

胃肠机图像清晰,并可通过局部放大等后处理技术,有利于细微结构的显示。环形充缺的花边,是肿瘤生长不均衡所致;壁僵硬是肿瘤侵及肌层的信号,这两种征象出现相对较晚,况且这时病灶本身亦较大,易引导局部重点观察,所以普通胃肠机与数字胃肠机均易显示。我们通过上述征象的显示分析,结合临床资料进行食管隆起性病变的定性诊断。A 组 31 例定性诊断符合者 29 例占 93.5%。B 组 25 例定性诊断符合者 22 例占 88%。B 组误诊 3 例, A 组误诊 2 例, 1 例为小隆起性食管癌,因病灶表面显示光滑而诊断为良性病变可能性大。可见数字胃肠机在显示细微结构方面尚有一定限度。另 1 例,良性息肉样腺瘤因见环形充缺的花边而诊断为息肉恶变可能。这说明,环形充缺的花边征不仅仅是恶性病变的征象,良性病变也可出现。这

表明数字胃肠机的应用,虽然使我们对食管隆起性病变的定性诊断准确率有很大提高,但是亦有一定限度,因此我们的诊断应结合临床、活检、拉网细胞学检查等综合分析。

参考文献

- 1 Kamm KF. The quality of digital X-ray images [J]. Diagnostic Image Asia Radiology, 1995, 16.
- 2 孙玉芝, 张金山, 时惠平, 等. 应用数字化成像和激光照像胃肠双对比造影的初步评价 [J]. 中华放射学杂志, 1996, 11: 745.
- 3 刘贤富. 数字化成像 X 线机在胃肠道造影检查中的作用 [J]. 放射学实践, 1999, (3): 214.
- 4 贺建元. 早期食管癌的双对比造影诊断(附 66 例分析) [J]. 中华放射学杂志, 1994, (4): 278.
- 5 尚克中, 陈九如. 胃肠道造影原理与诊断 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1995. 5.

(1999-10-20 收稿)

• 短篇报道 •

乳突巨大迷走气房至枕骨伴环椎气化 1 例

彭文明 林继承 黄博

【中图分类号】R816.1 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2000)04-0250-01

患者,男,40 岁。枕部肿物数年,近 2 年来,枕部肿物增大,压之易退。

体检 后枕部可触及拇指头大小肿物,呈囊性感,压之消退。

X 线平片 头颅侧位片示枕骨有大片无骨结构之透亮区,与乳突气房连成一片,枕骨内、外板变薄。汤氏位片示枕骨后下部见大片透亮区,与左侧乳突气房相连成片,且与乳突气房密度一致。

CT 检查 头部 CT 平扫,左侧颞骨鳞部、颞突、乳突及岩锥见过度气化。气化扩展至同侧枕骨中下部并越过中线,在中线处形成 2cm×3cm 骨缺损,气体溢于皮下(图 1)。向下延伸至枕骨大孔周围。环椎左侧侧块,前弓亦见气房(图 2)。上述低密度影 CT 值为 -786~964.7HU。

穿刺诊断 抽出大量气体,未见组织细胞。

讨论 乳突巨大迷走气房罕见。国内近 5 年文献仅报道 1 例^[1],为右枕骨气化,且为儿童。本例不仅左侧枕骨气化,而且气化越过中线,造成枕骨骨质缺损,气体溢于皮下,形成气性肿块。另外同时罕见伴环椎气化。该患者尽管枕骨气化伴骨质缺损,除发现局部肿物外,无任何其他不适,不影响其工作与生活。

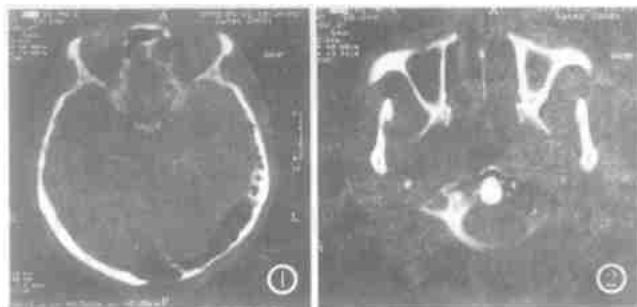


图 1 头部 CT 平扫,骨窗示左颞骨、枕骨气化,并越过中线累及枕骨右侧。在中线处见局部骨缺损,气体经该处溢于皮下,形成含气肿块。图 2 颈部 CT 轴位平扫,示环椎左侧侧块及前弓亦有气化。

平片诊断本病有一定困难,局部低密度无骨结构区的骨质破坏区,需与骨肿瘤鉴别。但低密度区与过度气化的乳突气房相连,应想到发育变异,应进一步行 CT 检查。CT 可显示病变的大小、范围、性质、以及与乳突的关系等。

参考文献

- 1 王国华,程楷,姜立发,等. CT 诊断乳突巨大迷走气房 1 例 [J]. 中华放射学杂志, 1997, 31: 352.

(2000-02-17 收稿)

作者单位: 432300 湖北省汉川市人民医院放射科(彭文明,林继承); 汉山市妇幼保健院放射科(黄博)
作者简介: 彭文明(1956~),男,湖北人,主治医师,主要从事肝癌的 CT 诊断以及平片对金葡性肺炎的诊断价值研究。