

## MSCT 对甲状旁腺腺瘤的诊断价值

张德志<sup>1</sup>, 宋岫峰<sup>1</sup>, 邢广莹<sup>2</sup>

中图分类号: R814.42 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2013)05-0632-02

【摘要】 目的 探讨甲状旁腺腺瘤的 MSCT 诊断价值。方法 回顾性分析经手术病理证实的 12 例甲状旁腺腺瘤的 MSCT 平扫及增强表现。结果 10 例甲状旁腺腺瘤单发 2 例为双发,边界清晰,呈软组织密度。CT 平扫及增强 9 例呈均匀强化 3 例为不均匀强化,均表现为动脉期明显强化。结论 甲状旁腺腺瘤的 MSCT 平扫及双期增强扫描有助于对其定位和定性诊断。

【关键词】 甲状旁腺; 腺瘤; 计算机体层成像

甲状旁腺腺瘤占原发性甲状旁腺功能亢进原因的 78%~90%<sup>[1]</sup>。腺瘤常导致甲状旁腺素分泌过多,出现骨骼、肾脏、消化系统、神经系统病变和钙磷代谢紊乱。临床最有效的治疗方法为外科手术,因此术前的准确定位定性是关键。CT 具有直观和解剖关系显示清楚以及能检出异位肿瘤的特点,被广泛运用于甲状旁腺腺瘤的诊断<sup>[2-4]</sup>。笔者分析了 12 例甲状旁腺腺瘤的 CT 表现,以提高 CT 对甲状旁腺腺瘤的诊断价值。

作者单位: 1 大连市友谊医院影像科 辽宁 大连 116001; 2 大连市友谊医院病理科  
作者简介: 张德志(1979-)男,黑龙江富锦人,主管技师,从事医学影像诊断工作。

#### 4 鉴别诊断

淋巴瘤: 范围广泛,常呈结节性融合,造成腹主动脉明显前移,可致“主动脉淹没征”,且很少出现输尿管及肾盂积水扩张,而 RPF 多分布于肾门至髂总动脉水平,且外形可不规则但无结节融合改变; 淋巴结转移: 常有原发灶的症状,其分布符合其引流途径,且多发,大小不一,常伴有其它部位的破坏或转移,而 RPF 相邻骨骼或其他组织包绕受压,但无侵蚀破坏; 另外还要注意与腹膜后脂肪肉瘤、血肿等鉴别。

#### 5 治疗

该病通常用糖皮质激素和免疫抑制剂治疗,但多为缓解病情进展,而不能逆转。当病变压迫症状严重时考虑外科治疗,如输尿管梗阻可将输尿管松解或改道,当输尿管受累广泛或难以分离可行肾造瘘或自体肾移植术。笔者跟踪两例患者,由于治疗及时,病情进展缓慢,如同文献所报道预后较乐观<sup>[7]</sup>。

综上,CT 能清楚显示 RPF 的发病部位、范围及泌尿系、大血管等的相应继发改变,对明确诊断、了解病灶

#### 1 资料与方法

1.1 一般资料 笔者收集了 12 例甲状旁腺腺瘤病例资料,其中男性 4 例,女性 8 例,年龄 32~65 岁。

1.2 临床表现及实验室检查结果 12 例中无症状例行体检 5 例,1 例以全身性骨骼疼痛就诊,1 例以肾结石首诊入院,因颈部包块就诊者 3 例,1 例以自发性骨折就诊,1 例以反酸纳差就诊于消化科。其中 7 例血钙升高、血磷降低,3 例血钙和血磷在正常范围,6 例 AKP 升高,1 例甲状旁腺激素(PTH)升高。

1.3 CT 扫描设备与参数 CT 扫描采用西门子公司 16 排 CT 和东芝 64 排 CT 进行平扫及双期增强扫描。

分期、鉴别诊断及指导临床及时制定合理治疗方案有重要意义,且检查快捷方便,不失作为一种首选检查。

#### 参考文献:

- [1] Greco P, Vaglio A, Manenti L, et al. Idiopathic retroperitoneal fibrosis [J]. G Ital Nefrol 2004 21(2): 132.
- [2] 白人驹, 张雪林. 医学影像诊断学 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社 2011: 504-505.
- [3] 阎建华, 吴天, 李传福. 腹膜后纤维化的影像学诊断 [J]. 医学影像学杂志 2006 16(5): 529.
- [4] van Bommel EF. Retroperitoneal fibrosis [J]. Neth J Med, 2002 60(6): 231-242.
- [5] 周伏喜, 卢放根, 吴小平, 等. 继发性腹膜后纤维化四例及文献复习 [J]. 中华消化病杂志 2006 26(10): 705-706.
- [6] 孟庆学, 王世礼. 腹膜后纤维化的临床及影像学诊断 [J]. 中国现代医生 2009 47(11): 39-40.
- [7] Gilkeson GS, Allen NB. Retroperitoneal fibrosis: a true connective tissue disease [J]. Rheum Dis Clin North Am, 1996, 22: 23-38.

(收稿日期: 2013-03-18)

患者取仰卧位,扫描范围自颅底至上纵膈主动脉弓水平。扫描参数如下:管电流 200 mAs,管电压 120 kV,层厚 3 mm,层间距 3 mm,螺距 0.9,FOV = 250 mm,并行层厚 0.75 ~ 1 mm 的后处理重建。CT 双期增强经前臂浅静脉以 2 ~ 3 mL/s 速率团注 80 ~ 100 mL 非离子型对比剂,自注射后 20 s 和 30 s 分别进行动脉期和静脉期扫描。

## 2 结果

单发甲状旁腺腺瘤 10 例,双发腺瘤 2 例,1 例合并甲状腺肿,1 例行骨密度测定提示骨质疏松。CT 扫描 12 例中位于右侧甲状腺下极后方 8 例,左侧甲状腺下极后方 4 例。肿瘤大小从 2.0 cm × 1.5 cm × 1.0 cm 到 3.0 cm × 3.5 cm × 4.0 cm,大于 3 cm 两例,甲状腺、气管等周围组织略受压,但与周围组织界限清晰,未见侵犯。10 例 CT 平扫表现为肿瘤呈类圆形或卵圆形,边界清晰,边缘光整,密度均匀,与周围血管及肌肉密度相似,增强扫描明显均匀强化,动脉期强化明显,静脉期造影剂略有退出。2 例平扫密度不均匀,其中有低密度区,增强扫描肿瘤实性部分明显强化,低密度区不强化,提示坏死囊变。12 例增强扫描后病灶边界更加清晰,与周围组织分界清晰。见图 1 ~ 图 3。

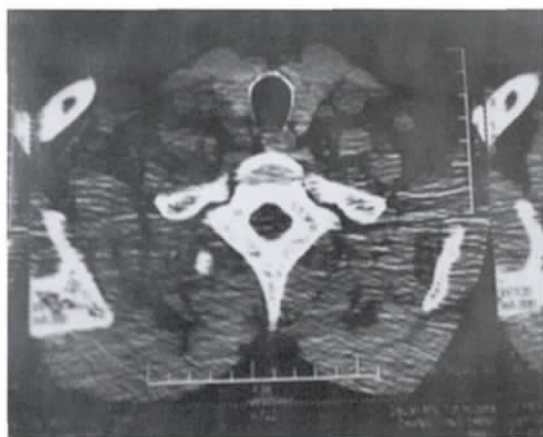


图 1 右侧甲状腺下极后方长条形软组织密度灶

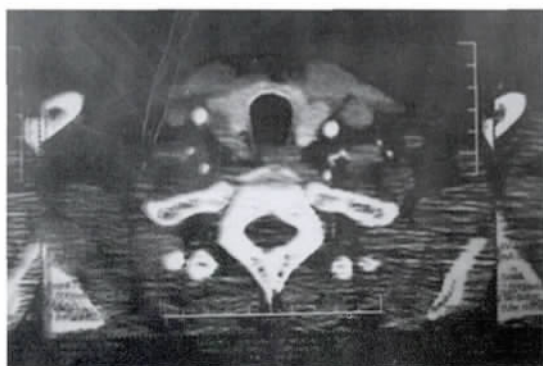


图 2 增强扫描动脉期病灶明显强化

## 3 讨论

甲状旁腺占位性病变较为常见,其中较为常见的为腺瘤,部分增生,甲状旁腺腺癌极少见。据文献统计甲状旁腺占位性病变中腺瘤约占 90%,癌仅占 1%,其余为增生<sup>[5]</sup>。

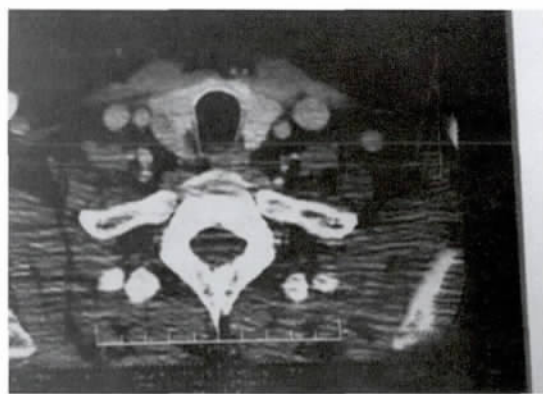


图 3 增强扫描静脉期造影剂略有退出

人体通常有上下两对甲状旁腺,下一对甲状旁腺紧邻甲状腺叶的下极,邓开洪等研究认为甲状旁腺腺瘤多发生于下一对甲状腺内<sup>[6]</sup>,多发者占 2% ~ 3%,本组 12 例,10 例为单发,2 例为双发,且病变均位于下极。

甲状旁腺腺体呈圆形或卵圆形,较扁平,约 5 mm × 3 mm × 1 mm,重约 30 ~ 45 mg,CT 不能识别出正常的甲状旁腺。由于甲状旁腺病变多较小,与颈部血管结构、肌肉、淋巴结、甲状腺等有相似的密度特点,CT 平扫极易忽视,因此,动态增强扫描具有重要的诊断意义。由于甲状旁腺腺瘤血供丰富,增强扫描肿瘤明显强化,但低于血管的密度,得以与周围的血管、肌肉相鉴别。位于颈动脉鞘内侧者多为甲状旁腺病灶,位于颈动脉鞘外侧者多为增大淋巴结。甲状旁腺病灶多为椭圆形或长方形,而增大的淋巴结多为球形。文献报道 CT 定位准确率 89.13%<sup>[7]</sup>,CT 密度分辨率高,对于甲状旁腺腺瘤检出的敏感性高,能直观的确定肿瘤的位置、大小、形态以及与周围结构的关系,更好的为临床提供高质量、准确性诊断。

## 参考文献:

- [1] 方圻. 现代内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 2 752 - 2 753.
- [2] 王丽雅, 邱光准, 黄幼珍. 原发性甲状旁腺机能亢进症的 CT 诊断(附 5 例报告) [J]. 中华放射学杂志, 1992, 26 (8): 399 - 400.
- [3] 白人驹, 张云亭, 吴恩惠, 等. 甲状旁腺腺瘤的 CT 诊断 [J]. 中华内分泌杂志, 1991, 17: 27 - 29.

## 478 例 X 射线子宫输卵管造影术的护理体会

戚 健<sup>1</sup>, 王来友<sup>1</sup>, 费文丽<sup>2</sup>, 王 丹<sup>1</sup>

中图分类号: R814.43 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2013)05-0634-02

【摘要】 目的 探讨子宫输卵管造影术(HSG)的护理措施及其临床意义。方法 对唐山市妇幼保健院 478 例 HSG 患者的护理方法予以回顾性分析。结果 478 例患者行 HSG 均成功,诊断准确 2 例 HSG 后腹痛较剧,1 例 HSG 后第三天出血较多,余无明显并发症;11 例输卵管未显影者,为了鉴别究竟是宫角括约肌痉挛还是间质部阻塞,经护理人员温热造影剂、重新行 HSG 后证实 4 例间质部阻塞,7 例是因造影剂温度过低引起的输卵管痉挛;19 例因疼痛难忍要放弃治疗时,经护理人员精神鼓励后,其阻塞的输卵管变为通畅。结论 舒适、人性化的护理不但能确保 HSG 操作成功、诊断准确,降低并发症的发生率,对病变输卵管的复通治疗还具有很大的作用。

【关键词】 不孕症; 子宫输卵管造影; 护理; 体会

不孕症是指婚后至少同居一年,有正常的性生活,未采取任何避孕措施而不能怀孕<sup>[1]</sup>,女性不孕症中输卵管性不孕约占 40%<sup>[2]</sup>,子宫输卵管造影术(HSG)是诊治不孕症最常用的方法,医护人员密切配合是 HSG 成功的重要保证,细致、周到、贴心的护理还能提升病变输卵管的复通率。2012 年 1 月至 2012 年 10 月在我院行 HSG 478 例,获得了满意的效果,现将护理经验总结报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 478 例均经我院生殖遗传门诊确诊为不孕症患者,其中原发不孕 147 例,继发不孕 331 例。年龄最大 43 岁,最小 24 岁。平均年龄 28.3 岁,不孕史最短 2 a,最长达 5.5 a。继发不孕病例均有生育史、药流史或人工刮宫史,其中有 11 例为宫外孕保守治疗后复查。

1.2 方法 设备为日本东芝-10B 胃肠造影机,患者在月经干净后 3~7 d 内,妇检无炎症,未同房者均可。使用 76% 泛影葡胺为造影剂,如过敏,可用碘海醇代替,剂量为 8~15 mL,或多或少,常规准备后患者仰卧于造影床上取截石位,由护理人员在无菌操作下

进行,注药前先进行腹部透视,注意有无异常钙化影,而后在透视下缓慢推入造影剂,当子宫腔完全充盈时摄片一张。随后观察输卵管通畅情况,并适时摄片,造影结束后 20 min 再摄片一张,以观察造影剂在腹腔涂布情况。

## 1.3 护理

1.3.1 术前护理 不孕症的诊断和治疗是一个漫长的过程,患者需要多次奔波于医院,除了在身体上要接受药物注射及一些手术的痛楚外,在心理上还要承受各种检查结果及治疗失败的压力<sup>[3]</sup>。不孕症患者求子心切、心理压力大不言而喻,长期的检查治疗再加上对 HSG 检查的不了解,很多患者会出现焦虑、恐惧的心理情况,护理人员就应对其做好术前宣教,使患者及家属了解该项检查的目的与方法,尤其是告知患者 HSG 不仅能发现输卵管病变,同时对输卵管通而不畅、阻塞等病变还具有治疗作用,这样就会给患者带来最大的希望,使其放松心情更好的配合检查,造影前应详细了解病人的婚育史,手术史,要保证造影时间在月经结束后的 3~7 d 内,术前无性生活史,无妇科炎症及急性感染性疾病。并让患者签知情同意书,碘过敏试验阳性者劝其使用非离子型水溶性造影剂,术前要予患者肌注 654-21 mg、氟美松 5 mg,预防输卵管痉挛及由此引起的假阳性发生,同时降低

作者单位:1 唐山市妇幼保健院,河北 唐山 063000;2 唐山市工人医院

作者简介:戚健(1978-),女,主管护师,从事介入护理工作。

[4] Lineaw caver w çbre F, Mancuso A, et al. Calcified Parathyroid glands detected by computed tomography [J]. J computed Tomogr, 1984, 8: 975-977.

[5] 周康荣. 胸部颈面部 CT[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1996: 271.

[6] 邓开红, 侯昌林, 伍定平, 等. 甲状旁腺腺瘤 CT 诊断[J], 实用放射学杂志 2000, 16(6): 536-538.

[7] 蔡伟耀. 甲状旁腺瘤的影像学定位[J]. 中华外科杂志, 1995, 33(5): 307-309.