

位,如腕部、髌部、颅面部和椎体。三维 CT 是 CT 的必要补充,特别是显示上、下连续关系方面,如椎管的旋转、切割技术,腕骨周围关系的显示是其它检查不能代替的。

3. 三种检查具有互补性。如颅底、颜面骨、脊柱等处,某一种检查方法很难全部显示所有的骨折及脱位,而必须用多种检查方法来相互补充,使诊断准确完善。

参考文献

- 1 徐凯,郭庆林. 脊椎创伤的三维 CT 诊断. 中华放射学杂志, 1992,26:448.
- 2 张沉石,刘光华,李怀波. 螺旋 CT 扫描三维重建在颌骨病变的应用. 临床放射学杂志, 1994,13:335.
- 3 纪盛章,赵亚伟. 颅内病变的三维 CT 研究. 中华放射学杂志, 1995,29:129.

(1998-05-02 收稿)

读片窗

田芳 周燕发

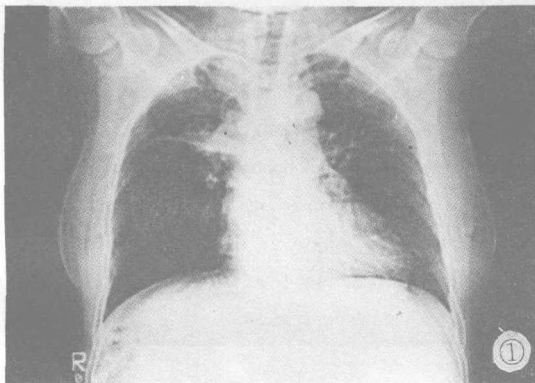


图1 胸部正位片:右上肺门旁见一肿块影,大小约 3.0cm×3.5cm,周围见条索影。

图2 胸部 CT 增强扫描(纵隔窗):右上肺前段结节影,密度均匀,CT 值 45.7HU,周边略强化。

患者,女,50岁,农民。1月前劳动时扭伤腰部,在当地医院拍片发现右上肺肿块。起病后稍感乏力,不伴咳嗽、咳痰、胸痛等不适。未行治疗,即来我院。1970年曾患“肺结核”,抗痨治疗后痊愈。体检: T37.2℃ P 84bpm R 24bpm Bp 16/10Kpa 一般情况好,胸廓对称,无畸形。心、肺听诊无异常。辅助检查:血常规、心电图、肺通气功能、腹部 B 超均正常范围。

(图1)。余肺无异常。诊断:右上肺肿瘤或结核瘤。

胸部 CT 增强片:右上肺病灶薄层 CT 扫描见右上肺前段结节影,密度均匀,轻度分叶,CT 值 45.7HU,大小 2.5cm×2cm(图2)。结节周围见泡性肺气肿。诊断:右上肺前段周围性肿瘤性结节。

请你仔细阅读分析平片、CT 片,除以上考虑肺肿瘤外,还有无其它疾病可能。

(答案见 117 页)

途径^[24]。本组病例采用丝线微粒栓塞病变支气管动脉,止血迅速,控制急性发作的大咯血效果显著,可以迅速改善患者的一般情况。同时,随访结果说明本法可以达到长期控制出血的目的。

3.2 栓塞材料的选择与操作

目前栓塞材料很多。丝线价廉,取材容易,操作时剪切方便,栓塞后不被吸收,是一种较好的永久性栓塞材料,剪成粉末状微粒用作支气管动脉末梢栓塞,效果很好。栓塞操作时,导管头应尽量接近病变部位,如支气管动脉与肋间动脉共干,应设法越过分支处,推注栓塞物时,在电视监视下进行,压力不宜高,速度宜慢,以防返流。

3.3 影响疗效的因素

7例大咯血即时止血效果满意。但近期仍

有少数病例复发。我们分析与以下因素有关:

①栓塞量不足,只栓了部分病变血管。②栓塞技术操作不当,丝线颗粒过粗,只栓了支气管动脉较大分支,末梢栓塞不彻底,容易形成侧支供血。③血供较复杂的病灶或新的出血灶,单纯栓塞支气管动脉效果有限,还应寻找其它体循环的血供来源。探讨多种安全有效的栓塞途径,改进栓塞的操作技术,以提高治疗效果。

参考文献

- 1 李麟荪主编. 临床介入治疗学. 江苏科技出版社, 1994, 309-312.
- 2 陈文娟. 支气管动脉栓塞治疗危重大咯血2例. 中国危重病急救医学, 1997, 9(2): 115-116.
- 3 鲁子燕. 选择性支气管动脉栓塞术治疗大咯血. 实用医学杂志, 1996, 12(6): 367-368.
- 4 吴雄. 重复支气管动脉栓塞治疗大咯血疗效研究. 中国实用内科杂志, 1996, 16(11): 682-683.

《读片窗》答案(上接 129 页)——

诊治经过:患者因诊断为右上肺肿瘤,临床拟手术治疗

手术所见:患者于全麻下行开胸术,见右上肺与胸壁大量条索状粘连。肿块位于右上肺根部、上叶支气管与中间段支气管之间,一侧壁与中间段支气管紧密粘连。肿块大小3.0cm×3.5cm,囊性。切开囊肿,内为暗褐色粘液。消毒试水明确囊肿与支气管不通。近囊肿壁根部切断,间断缝合囊壁,行右上叶切除。

病理报告:(右上叶)先天性支气管型肺囊肿(Congenital pulmonary cyst, brochogenic type)。

讨论:先天性肺囊肿是肺部支气管组织在分支化过程中发育障碍所引起。胚胎时期,由原肠发出肺芽,胎生芽4星期开始分叶,左侧二叶、右侧三叶,各叶继续分叉,发展成为各叶的支气管肺段。若有一部分肺芽和支气管脱离,则可形成肺囊肿。肺芽开始是索状组织,以后中空为管状,如有发育障碍,则其远端的原始支气管组织逐渐形成盲囊,其内部分泌的粘液不能排出,更使该部膨胀,形成以支气管组织为壁,内容为粘液的肺囊肿。囊肿如未和支气管相通,称液囊肿或闭合囊肿。

临床症状取决于囊肿大小,有无合并感染。单纯

肺囊肿,在无继发感染时,常无任何症状,而是在胸部X线检查中发现,有时甚至只是在死后尸检时偶然发现。较大肺囊肿可压迫周围肺组织,引起胸痛、咳嗽和不同程度的呼吸困难。

影像特征:Maier将支气管型肺囊肿分为五型:气管旁型、隆突下型、肺门型、食管旁型及其它部位型。其好发于大支气管分叉附近,大小可随身体发育稍见增大。平片为自纵隔向肺野突出,与纵隔交角呈钝角的孤立圆形或卵圆形致密阴影,边缘光滑锐利,密度均匀,周围肺组织清晰,邻近胸膜无改变。透视检查可见囊肿在不同的呼吸相其状态有所改变。CT可见气管、大支气管附近的囊状圆形或卵圆形病灶,密度均匀一致,一般无分叶。有时见附着于气管或主支气管的一侧略为受压而平直。CT检查对囊肿应有其独特的诊断价值,然而本例平片给人印象为肺肿瘤,CT片见病灶密度较高(CT值45.7HU),且略分叶,因而误诊为肺肿瘤,而忽略了另一些CT征象,如:①该病变密度均匀,比胸壁肌肉密度要低;②其周边轻微强化;③病灶周缘轮廓光滑、无毛刺等。通过读片,我们认为:既要看到平片与CT片上肿块内在结构特征,还要观察结块周边现象,结合临床资料进行综合分析,从而完善和接近于正确诊断,提出还需要进一步作何其它检查等。