

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 68 例老年肺结核患者均按 1998 年 8 月卫生部全国结核病组织研讨会修订的分类标准进行诊断, 其中男性 39 例、女性 29 例, 年龄 60~80 岁, 病程最短 2 年, 最长 18 年; 住院时间 40~138 d, 初次治疗者 21 例, 治疗复诊者 47 例。

1.2 临床表现

患者均有不同程度的咳嗽、咯血、呼吸困难、气促、厌食、食欲下降以及消瘦。

1.3 检查方法

68 例患者均在初诊时行胸部 X 线和肺部 CT 扫描, 并通过影像学结果判断其病变类型。X 线检查用东芝 WB-10A500 mA X 线机; CT 检查用日本日立 Tur130 全身螺旋 CT 机, 管电压 120 kV, 管电流 230~260 mA, 扫描准直器 1.5 mm, 螺距自动匹配, 图像重建层厚为 3~5 mm。

2 结果

2.1 诊断准确率

本组 68 例老年肺结核患者中, X 线平片正确诊断 50 例 (73.5%), 漏诊及不能确诊 18 例 (26.5%)。CT 正确诊断 62 例 (91.2%), 其中包括 X 线平片确诊的 50 例, 不能确定的 5 例, 漏诊的 7 例, 漏诊及误诊 6 例 (8.8%)。

2.2 病变的部位

双侧发病 44 例 (64.7%), 单侧发病 24 例 (35.3%); 上肺病变 28 例 (41.2%) (图 1), 中下肺病变 14 例 (20.6%), 病

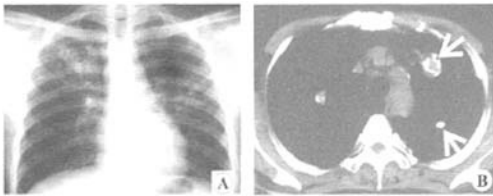


图 1 老年双侧肺上野多发肺结核患者的 X 线平片(A)和 CT (B)结果 (A: X 线平片显示右侧肺上野单发结核, 左侧不明显; B: 同一病例 CT 结果显示双侧肺上野多发结核。)

灶广泛者 26 例 (38.2%)。

2.3 病变类型

68 例老年肺结核患者中, 血形播散型肺结核 7 例 (10.3%), 继发型肺结核 49 例 (72.0%), 合并渗出性胸膜炎 11 例 (16.2%), 结核性胸膜炎 1 例 (1.5%)。

3 讨论

与中青年患者比较, 老年肺结核患者的临床表现特别是影像表现有较大的差异, 中青年肺结核病变范围多较局限而且合并症少, 而老年肺结核患者由于免疫功能的低下, 形成了病菌不容易局限而易于扩散的特点, 合并症多, 病变范围广, 新老病灶并存, 影像表现复杂多样, 与中青年患者形成了鲜明的对比^[2-3]。本组资料显示, 患者的病变位置多在上肺野, 病变类型以继发型为主。

虽然 X 线平片具有方便、经济、快捷的优点, 准确率较高, 是作为首选的检查方法, 但有一定的局限性, 有些部位的病变不易被发现。而 CT 断层扫描的特点, 恰是弥补了 X 线平片的不足, 能发现 X 线平片所不能发现的病灶, 即已静止的原发病灶的重新活动, 使病灶不容易遗漏, 二者相辅相成, 可提高诊断准确性^[4]。

参 考 文 献

- [1] Baylan O, Balkan A, Inal A, et al. The predictive value of serum procalcitonin levels in adult patients with active pulmonary tuberculosis. *Jpn J Infect Dis*, 2006, 59(3): 164-167.
- [2] Choi SR, Kim JK, Kim DH, et al. A case of tuberculosis cutis orificialis with perianal involvement. *Ann Dermatol*, 2009, 21(4): 443-446.
- [3] Nyamande K, Lalloo UG. Serum procalcitonin distinguishes CAP due to bacteria, *Mycobacterium tuberculosis* and PJP. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2006, 10(5): 510-515.
- [4] Müller B, Harbarth S, Stolz D, et al. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and laboratory parameters in community-acquired pneumonia. *BMC Infect Dis*, 2007, 7: 10.

(收稿日期: 2009-06-22)

急诊冠状动脉介入患者血管影像学分析

刘彬

【关键词】 血管成形术; 经腔, 经皮冠状动脉; 冠状动脉造影术; 心肌梗死

随着急诊行经皮冠状动脉介入术(percutaneous coronary

intervention, PCI)的开展, 对急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)时病变血管的认识日益加深, 梗死相关的动脉(infarct-related artery, IRA)在 PCI 的术前、术中以及术后随访中的变化有其一定的特点, 对于介入操作医师来讲,

充分掌握其特点有利于 PCI 的成功与术后疗效。本研究回顾分析了我国过去 3 年行急诊 PCI 的 AMI 患者血管影像学特点,以期对指导今后介入治疗起到帮助。

1 资料与方法

1.1 病例选择

2006 年 10 月至 2008 年 10 月期间在我院急诊行 PCI 的患者 108 例,其中男性 76 例、女性 32 例,平均年龄 65.1 岁(48~72 岁)。108 例 AMI 患者中,前壁心肌梗死 48 例,下壁心肌梗死 38 例,下壁及右室心肌梗死 14 例,下壁及后壁心肌梗死 6 例,非 ST 段抬高性心肌梗死 2 例;74 例合并高血压病,24 例合并 2 型糖尿病,10 例有陈旧性心肌梗死病史。所有患者均为首次行 PCI。108 例患者中,单支血管病变 42 例(38.9%),双支病变 28 例(25.9%),三支病变 38 例(35.2%)。

1.2 PCI 方法

采用股动脉入路,行左右冠状动脉造影以确定 IRA,并以标准法行 PCI。对伴缓慢心律失常者,于左锁骨下静脉插入保护性临时气囊漂浮电极。PCI 成功标准:病变血管直径狭窄减少到 20% 以下,无严重并发症(病死、心肌梗死和靶血管血运重建)。

1.3 统计学方法

所有计量资料均以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 PCI 临床结果分析

108 支 IRA 共植入支架 114 枚,PCI 成功率为 90.7% (98/108),6 例术后心源性休克仍难以纠正,病死 4 例,近期死亡率为 3.7%(4/108),无急诊冠状动脉搭桥。

2.2 IRA 部位分析

IRA 完全闭塞者 68 例(63%),IRA 狭窄 $\geq 90\%$ 者 32 例(29.6%),IRA 狭窄 $< 90\%$ 者 8 例(7.4%)。具体比例为:右冠状动脉 52 例(48.1%),前降支 42 例(38.9%),回旋支 6 例(5.5%),左主干 6 例(5.6%),中间支 2 例(1.8%)。

2.3 IRA 形态分析

IRA 血管直径为 2.5~5.5mm。其中 4 例为合并冠状动脉瘤样扩张。IRA 血管开口畸形 2 例,为右冠状动脉起源于左前降支开口次全闭塞。IRA 血管扭曲、成角 26 例(24.1%)。IRA 血管病变长度为 $11 \sim 29\text{mm}$ [$(15.1 \pm 4.6)\text{mm}$];植入支架长度为 13, 19, 25mm(10 例采用支架连接方式)。

2.4 IRA 钙化情况分析

108 例 AMI 患者中,IRA 病变处出现钙化的占 5.6% (6/108),而非 IRA 出现钙化的占 22.2%(24/108),统计学差异有显著性 ($t=7.62, P < 0.05$)。

2.5 IRA 血流灌注情况分析

术前未溶栓的 84 例 AMI 患者,IRA 自发再通 26 例,

占 30.9%(26/84);术前溶栓的 24 例 AMI 患者,IRA 再通 14 例,占 58.3%(14/24)。支架术后无血流或慢血流 14 例,占 11.8%(14/108);其余均达到缓解级,占 88.2%(94/108)。图 1 为典型 AMI 三支病变患者 PCI 过程中的冠状动脉造影图,可见植入后血流明显改善(C),而植入前的另外两支血管明显狭窄(A, B)。

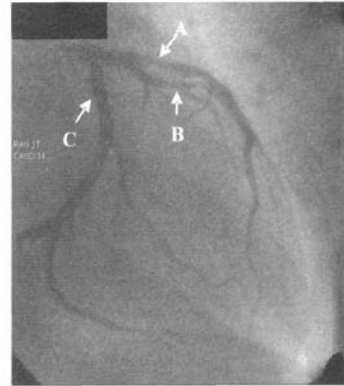


图 1 典型急性心肌梗死三支病变患者冠状动脉造影图 (A:左前降支植入支架前明显狭窄;B:对角支植入支架前明显狭窄;C:回旋支植入支架后血流明显改善。)

3 讨论

AMI 患者行急诊 PCI 可尽早重建 IRA,从而改善功能和存活均受到严重威胁的心肌组织细胞,保护左室机械功能及对临床终点事件产生有益的影响。血管开通的时间与患者的预后有着密切关系^[1],这就要求实施介入术的医师在最短的时间里能够判断病变部位、性质,从而提出介入方案。本研究就我院连续做的 108 例急诊 PCI 从影像学角度作一总结,我们发现急诊 PCI 患者的血管病变有如下特点:①多支血管病变占大多数,近 2/3 的患者存在双支以上血管病变。有资料显示,进行 PCI 的单支病变患者 10 年生存率为 95%,多支病变者 10 年生存率为 81%,其中三支病变者的预后最差^[2]。但多支病变并非 PCI 的禁区,尤其在某些紧急情况下对多支血管病变的 AMI 患者开通 IRA 完全,同样能改善住院期间患者病死率和心脏事件的发生^[3];②溶栓再通率虽然较自发再通率高,但绝大多数仍为全闭塞或存在严重狭窄,因而都需要支架治疗;③左冠状动脉闭塞部位好发于血管分叉处,即第一对角支开口处;④大多数 IRA 的长度平均只有 $(15.1 \pm 4.6)\text{mm}$,单个支架可以解决问题;⑤IRA 处出现钙化的现象较非 IRA 出现钙化少,提示钙化对斑块破裂可能有一定保护作用^[4];⑥支架术后可出现一定比例的无血流或慢血流现象,可能与 AMI 时有较多的血栓物质堵塞冠脉微循环有关;⑦冠脉造影正常的 AMI 可能与冠脉内皮细胞损伤后冠状动脉持续痉挛,最后导致血栓形成有关^[5],文献报道这类患者预后好^[6]。

急诊 PCI 失败或术后效果不理想的原因有:①IRA 的

血管变异,造成介入术的难度增加;②IRA内存在大血栓,这可用微导管抽吸技术或远端保护伞技术,但一般医院尚难完成;③多支病变;④无复流;⑤再狭窄。其他还包括:患者年龄、多次心肌梗死、其他合并症等。

总之,只有充分掌握了急症PCI时IRA的特点,才能预期手术效果,提高手术的成功率和疗效。

参 考 文 献

- [1] Ting HH, Bradley EH, Wang Y, et al. Delay in presentation and reperfusion therapy in ST-elevation myocardial infarction. *Am J Med*, 2008, 121(4): 316-323.
- [2] Kirmani JF, Janjua N, Al Kawi A, et al. Therapeutic advances in interventional neurology. *NeuroRx*, 2005, 2(2): 304-323.
- [3] De Luca G, Suryapranata H, Grimaldi R, et al. Coronary stenting and abciximab in primary angioplasty for ST-segment-elevation myocardial infarction. *QJM*, 2005, 98(9): 633-641.

- [4] Wang X, Lu C, Chen X, et al. A new method to quantify coronary calcification by intravascular ultrasound-the different patterns of calcification of acute myocardial infarction, unstable angina pectoris and stable angina pectoris. *J Invasive Cardiol*, 2008, 20(11): 587-590.
- [5] Goette A, Bukowska A, Dobrev D, et al. Acute atrial tachyarrhythmia induces angiotensin II type 1 receptor-mediated oxidative stress and microvascular flow abnormalities in the ventricles. *Eur Heart J*, 2009, 30(11): 1411-1420.
- [6] Da Costa A, Isaacs K, Faure E, et al. Clinical characteristics, aetiological factors and long-term prognosis of myocardial infarction with an absolutely normal coronary angiogram: a 3-year follow-up study of 91 patients. *Eur Heart J*, 2001, 22(16): 1459-1465.

(收稿日期: 2009-08-28)

巨大胰腺实性假乳头状瘤 2 例影像学诊断分析

张发林 雍昉

【关键词】 胰腺; 实性假乳头状瘤

胰腺实性假乳头状瘤 (solid-pseudopapillary tumor of pancreas, SPTP) 是一种少见的、具低度恶性潜能的胰腺肿瘤^[1], 发病隐匿, 病程进展缓慢, 预后较好, 治愈率达 95%, 局部复发率仅为 5%^[2]。SPTP 的组织学来源尚不完全清楚, 易误诊为胰腺其他肿瘤或腹膜后肿瘤。现就我院近期经临床放射学检查和病理证实的 2 例 SPTP 病例报道如下。

1 病例 1

患者女性, 16 岁, 左腹部胀疼 1 月余, 近期疼痛加重而入院。入院体检: 腹平软, 左腹部触拳头大小包块, 活动度较差, 有轻度压痛, 无反跳痛。实验室检查无异常。

MRI: 平扫示左中上腹部有类圆形肿块, 位于肾脏前上方与胰腺体尾部后方之间, 边界清楚, 约 9.5cm×9.2cm×8.3cm, 其内信号不均匀, 周围实质部分呈稍长 T₁、稍长 T₂ 信号, 弥散加权成像呈不均匀性高信号, Gd-二亚乙基三胺五乙酸增强扫描呈中等不均匀性强化; 中央囊变区域呈等 T₁、稍长 T₂ 信号, 弥散加权成像呈低信号, 无强化。肿块与胰腺体尾分界不清, 并受压前移, 且明显变薄; 左侧肾脏稍受压变形, 信号无异常 (图 1)。MRI 诊断考虑为: ①胰腺肿

瘤 (囊腺瘤或囊腺癌); ②肠道间质瘤; ③腹膜后神经源性肿瘤 (神经母细胞瘤或神经节神经母细胞瘤)。

术中所见: 肿瘤位于胰腺体尾部, 约 10 cm×9 cm×8 cm, 包膜完整, 与脾动-静脉及脾脏粘连紧密; 周围可见肿大淋巴结 (0.5~1.0 cm), 行胰腺体尾部、肿瘤及脾脏切除, 并行周围淋巴结清扫, 病理显示为 SPTP, 送检淋巴结未见瘤细胞。

2 病例 2

患者女性, 15 岁, 无明显症状, 自觉左腹部肿块而入院。入院体检: 腹平软, 左腹部稍膨隆, 可触及拳头大小包块, 活动度较差, 有轻度压痛, 无反跳痛。实验室检查无异常。

CT: 胰腺、脾脏和胃之间见巨大软组织肿块影, 约 8.5 cm×9.6 cm×12.6 cm, 呈混杂密度, 以稍高密度为主, 其内可见更低密度区, 肿块周边及内部可见散在小片状钙化灶; 增强扫描囊壁明显强化, 实性部分中度不均匀强化, 内部可见迂曲肿瘤血管; 肿块与胰尾分界不清, 脾动、静脉分别向前、后包绕肿块; 与胃、脾分界尚清, 胃受压向右上前移位, 脾略向外移位 (图 2)。CT 诊断考虑为: 恶性肿瘤性病变, 拟来源于胰腺, 不排除腹膜后间叶源性肿瘤。

术中所见: 胰腺体尾部见囊性肿块, 约 10 cm×9 cm×8 cm, 肿物与横结肠动脉、门静脉及脾动-静脉粘连紧密, 胰尾质硬; 包膜完整, 脾门及胰上可见肿大淋巴结 (0.5~1.0cm), 行胰腺体尾、肿块及脾脏切除, 并行周围肿大淋巴结清扫,