺正确率为 70.6%(12/17)。12 例中 2 例最初诊断为恶性小圆细胞肿瘤,经免疫组化后诊断为淋巴瘤,免疫组化可提高恶性淋巴瘤的诊断率^[2]。

胸腺瘤是前上纵隔常见肿瘤,由于其存在不同的生物学行为,穿刺活检虽然大多能够明确诊断,有时需与影像结合,分析其侵袭行为。本组中,6 例病理诊断与 CT 检查结合确定为侵袭性胸腺瘤,2 例诊断为异位胸腺瘤;6 例经过病理免疫组化后

与其它肿瘤鉴别。因此,利用活检材料行诸如免疫组化检查,可以进一步了解肿瘤的组织发生学或分化方向。

参考文献:

- [1] 严洪珍. 纵隔影像学解剖与纵隔肿块诊断[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(5): 341-342.
- [2] Herman SJ, Holub RV, Weisbrod GL, et al. Anterior mediastinal masses: utility of transthoracic needle biopsy[J]. Radiology, 1991, 180(1): 167-170.
- [3] 李成洲, 肖湘生, 张电波, 等. 前纵隔病变的 CT 引导经皮切割针穿刺——非经胸骨的活检[J]. 临床放射学杂志, 2002, 21(11): 889-892.
- [4] 张雪哲, 苑丽萍, 蒲群. CT 导向纵隔穿刺活检[J]. 中华放射学杂志, 1997, 31(9): 628-629.
- [5] D'Agostino HB, Sanchez RB, O'Laoid RM, et al. Anterior mediastinal lesions: transternal biopsy with CT guidance[J]. Radiology, 1993, 189(3): 703-705.
- [6] Astrom KGO, Ahlstrom KH, Magnusson A. CT-guided transternal core biopsy of anterior mediastinal masses[J]. Radiology, 1996, 199(2): 564-567.
- [7] Protopapas Z, Westcott JL. Transthoracic needle biopsy of mediastinal lymph nodes for staging lung and other cancer[J]. Radiology, 1996, 199(2): 489-496.

(2003-03-19 收稿)

先天性无痛症一例

• 病例报道 •

郑俊

【中图分类号】R681.8 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)11-0827-01

病例资料 患者,男,5岁,发现双踝关节肿胀、变形来院就诊。曾于 2002 年上半年左胫骨上端骨折,无痛感,尚能行走;有烫伤史,亦无疼痛反应。父母健康,非近亲结婚。

体检:双踝关节肿胀,余关节正常,患者痛觉、温觉丧失,皮肤粗糙,牙齿大部分脱落,体格及智力发育正常,实验室检查正常。

X 线表现:双侧跟骨塌陷硬化,以左侧显著;双侧距骨明显硬化且密度不均;骨质破坏,关节面不规则,关节周围软组织明显肿胀,其内见斑点状骨化影,为关节软骨破坏堆积所致(图 1)。原左胫骨中上段骨折处至今见大量骨痂形成(图 2)。

讨论 本病病因及发病机制未明,有推测痛觉缺乏可能原因包括:①痛觉感受体缺乏;②周围神经或中枢神经特殊感觉通路的传递损害;③痛觉控制系统反射过度;④中枢神经系统对疼痛范畴的综合能力缺乏。1965 年已发现此类患者脊髓后根神经节中小型神经元缺乏,交叉神经脊髓缩小,其中神经纤维减少,并推测是胚胎发育早期神经嵴分化移行异常所致。

以上原因造成先天性关节的保护性感觉丧失或降低,不断遭到创伤使关节软骨破坏剥离而致相对关节面相互撞击,引起



图 1 双侧跟骨塌陷硬化,以左侧显著。双距骨硬化,骨质破坏,关节面不规则。图 2 左侧胫骨骨折 1 年余,仍见大量骨痂形成。

反复骨折及反应性骨硬化。本病的临床及 X 线表现与夏科氏关节相似,但在儿童中发生夏科氏关节并有明显骨折、脱位,或有广泛性感染时应考虑本病。临床对此病尚无较好治疗方法。X 线检查骨关节对早期诊断有重要临床意义,早期诊断可使患儿得到防护性治疗,从而免除此类患儿因无痛觉反复作超生理活动而致终身致残与严重畸形。

(2003-05-29 收稿)

作者单位:430030 武汉,华中科技大学附属同济医院放射科进修生(原单位:433200 湖北,洪湖市人民医院放射科)

作者简介:郑俊(1975-),四川人,主治医师,主要从事影像诊断工作。