

然伤情较重、手术过程相对复杂，但术后需要尿道扩张的时间较短，到目前为止，尚无患者需接受二次手术治疗。所以，从避免术后尿道狭窄的角度上讲，尿道端端吻合术更具优势。

内镜下尿道会师术治疗尿道球部损伤，国内外文献有较多报道，多数作者认为取得了良好疗效^[1-7]。但这些报道都未将尿道球部部分断裂与完全断裂分开进行讨论。对于尿道球部部分断裂的患者，如试插导尿管失败，行内镜下尿道会师是一种非常优良的治疗方法。因尿道部分断裂，尿道黏膜尚存一定的连续性，断裂口间距不大，尿道球部海绵体及白膜损伤不重，术后不至于形成较大的疤痕致尿道狭窄。但对于尿道球部完全断裂的患者，采用内镜下尿道会师术治疗难度大，有可能产生不理想的治疗结果，原因如下：一、尿道完全断裂的患者尿道断端出血重，内窥镜下很难保持清晰的视野，寻找近端尿道断端相当困难，所以才有文献报道采用经耻骨上膀胱造瘘，膀胱内注入美蓝^[1]或用输尿管镜经造瘘口置入导丝作为引导的方法^[1,3]。二、骑跨伤所致的尿道完全断裂，会阴部的损伤一般较重，常伴有损伤处较长段的尿道黏膜和海绵体碎裂缺损、球部白膜破损。即使通过各种方法找到尿道断端并成功置入尿管，因尿道断端间组织损伤重，两断端之间距离大，存在较多的碎裂、无生机组织，加之局部血肿、尿外渗的影响，术后极易形成较大的瘢痕，而导致难治性尿道狭窄。采用早期开放手术治疗，则可在术中彻底清除损伤处血肿及无生机组织并最大程度地引流尿外渗；同时可使尿道断端最大程度地对拢，从而可避免术后尿道损伤处形成较大的瘢痕。

医源性损伤致尿道球部完全断裂，伤情相对单

纯，多数情况下只表现为尿道黏膜及尿道海绵体的断裂，而非碎裂，球部白膜一般情况下完整，内镜下会师术后疤痕形成程度较轻，可通过术后尿道扩张治愈。而骑跨伤所致的尿道球部完全断裂，是由外力撞击、钝挫尿道所致，伤情较重且复杂。如果不区分伤情轻重，贸然采用内镜下尿道会师，势必会导致术后尿道狭窄发生，二次手术率上升。因此，对于骑跨伤所致的尿道球部完全断裂的患者，建议接受尿道端端吻合术治疗。

参考文献

- [1] Pankaj N M, Hemendra N S. Immediate endoscopic management of complete iatrogenic anterior urethral injuries: A case series with long-term results [J]. BMC Urology, 2005, 13 (5): 1-6.
- [2] Yu J J, Xu Y M, Qiao Y, et al. Urethral cystoscopic realignment and early end-to-end anastomosis develop different influence on erectile function in patients with ruptured bulbous urethra [J]. Arch Androl, 2007, 53 (2): 59-62.
- [3] 井元恒, 陈光耀, 陈跃英, 等. 输尿管镜下尿道会师术治疗尿道球部损伤 [J]. 中国内镜杂志, 2007, 13 (4): 424-425.
- [4] 明爱民, 张新际, 郭君毅, 等. 输尿管镜行尿道会师术在尿道球部损伤患者中疗效观察 (附 18 例报告) [J]. 中国内镜杂志, 2005, 11 (4): 388-389.
- [5] 张贵福, 王跃强, 杨剑兵, 等. 输尿管镜下腔内尿道会师术治疗男性尿道损伤 40 例报告 [J]. 中华男科学杂志, 2011, 17 (9): 847-848.
- [6] 李宏岩, 李海, 张茁, 等. 输尿管镜下尿道置管治疗尿道球部断裂疗效观察 (附 13 例报告) [J]. 临床泌尿外科杂志, 2011, 26 (9): 660-661.
- [7] 杨四文, 孙菊元, 田维云, 等. 软性和硬性输尿管镜联合应用治疗尿道损伤 16 例报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12 (11): 1037-1039.

• 诊疗技术 •

胰腺实性假乳头状瘤的 CT 表现 (附 12 例分析)

福建省立医院放射科 (福州 350001) 周东升 蔡瑞萍

【摘要】 目的 探讨胰腺实性假乳头状瘤 (SPTP) 的 CT 表现。方法 回顾性分析 12 例经外科手术后病理组织学证实的 SPTP 患者的术前 CT 平扫和增强扫描结果。结果 肿瘤 2 例发生在胰头颈部, 10 例发生在胰尾部。直径 3.0~10.4 cm。3 例为实性病灶; 9 例为含有囊壁的囊实性肿块, 囊性、实性成分比例各有不同, 3 例肿瘤内伴有不同程度的出血; 5 例见钙化灶。增强扫描肿瘤实性部分及囊壁有强化, 动脉期呈轻度强化, 静脉期及延迟期呈轻中度强化, 延迟期肿瘤实性部分强化体积及程度更大, 囊性和实性结构变得清晰, 但均低于正常胰腺。结论 SPTP 的 CT 表现具有一定的特征性。

【关键词】 胰腺; 实性假乳头状瘤; 体层摄影术; 影像学

【中图分类号】R816.6; R735.9; R445.3 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2013)04-0108-04

CT diagnosis of solid pseudopapillary tumor of the pancreas (SPTP): Analysis of 12 cases ZHOU Dongsheng, CAI Ruiqing. Department of Radiology, Fujian Provincial Hospital, Fuzhou, Fujian 350001, China

【Abstract】 Objective To evaluate the imaging features of SPTP on multi-detector row computed tomography (MDCT). **Methods** MDCT features including plain CT scan and multi-phase contrast enhanced scanning of 12 cases of SPTP pathologically proved were retrospectively analyzed. **Results** Of the 12 patients, 2 cases of tumor occurred in the cervical part of the pancreatic head and 10 cases in the pancreatic tail. The maximal diameters of the tumors were 3.0-10.4 cm. Three cases shew as solid mass completely, nine cases shew with cystic and solid components. The proportion of solid component and cystic was different. There were different degrees of bleeding in the tumors of three cases. Calcification had been detected in the tumors of five cases. The solid portions of the tumor and cystic wall were light contrast enhanced in the arterial phase and light or moderate enhanced in portal venous and delay phase on post-contrast CT. The volumes and degree of enhancement of the solid portion in the tumors became large and cystic and solid structure got more clear in the delay phase which were all below the normal degree of pancreas. **Conclusion** SPTP on CT possesses certain characteristics.

【Key words】 pancrea; solid pseudopapillary tumor; tomography; iconography

胰腺实性假乳头状瘤 (solid pseudopapillary tumor, SPTP) 是一种正在被人们逐渐认识的罕见肿瘤, 近年来文献报道有逐渐增多的趋势。本文回顾性分析 12 例经手术、病理证实的 SPTP 病例的螺旋 CT 表现, 并结合相关文献报道讨论其螺旋 CT 影像表现及鉴别诊断, 以期提高对本病的术前诊断水平。

1 资料与方法

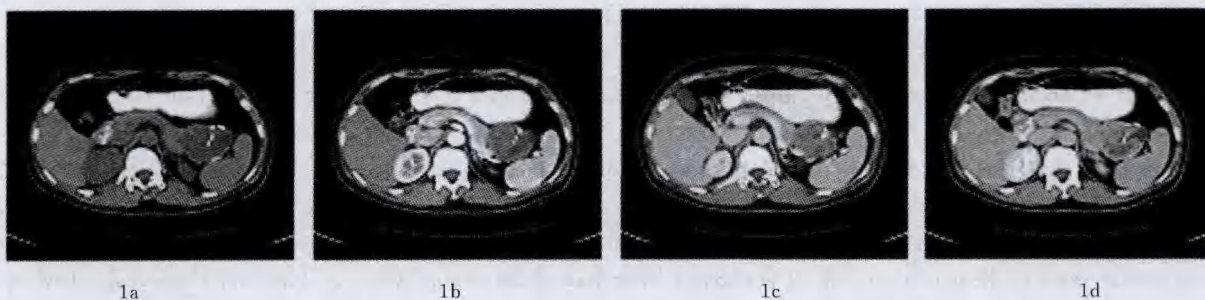
1.1 一般资料: 收集我院 2007 年 3 月至 2013 年 3 月经手术病理证实的 SPTP 共 12 例, 男 2 例, 女 10 例; 年龄 18~49 岁, 平均 34.4 岁。2 例临床表现为无明显诱因的中上腹部疼痛不适, 伴恶心、腹胀; 10 例为 B 超检查时偶然发现胰腺占位性病变。本组患者实验室相关肿瘤标志物检查均为阴性。

1.2 CT 检查方法: 采用西门子 Aomatom Definition 双源 CT 机及 Somatom Sensation 64 排螺旋 CT。常规扫描在检查前 30 min 内口服 1.5% 碘水 500~1 000 mL。扫描范围: 膈上 1 cm 至十二指肠水平段下方 1 cm。扫描参数: 管电压为 120 kVp, 电流为 200~250 mAs, 螺距 0.9, 层厚 7 mm。常规进行平扫和三期动态增强扫描。采取团注触发扫描: 动脉期, 延迟时间 13 s (总 35 s); 门静脉期, 延迟时间 33 s (总 55 s); 延时期, 延迟时间 3~5 min。用高压注射器经肘静脉以 4 mL/s 流率注射 300 mgI/mL 非离子碘对比剂 80~100 mL。扫描完成后在工作站进行重建。

2 结果

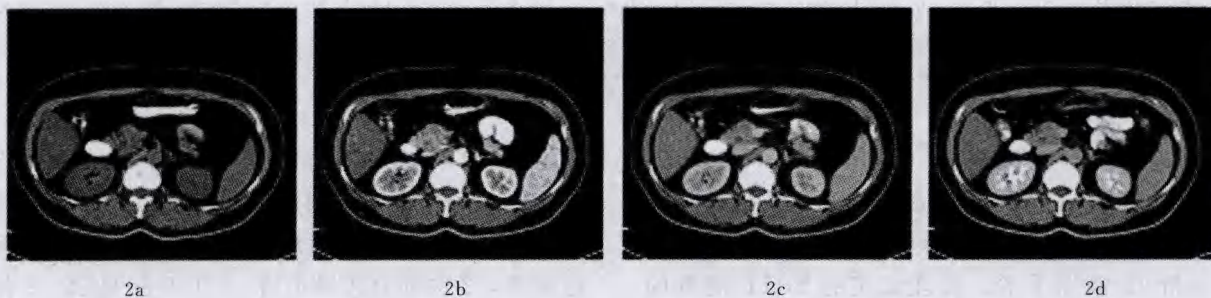
本组 12 例均为单发, 肿瘤位于胰头部 2 例,

胰尾部 10 例; 瘤体直径 3.0~10.4 cm, 平均约 5.5 cm。肿块形态呈圆形或卵圆形, 均以胰腺为中心向周围生长, 周围组织及血管可见推移。10 例边缘清楚, 2 例部分边缘不清。CT 平扫显示: 9 例为囊实性病变, 平均直径为 6.4 cm, 病灶密度不均, 为等、低混杂密度, 囊性部分位于肿瘤中心部分, 其密度高于水但低于肌肉组织, 其中 3 例可见略高密度影, 为新鲜或陈旧性出血。3 例为实性病灶, 平均直径为 3.3 cm, 密度均匀, 其中 1 例伴斑点状钙化。共 5 例病灶的囊壁及实性成分内可见散在点状钙化及环形钙化灶。本组病例胰管及胆管均未见扩张。增强扫描显示: 病变与正常胰腺实质分界清晰; 病灶实性成分动脉期呈轻度强化, 静脉期及延时期呈持续渐进性强化, 囊性部分无强化。6 例囊性结构为主或囊实性结构相仿的肿瘤 CT 表现为实性部分呈附壁结节或囊实性部分相间分布; 3 例以实性结构为主的囊实性病灶, 囊性部分分布在包膜下, 或与实性部分混合分布。实性成分为主的肿块 3 例, 强化特征同上。所有成分在各期强化程度均低于正常胰腺实质。10 例患者的肿块有完整包膜, 2 例包膜部分不完整。3 例肿瘤有周围血管挤压征象, 血管壁未见侵犯。1 例见肝脏多发转移。胰尾部囊实性 SPTP 及胰头钩突部 SPTP 的 CT 图像见图 1, 2。3 例实性病灶中, 术前误诊为胰腺癌 2 例; 9 例囊实性病灶中, 术前误诊为胰腺癌 2 例, 误诊为囊肿伴感染 1 例。术前诊断准确率为 58.3%。



注：1a，CT 平扫示胰尾部囊实性病灶伴条片状钙化；1b~1d，增强扫描囊性成分未见明显强化，实性部分渐进性强化，延时期显示最佳，病灶有完整的包膜，各期扫描均较周围正常胰腺实质密度低。

图 1 胰尾部囊实性 SPTP 的 CT 图像



注：2a，CT 平扫示胰头部等密度病灶，密度均匀；2b~2d 增强扫描病灶渐进性轻度强化，动脉期显示最佳，边缘清楚，各期扫描均较胰腺实质密度低。

图 2 胰头钩突部 SPTP 的 CT 图像

3 讨论

SPTP 是一种生物学行为未定或有交界性恶性潜能的肿瘤，外科切除预后好。发病率占胰腺肿瘤的 1%~2%，2004 年 WHO 肿瘤组织学分类中将其统一命名为胰腺实性假乳头状瘤，概念为由形态比较一致的细胞形成实性巢状和假乳头状结构的表皮性肿瘤，常有出血及囊性变。此瘤通常为良性，偶尔可为恶性^[1]。起源尚无定论，肿瘤可发生于胰腺各部分，多见于胰头和胰尾部。好发于青春女性，女性约占 82%~95%。临床表现无特征性，部分病灶较大者或合并出血者表现为腹痛、腹部包块，大部分为 B 超检查时偶然发现。

结合本组病例及国内外相关文献^[2-6]，总结 SPTP 的特征为：1) 多发生于年轻女性。2) 体积通常较大(本组平均直径为 5.5 cm)，边界较清晰，通常有完整包膜，增强后包膜强化较明显。周围器官较少受侵，仅推压移位。3) 肿瘤通常由囊实性成分组成(本组 75%)，钙化较常见(本组钙化率为 41%)，呈弧线状及斑点状，多位于包膜及实性部分。CT 增强扫描肿瘤成分显示清晰：通常小病灶以实性成分为主，囊性成分位于周边及实性成分中间；囊性成分为主或囊实性成分相当的病灶通常较大，实性成分位于周边，呈附壁结节样，或呈囊

实性成分相间分布^[3-4]。囊性成分无强化，实性成分呈渐进性强化的特点，增强扫描各期强化程度均低于周围正常胰实质。4) 胰管及胆管通常无扩张。5) 少数患者可出现局部淋巴结肿大，腹膜种植转移或肝脏、肺、骨等转移。本组病例有 2 例为恶性，表现为包膜部分连续性中断，1 例伴肝多发转移，转移灶强化特点与胰腺病灶类似。

CT 扫描时，需将 SPTP 与以下疾病进行鉴别诊断：1) 假性囊肿：包括急慢性胰腺炎假囊肿、外伤及术后假囊肿，均有较明确的临床病史；囊壁薄而均匀，圆形及球形为主，单房多见，部分可见多房；增强扫描后轻度强化，无实性成分；部分可伴胰周蜂窝组织炎及肾前筋膜增厚等征象。当假性囊肿合并出血、感染导致囊壁增厚明显时鉴别困难，可行活检以鉴别。2) 无功能性胰岛细胞瘤：病灶内可见分隔及壁结节，增强扫描壁结节及囊壁强化明显，较易鉴别。病灶较大时易囊变坏死，表现为实性部分不均匀或环形强化，部分病例很难鉴别。3) 黏液性囊腺瘤或癌：大部分位于胰腺体尾部，表现为边界清楚的圆形或卵圆形囊实性肿块，单房或多房，内可见分隔及壁结节，平扫呈水样低密度。增强扫描囊壁及壁结节不均匀强化，伴有邻近器官侵犯及区域淋巴结增大的提示囊腺癌。4)

胰腺癌：胰腺癌发病年龄较大，病灶呈浸润性生长，增强后肿瘤强化不明显，边缘模糊，常侵犯周围结构，80%~90%可见胰胆管扩张，部分坏死囊变区不规则。

总之，胰腺实性假乳头状瘤的 CT 表现有一定的特征性。因此，对于年轻女性，若 CT 表现为境界清晰的、动态增强扫描实性部分呈渐进性强化的囊实性胰腺占位，而且实验室相关肿瘤标志物检查为阴性，应高度怀疑胰腺实性假乳头状瘤^[7-8]。

参考文献

[1] Notohara K, Hamazaki S, Tsukayama C, et al. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas; Immunohistochemical localization of neuroendocrine markers and CD10 [J]. Am J Surg

Pathol, 2000, 24 (10): 1361.

[2] 廖飞, 展颖, 王小颖, 等. 胰腺实性假乳头状瘤的影像与病理分析 [J]. 临床放射学杂志, 2004, 23 (7): 589-592.

[3] 孙国超, 王学丽, 杨书净, 等. 胰腺实性假乳头状瘤的 CT 诊断 [J]. 中国医学计算机成像杂志, 2006, 12 (2): 113-115.

[4] 崔云甫, 王国辉. 胰腺实性假乳头状瘤的研究现状 [J]. 中国现代普通外科进展, 2008, 11 (4): 277-280.

[5] 李斌, 秦明伟, 肖雨, 等. 胰腺实性假乳头状瘤的 CT 诊断及鉴别诊断 [J]. 中国医学科学院报, 2011, 5 (1): 95-97.

[6] 周冰, 王省白, 陆黎明, 等. 胰腺实性假乳头状瘤的 CT 诊断及 MRI 诊断 [J]. 医学影像学杂志, 2012, 22 (1): 94-96.

[7] 徐小雄, 涂建飞, 周利民, 等. CT 对胰腺实性假乳头状瘤的诊断价值 [J]. 医学影像学杂志, 2011, 21 (4): 555.

[8] 李海龙, 张艳红, 姜铁权. 胰腺实性假乳头状瘤的 CT 诊断价值 [J]. 医学影像学杂志, 2008, 18 (6): 633.

• 诊疗技术 •

超声引导下小针刀治疗肩周炎的临床初探

福建中医药大学附属第二人民医院超声科 (福州 350003) 郭鹤晖 赵红佳¹ 游涛 吴明霞² 许荣

【摘要】 目的 观察超声引导下小针刀治疗肩周炎的临床疗效。方法 60 例肩周炎患者随机分为两组，每组各 30 例。A 组采用传统小针刀疗法；B 组采用超声引导下小针刀疗法；每周 1 次，3 次为一疗程。治疗后第 2、4、12、24 周进行随访；两组患者治疗前后均采用 VAS 疼痛评分及肩关节 CMS 评分、临床症状疗效评定及超声影像疗效评价。结果 治疗后，两组患者 VAS 疼痛评分较治疗前均有明显下降，B 组治疗前后差值明显大于 A 组 ($P < 0.05$)；而肩关节 CMS 评分 B 组提高得更明显 ($P < 0.05$)；比较临床疗效及超声影像疗效评价发现 B 组治愈率及总有效率均明显高于 A 组 ($P < 0.05$)。结论 两种治疗方法对肩周炎均有较好疗效，超声引导下小针刀疗法效果更显著。

【关键词】 肩周炎；小针刀；超声引导

【中图分类号】 R246.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2013)04-0111-03

Preliminary study of small-needle-knife therapy under ultrasonography guidance in periarthritis humeroscapularis GUO Quehui, ZHAO Hongjia, YOU Tao, WU Mingxia, XU Rong. Department of Ultrasonic, the Second People's Hospital of Fujian Province, Fuzhou, Fujian 350003, China

【Abstract】 **Objective** To study the clinical values of small-needle-knife therapy under ultrasonography guidance in periarthritis humeroscapularis. **Methods** Sixty patients with periarthritis humeroscapularis were randomly divided into two groups, with thirty patients in each group. The patients in A group received small-needle-knife therapy, while patients in B group received small-needle-knife therapy under ultrasonography guidance, for one time a week, and three times as a course of treatment. The patients were evaluated by using a visual analogue scale for pain (VAS) and shoulder CMS score, clinical evaluation, ultrasonic imaging evaluation at 2, 4, 12 and 24 weeks after treatment respectively. **Results** The results for the VAS were steady decline in two groups, the values in B group before and after treatment were significantly higher than those in A group. While the shoulder CMS score in B group increased more significantly. In the clinical evaluation and ultrasonic imaging evaluation, cure rate and total effective rate in B group were significantly higher than those in A group. **Conclusion** Both two therapies are effective in the treatment of periarthritis humeroscapularis, but small-needle-knife therapy under ultrasonography guidance is more effective than small-needle-knife therapy.