

- (STICH):arandomisedtrial[J]. Lancet,2005,365(9 457):387-397.
- [4] 夏国道,姚建仕,包平,等. 高血压脑出血的临床特点和疗效分析[J]. 中华神经外科杂志,2003,19(3):231-232.
- [5] 李斌,谭卫,黄斌,等. 超早期标准大骨瓣开颅减压术治疗IV~V级高血压脑出血疗效观察[J]. 山东医药,2010,50(15):74-75.
- [6] 张延庆,颜世清,伦学庆,等. 重症高血压脑出血超早期手术治疗[J]. 中华神经外科杂志,1998,14(4):237-239.
- [7] 郑兆聪,赵琳,陈宏颖,等. 高血压脑出血的个体化微窗治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(6):275-276.
- [8] 潘建华. 超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血21例临床分析[J]. 河北医学,2005,11(10):789-791.
- [9] 吴全理,汤华,邓峰. 超早期微创穿刺引流术治疗高血压脑出血[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(1):9-11.

(收稿日期:2010-08-10 修回日期:2010-09-18)

胎儿淋巴水囊瘤的超声诊断价值

李斐 陈国新

(广西玉林市第二人民医院功能科,玉林市 537000)

【摘要】 目的 探讨超声诊断胎儿颈部淋巴水囊瘤(NCH)的临床价值。方法 对42 412例孕16~39周孕妇行超声检查。结果 检出NCH 10例,瘤体最小10 mm×8 mm×5 mm,最大125 mm×86 mm×130 mm;位于颈部7例,背部1例,上肢1例,头部、颈部及胸部连片1例;并发胸腔积液2例,腹腔积液1例,皮下水肿1例,羊水过少2例。结论 孕早期超声探查可诊断胎儿颈部淋巴水囊瘤。

【关键词】 超声诊断;淋巴水囊瘤;胎儿

【中图分类号】 R 445.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 0253-4304(2010)11-1367-02

胎儿颈部淋巴水囊瘤(cystic hygroma of the neck, NCH)是一种以胎儿颈部周围一个或多个囊壁或厚或薄的液性包块为主要表现的水肿性胎儿畸形,是胎儿淋巴系统发育异常,淋巴回流障碍引起。NCH较为罕见,仅占胎儿异常的2%~3%^[1]。超声检查是产前诊断最有效方法之一。本文回顾性分析10例NCH超声声像图特征,探讨超声诊断NCH的临床价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2004年3月至2010年3月在我院超声科进行产前常规检查的孕妇42 412例,年龄24~40岁,平均25.4岁。孕周16~39周,平均25周。

1.2 检查方法 采用AlokaSSD-3500及日立BUN-6500型彩色超声诊断仪,探头频率为3.5 MHz。孕妇仰卧位或侧卧位,按常规对胎儿进行检查,测量双顶径、肱骨长、股骨长等各项生理指标。重点观察胎儿头部、颈部、腹部脏器、躯干、四肢软组织生长发育情况。如发现颈部异常则反复、多切面扫查,观察液性包块的位置、大小、形态、边界、内部回声,胸腔腹腔及心包腔有无积液,胎儿畸形等情况,测量并记录,采图等。

2 结果

42 412例孕妇共检出NCH 10例,检出率0.24%,NCH 10例孕妇中7例为初产妇,其中3例为初次妊娠,4例有人工流产史,经产妇3例。早孕期有先兆流产及安胎病史4例。瘤体最小10 mm×8 mm×5 mm,最大125 mm×86 mm×130 mm。位于颈部7例,背部1例,上肢1例,头部、颈部及胸部连片1例。见表1。并发胸腔积液2例,腹腔积液1例,皮下水肿1例,皮下水肿呈一层无回声区或低回声区包绕,羊水过少2例。

超声声像图特征:胎儿颈部周围一个或多个液性包块,形态不规则,壁光滑或厚或薄,8例囊肿内部可见分隔光带,光带或厚或薄、光滑,光带少则3~4条,多则内部可见蜂窝状或放射状(见图2、图3);2例囊肿内部无分隔光带。位于肢体可呈蜂窝状。彩色多普勒在囊肿内不能探及彩色血流信号。暗区在胎儿的皮下组织层向外扩展,如胎儿被一层较宽的低回声“茧状物”。10例中有1例在孕12周时超声检查发现颈部透明隔增厚,孕16周时复查发现颈部淋巴水囊瘤。以上病例均于产后经病理诊断为淋巴水囊瘤。



图1 孕39周产后新生儿,颈、肩、胸等部位可见多个大小不等肿块



图2 孕16周胎儿颈部环绕着囊肿超声声像图

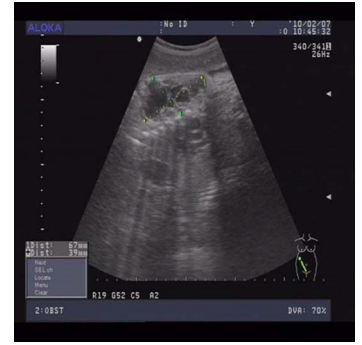


图3 孕39周胎儿颈、肩、胸部被囊肿包裹,胎儿纵断面超声声像图

3 讨论

NCH 是较为罕见的疾病,发病率约 1/6 000^[2], 本文检出率约 0.24%,略高于上述文献统计结果,可能与我科对该疾病重视及超声仪分辨率不断提高有关。在胎儿生长发育过程中,孕 10 周左右淋巴系统开始渐渐发育,由分散的原始淋巴延伸、分支形成淋巴管,至孕 14 周左右淋巴管发育完全,并与颈动脉窦相通。在颈部淋巴管与颈动脉窦相通之前,相当于孕 12~14 周,可有少量淋巴液淤积在颈部皮肤下,出现暂时的回流障碍,形成暂时性的颈部皮肤与其下方结缔组织之间的颈部透明隔增厚,一般在孕 14 周后消失^[3]。由于颈部淋巴管、颈动脉窦发育不良等种种原因,使之交通延迟或阻塞,较多淋巴液淤积在颈部皮肤之下,出现淋巴回流障碍,可使透明层进一步增厚,严重者导致淋巴管扩张而形成 NCH,更甚则继发周围组织水肿、全身水肿。本文有 1 例孕 12 周时超声发现颈部透明隔增厚,至孕 16 周时复查超声诊断为 NCH。如果侧支循环建立,淋巴液回流通畅,轻度扩张的淋巴管可以渐渐缓解以至消失。Hyett 等^[4] 报告有 NCH 的胎儿最常伴有心脏畸形。由此推测淋巴水囊瘤的发生可能与心功能障碍有关。当心功能障碍时,静脉血液回流障碍而淤积在静脉之中,引起颈部静脉压升高,当颈静脉压高于颈部淋巴管内压力时,淋巴液不能流入颈静脉,而淤积在颈部淋巴管内,渐渐形成了淋巴水囊瘤。Vaknin 等^[5] 研究发现,淋巴水囊瘤是胎儿染色体异常或先天性畸形的早期表现之一,73% 淋巴水囊瘤伴有异常染色体核型,其中 Turner 综合征、21 三体综合征、18 三体综合征、13 三体综合征等较多。孕 9 周经阴道超声检查可以做出初步诊断。

3.1 NCH 的超声诊断 NCH 最常于颈部,约占 95%,肩部、胸背部、肢体、大网膜、肠系膜、纵隔等约

占 5%^[6,7]。本组 10 例,发生于颈部 8 例。NCH 根据囊肿内部有无分隔分为有分隔型和无分隔型两种^[8]。超声声像图特征:胎儿颈部环绕一囊肿,大小不一,有圆形、椭圆形或不规则,壁光滑或厚或薄,囊内液体回声均匀,透声好;多数囊肿内部可见光带分隔,呈多房性(如图 2、图 3),少数无分隔;位于肢体多数呈多房性。彩色多普勒在囊肿内不能探及彩色血流信号。暗区在胎儿的皮下组织层向外扩展,如胎儿被一层较宽的低回声“茧状物”。常常伴有胸腔积液、腹腔积液等。有分隔淋巴水囊瘤伴胎儿水肿者预后较差,病死率高达 80%~90%^[9]。无分隔型常常位于颈部左右侧,体积多数较小,多数不伴其他畸形,如果染色体核型无异常,预后较好,但淋巴水囊瘤常常合并染色体异常,全身水肿及心血管畸形。

3.2 鉴别诊断 NCH 要与颅骨缺失伴脑脊膜膨出、高位脊柱裂、颈部囊性畸胎、血管瘤、胎盘或脐带囊肿等鉴别。(1) 颅骨缺失伴脑脊膜膨出: NCH 脊柱完整,椎体排列整齐,无脊柱裂或缺失。颅骨缺失伴脑脊膜膨出者超声可见胎儿颅骨高回声环连续中断,局部向外突出囊性或实性包块,囊内为液性暗区则为脑膜膨出,实性则为脑膜脑膨出,包块常常表现为较小的、规则的无分隔囊肿,且常伴有羊水过多及合并其他畸形,头部常常被压变形。(2) 高位脊柱裂脊膜膨出: 超声见胎儿枕颈部脊柱连续中断,横切呈“V”或“U”开裂,局部皮肤、皮下软组织常有缺失,皮肤连续中断,局部可见大小不等、边界清楚、壁薄、囊性膨出包块,常常随胎动而在羊水中飘动。(3) 血管瘤: 位于肢体的 NCH 呈蜂窝状,彩色多普勒超声在囊肿内一般不能探及彩色血流信号。血管瘤表现为局部皮肤变厚,皮下可见网状低回声肿块,以实质成分居多,部分表现为囊实性混合型包块,彩色多普勒超声在肿块内部可探及彩色血流信号。血管瘤在胎儿期极少见。(4) 颈部畸胎瘤: 常常为混合性或实性不均匀包

块,内部可见实质性和液性回声,常常以实质性为主,少量液性,回声不均匀,可见强回声团、棒状骨骼样回声,彩色多普勒超声在包块内部探及丰富彩色血流信号。(5) 胎盘、脐带囊肿:淋巴水囊瘤位置固定,不随胎动而与胎体分离,而胎盘囊肿或脐带囊肿随胎儿体位改变而与胎体分离,常常不伴胎儿水肿。

以往对 NCH 认识不足,产前超声诊断常常漏诊或误诊,多于胎儿娩出后或引产后才得以诊断。随着超声诊断仪的分辨率不断提高,而且该病也有超声特征性表现,NCH 的产前诊断率不断提高。部分孕妇于孕 12~14 周,超声即可见胎儿颈部透明隔增厚,因此对孕 12~14 周孕妇,超声检查如果发现胎儿的透明隔增厚,应定期复查,以便早期诊断。或者抽取羊水进行检查染色体,也可早期诊断。早诊断、早处理,对于优生优育具有重要的意义。

参 考 文 献

- [1] 吴钟瑜.实用妇科超声医学诊断学[M].修订版.天津:科技翻译出版社公司出版,1995:255.
[2] 詹姆斯,主编(James DK).高危妊娠:处置的选择[M].第2版.北京:科学出版社 2001:506-507.

- [3] 周永昌,郭万学.超声医学[M].第5版.北京:科技文献出版社,2006:977-978.
[4] Hyett J,Sonek J,Nicolaides K. Nuchal translucency and the risk of congenital heart disease[J]. Obstet Gynecol,2007,109(6):1455-1456.
[5] Vaknim Z,Reish O,Ben-Ami I,et al. Prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities: the 8-year experience of a single medical center[J]. Fetal Diagn Ther,2008,23(1):76-81.
[6] Goldsteira I,Leibovitz Z,Noi-Nizri M. Prenatal diagnosis of fetal chest lymphangioma[J]. J Ultrasound Med,2006,25(11):1437-1440.
[7] Teixeira L,Castro M,Leite J,et al. Mesenteric cystic lymphangioma[J]. Prenat Diagn,2007,27(5):479-480.
[8] Graesslin O,Derniaux E,Alanio E,et al. Characteristics and outcome of fetal cystic hygroma diagnosed in the first trimester[J]. Acta Obstet Gynecol Scand,2007,86(12):1442-1446.
[9] 胡序红,肖秋金,王珍丽.胎儿颈部水囊状淋巴瘤伴胸腔积液1例[J].现代诊断与治疗,2006,17(3):184.

(收稿日期:2010-08-10 修回日期:2010-09-14)

围术期治疗对慢性鼻窦炎鼻内镜手术出血量的影响

张彩萍

(广西医科大学第九附属医院暨北海市人民医院耳鼻喉科,北海市 536000)

【摘要】 目的 探讨减少慢性鼻窦炎患者鼻内镜术中出血的方法。方法 132例双侧慢性鼻窦炎患者,按入院单双号随机分为治疗组66例,对照组66例。治疗组术前给予有效抗生素及糖皮质激素全身应用,并给予鼻腔冲洗、喷药等治疗,对照组仅用常规治疗,观察两组患者术中出血量。结果 治疗组术中出血量明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 术前综合治疗可有效减少鼻内镜术中出血量。

【关键词】 鼻窦炎;鼻内镜手术;出血量;围术期

【中图分类号】 R 765.41 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2010)11-1369-03

鼻内镜手术是利用高分辨、可变换视角的内镜开展鼻窦手术,达到治愈病变、防止复发的目的,成为常规鼻、鼻窦手术的补充,使慢性鼻窦炎治愈率显著提高^[1],但术中出血是内窥镜鼻窦手术中最常见且比较棘手的问题,出血干扰术野、污染镜面、使解剖结构辨认困难、微细部位的处理难度加大,手术时间延长,并发症发生率增加,甚至使医生临时改变术式,而影响慢性鼻窦炎、鼻窦肉的疗效。因此,术中出血问题对整个手术成败至关重要,减少术中出血量可提高疗效^[2]。我们对双侧慢性鼻窦炎患者行功能性鼻内镜

手术治疗,观察术前进行综合治疗对术中出血量的影响,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择132例慢性鼻窦炎患者,按入院单双号随机分为治疗组和对照组。治疗组66例,男38例,女28例;年龄16~72岁,平均35.7岁;病程0.5~40年,平均6.2年。按1997年海口标准^[3]分期,Ⅰ型1期3例,2期12例,3期4例;Ⅱ型1期6例,2期26例,3期12例;Ⅲ型3例。伴严重鼻