

素共存使狭窄段固定, 体位改变狭窄段形态不发生变化。

笔者认为先天性 PUJ 梗阻病因诊断的关键在于显示梗阻的部位和狭窄段的形态。因此合理的检查技术非常重要。对输尿管非结石性梗阻的患者行透视下无压迫 IVU 检查, PUJ 狭窄处不能清楚显示时, 需行延迟检查。延迟时间视病情需要而定, 一般为 2、4、6 和 12 h, 本组 2 例延迟至 36 h。当 IVU 的延迟检查尚不能令人满意或有疑问时, 需行 RGU 检查, 以进一步清楚显示梗阻部位和狭窄段形态。另外, 透视下无压迫 IVU 对显示狭窄的形态变化和功能性梗阻具有优越性, 在诊断和鉴别诊断中有重要的临床价值。

参考文献:

[1] 刘小维, 巫北海. 肾盂输尿管连接部梗阻的 X 线表现与病因分析

(附 23 例报告)[J]. 实用放射学杂志, 2001, 17(11): 839-840.

- [2] 黄澄如. 小儿泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996. 86-101.
- [3] Marilyn JS, 袁新宇. 儿科腹部 CT[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2003. 238-239.
- [4] 陈焜贤. 实用放射学(第 2 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 689-690.
- [5] 邹利文, 李伟, 石明, 等. 肾发育异常合并肾盂输尿管连接部梗阻 8 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 9(23): 547.
- [6] 李庆文, 胡永泉. 肾盂输尿管连接处梗阻的手术治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(1): 9-10.
- [7] 姚茂新, 施晓雷, 肖家全, 等. 输尿管非结石性梗阻的病因及诊断[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(1): 11-12.
- [8] 张维信, 杨文智, 刘椿堂, 等. 肾盂输尿管连接处梗阻的 X 线诊断[J]. 实用放射学杂志, 1991, 4(7): 101-102.

(收稿日期: 2003-08-19 修回日期: 2003-10-28)

• 病例报道 •

MRI 诊断脊髓结核一例

刘占标, 刘英祥, 宋铁雄

【中图分类号】R445.2; R744; R52 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)05-0350-01

病例资料 患者, 女, 50 岁, 7 个月前无明显诱因出现腰背部疼痛, 腰腹部束缚感伴麻木, 双膝部麻木, 逐渐加重, 后出现双下肢麻木、无力, 行走困难, 行走时有“踩棉花”感。服用镇痛类药物症状无明显减轻。近 10d 来出现大小便功能障碍, 表现为小便频数淋漓, 大便失禁。否认肺结核及糖尿病病史。入院时查体: 腰背部压痛。双下肢肌力 IV 级, 肌张力增高; 深感觉存在, T₈ 椎体平面以下及双侧马鞍区痛温觉减退, 肛门反射存在。双下肢膝腱、跟腱反射活跃, 左侧踝阵挛阳性, 双侧巴宾斯基征阳性。胸片未见异常。痰结核菌、结核菌素试验均阴性。胸椎 MRI 平扫示 T₆~T₇ 椎体水平脊髓增粗, 可见等 T₁、等 T₂ 信号病灶(图 1), 境界不清, T₄~T₉ 椎体水平脊髓内有长 T₁、长 T₂ 水肿信号; 增强扫描见 T₆~T₇ 椎体水平脊髓内环形明显强化病灶, 境界清楚, 大小约 1.5 cm × 1.3 cm, 中心呈不强化低信号影(图 2)。术中见紫红色肿物位于 T₆~T₇ 脊髓右前方, 大小约 1.5 cm × 1.2 cm × 1.5 cm, 包膜完整光滑, 质地较韧, 与脊髓无明显粘连, 将肿物完整摘除。病理诊断: T₆~T₇ 脊髓结核。

讨论 骨关节结核多为继发性, 脊柱结核是骨关节结核最常见部位, 常引起椎体及椎间盘破坏, 脊髓及硬膜囊受压, 出现

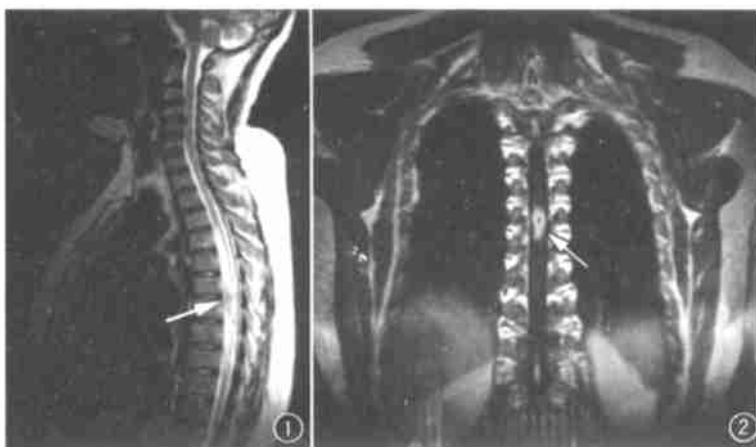


图 1 MRI T₂WI 示 T₆~T₇ 椎体平面脊髓内境界不清病灶(箭), T₄~T₉ 椎体平面脊髓内水肿信号。椎体及椎间盘未见异常改变。

图 2 MRI 增强扫描示 T₆~T₇ 椎体平面脊髓内病灶呈明显环形强化, 境界清楚(箭)。

脊髓压迫症状。本例未见椎体及其它脏器结核, 结核病灶仅限于脊髓内, 无结核中毒症状, 十分罕见。本病的 MRI 表现颇具特征性, 平扫即可明确显示脊髓内占位性病变及脊髓水肿, 增强扫描呈环形或结节状明显强化, 不伴继发性脊髓空洞, 结合病史及临床多能与髓内肿瘤及感染性病变相鉴别。了解本病的特征性 MRI 表现有助于术前正确诊断。

(收稿日期: 2003-11-24)

作者单位: 075000 河北, 张家口市第 251 医院影像中心
作者简介: 刘占标(1965-), 男, 河北人, 主治医师, 主要从事中枢神经系统的 CT、MRI 诊断。