

3. 并发症

一般栓塞后多有不同程度发热,多为低热。部分患者出现臀部疼痛及下肢烧灼感,给予对症处理后症状消失。在盆腔动脉栓塞时只要导管避开臀上动脉,栓塞后缓慢试注对比剂多可避免发生臀部和下肢栓塞的并发症。

总之,产后子宫大出血行导管内动脉栓塞术可避免子宫切除,保留生育功能,从心理上解除患者的痛苦。该法不仅能迅速止血,而且具有创伤小、安全有效、并发症少、能保留脏器功能等优点,应大力推广使

用。

参考文献:

- [1] 全国孕产妇死亡监测研究协作组. 全国孕产妇死亡监测结果分析[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 12(9): 514.
- [2] 倪方才, 刘一文, 邵国良, 等. 急诊髂内动脉栓塞术治疗产后大出血[J]. 现代医学影像学, 1998, 7(2): 99-100.
- [3] 靳海英, 金征宇. 急诊子宫动脉栓塞术治疗产科大出血[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(2): 114-115.
- [4] 颜小琼. 妇产科学影像学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1992. 330-331.

(收稿日期: 2003-06-04 修回日期: 2003-12-16)

• 病例报道 •

右侧先天性膈疝及副叶异位肝一例

王玉敏

【中图分类号】R816.4 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2004)08-0595-01

病例资料 患者,女,39岁,体检胸透发现右下肺野肿块影2个月。无明显呼吸、循环及消化系统症状。否认胸腹部外伤史。专科查体:右下肺叩诊呈浊音,右下肺呼吸音减弱,无其它阳性体征,实验室检查无异常。

X线胸片示右下肺野心缘旁见一椭圆形块影,右侧位片示病灶主要位于右肺中叶,范围约11.0 cm×9.0 cm×11.0 cm,密度均匀,边缘清晰、光滑,下缘以锐角与膈相连;纵隔无移位(图1)。X线诊断:右肺中叶良性肿块。外院胸部CT平扫提示:右下肺巨大团块影。

手术探查:膈肌右心缘旁有大小约10.0 cm×3.0 cm的缺损,右肝膈顶处有大小约12.0 cm×8.0 cm的多叶肝,呈不规则形,并由缺损疝入右侧胸腔,压迫右肺中叶,右肺中叶明显萎缩。遂行膈疝修补术。术后诊断:右侧先天性膈疝,副叶异位肝。

讨论 肝膈疝分先天性和后天性,后者常为创伤所致,多在左侧;前者很少见,多系膈肌发育不全或潜在性缺陷及肝的裸区部分发育畸形所致,多发生在胸骨旁裂孔。副叶肝,即肝脏多叶畸形中多余的肝叶,因膈肌纤维束过分压迫肝脏或肝包膜异常伸入肝实质所致,大小不一,形态各异,一般较小,多呈半圆形或卵圆形,好发于肝右叶的后面或膈面,可疝入肺底,易误诊为肺肿瘤而手术^[1]。

本例肝膈疝与副叶异位肝合并出现,且副叶巨大,极为罕见。对本病认识不足导致术前误诊。X线胸片定位、定量及定形准确,但忽视了膈下病变的可能性。外院CT平扫检查因层

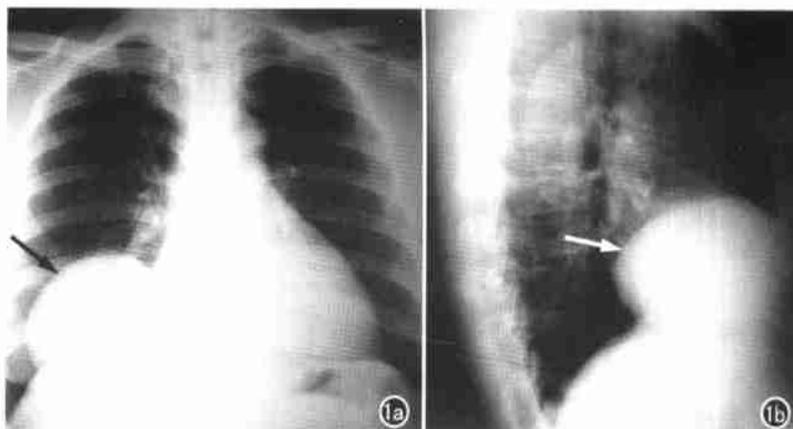


图1 X线胸片示右下肺野心缘旁见巨大椭圆形块影(箭),密度均匀,边缘清晰、光滑,以锐角与前膈相连。a) 正位片; b) 侧位片,示块影占据右肺中叶。

面不足,也未分辨出肿块与膈肌的关系。本病主要应与肺部肿块鉴别,术前应明确诊断以决定手术方案。有学者认为诊断性气腹、胆系造影及肝血管造影有助于鉴别诊断^[1]。笔者认为诊断性气腹可显示膈肌与肝膈面的关系,对排除性诊断和有疝囊病例的诊断有价值,但属有创性检查。超声可显示膈肌与肝膈面的界面且无创,但远场回声衰减,故对部分病例有效。CT可测出肿块CT值并与肝组织对照,矢(冠)状位重建可显示肿块来源;若与胆系或肝血管造影结合,诊断更明确。MRI定位、定量、定形及定性均较好,有利于明确诊断,但价格较贵。总之,发现肺部肿块与膈肌明显相连,应想到本病可能,根据实际情况选择影像手段,以明确诊断。

参考文献:

- [1] 吴恩惠. 肝胆胰脾影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986. 283.

(收稿日期: 2004-04-13)

作者单位: 441700 湖北, 谷城县人民医院 CT室
作者简介: 王玉敏(1964-), 女, 湖北谷城人, 主治医师, 主要从事CT诊断工作。