

介绍一种驼背患者颅脑 CT 轴扫的体位摆法

袁立华

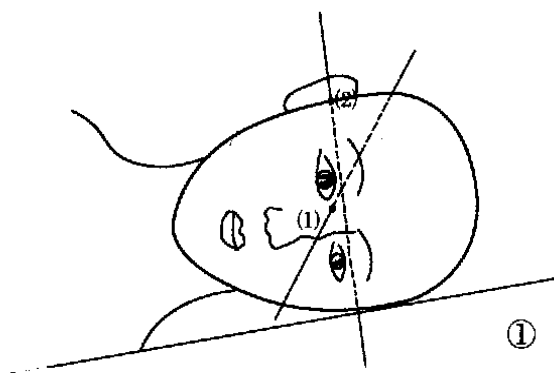


图 1 颅脑 CT 轴扫的体位摆法。(1)瞳间线中点 (2)外耳道

作者单位: 271100 山东, 莱芜市人民医院 CT 室

在日常的 CT 扫描工作中, 颅脑 CT 占很大比例, 现在经常用的扫描基线为听眦线, 但对于驼背患者来讲, 躺平后下颌骨明显上扬, 倾斜扫描架至极限后, 仍难以达到以听眦线为基准的要求。我们先后采用过垫高臀部及俯卧位等方法来弥补, 效果均不理想, 这二种方法均存在体位不稳的缺点。

经过多次实践与比较, 我们找到了一个简便易行的方法, 即摒弃传统的头颅扫描架, 让患者侧卧于扫描床上, 头部下面垫 1 个枕头, 调整患者头部姿势, 让 2 条定位线中心分别定位于患者的外耳孔及瞳间线中点。须注意的一点是, 扫描时须将毫安量相应提升一档, 这样即可取得令人满意的标准层面图像。

(2000-01-24 收稿)

上期有奖图片读解答案——

诊治经过 4 年前因高热, 浮肿, 血尿在外院以“肾炎”入院治疗, 发现腹部包块, 无疼痛不适, 行 B 超示“左肾上极包块”。“肾炎”痊愈出院后, 另一医院 CT 示“左肾上极包块, 肾母细胞瘤可能性大”。因无瘤状, 几年来未予以就诊。此次因腹部包块增大, 以“腹部包块性质待查”收入院, 临床拟诊腹膜后畸胎瘤行手术治疗。

手术所见: 左上腹跨中线约有 $20\text{cm} \times 18\text{cm} \times 12\text{cm}$ 大小包块, 固定, 表面沿光滑, 有囊性感与实质性混合瘤, 上界达膈肌及脾脏, 右侧过中线约 5cm, 下极达脐, 外侧达腋前线。肿瘤与结肠系膜紧密粘连, 在肿瘤表面穿刺吸干净其内紫褐色积液约 100~150ml, 膈面上有骨头样组织与膈肌粘连。肿瘤与左肾粘连并侵犯肾蒂血管。肿瘤与腹主动脉未粘连。

病理诊断: (腹膜后) 内胚窦瘤伴钙化并侵犯肾组织。

讨论 腹膜后肿瘤可压迫推移邻近结构, 位置一般较高, 并且相当固定, 根据这一征象可以将肿瘤定位在腹膜后。腹膜后肿瘤有良性和恶性两大类, 以恶性多见, 约占 80%。良性肿瘤包括脂肪瘤、平滑肌瘤、畸胎瘤、异位嗜铬细胞瘤、神经源性肿瘤(神经纤维瘤、神经鞘瘤、神经节细胞瘤)、血管瘤及淋巴管瘤等。恶性肿瘤有脂肪肉瘤、平滑肌肉瘤、纤维组织细胞肉瘤、恶性畸胎瘤、内胚窦瘤、纤维肉瘤、神经纤维肉瘤、神经母细胞肉瘤、横纹肌肉瘤和血管肉瘤等。

内胚窦瘤是一种生殖细胞源性肿瘤, 因和胚胎中卵黄囊的结构相似, 故又称卵黄囊瘤。多发生于卵巢及睾丸, 仅偶尔出现于腹膜后。纵隔、骶尾部及盆腔等处。多见于儿童及青年妇女, 介于 14 个月~45 岁, 平均 16.5~19 岁。在恶性生殖细胞肿瘤中占一半以上。单侧发生多见, 双侧者少于 10%。本瘤患者的临床症状约 2/3 有盆腔肿物和腹痛, 14%~50% 有腹水, 常为血性腹水, 偶见肿瘤扭转、破裂、广泛出血。病理大体现为直径 5~35cm (多超过 10cm), 表面光滑有包膜, 灰白或淡棕色, 呈实性或囊性感, 偶有结节, 有时呈分叶状与周围脏器粘连, 术时半数已有转移。切面常呈粘液样或胶样, 常有蜂窝状微囊、小囊及出血灶, 坏死可以很明显。镜下具诊断性的特征性结构为典型的 Schiller-Duval (S-D) 小体、网状结构、腺样结构、多泡性卵黄囊样结构和玻璃样小滴。

本瘤高度恶性, 生长迅速, 可很早沿淋巴管播散, 首先侵犯盆腔腹腔内的邻近器官或扩散到主动脉旁淋巴结, 然后沿纵隔转移到锁骨上淋巴结, 而后到肺、脑等处。本病死亡率甚高, 70% 在 6 个月内死亡, 平均存活 4.5~5.5 个月。近年来发现本瘤患者的血清甲胎蛋白 (AFP) 水平升高, 切除肿瘤或化疗后则迅速下降或恢复至正常值, 转移、复发时又升高, 因此测定 AFP 具有早期诊断, 术后监护, 选择治疗药物以及随访是否复发等临床价值。

腹膜后肿瘤虽无绝对对称性, 但亦有一些可资鉴别处。根据 CT 值为 38Hu, 可排除脂肪瘤、脂肪肉瘤, 淋巴瘤密度为脂肪或水样密度故亦可除外。病史无高血压可排除异位嗜铬细胞瘤, 肿块不呈血管样显著强化, 可排除血管瘤、血管肉瘤。平滑肉瘤、平滑肌瘤、平滑肌肉瘤和横纹肌肉瘤一般不出现钙化, 故不予考虑, 神经源性肿瘤位置偏向于中线沿脊柱两侧, 密度均匀, 与本例不同。

本例术前 CT 诊断考虑为 ①畸胎瘤, ②神经母细胞瘤, ③肾母细胞瘤。一般而言畸胎瘤的脂肪成份较多, CT 值不会到 38Hu, 且畸胎瘤内多可见牙齿影和骨化影。肾母细胞瘤常见于 1~5 岁儿童, 约 25% 发生在 1 岁以内, 6 岁以上不到 5%, 出现钙化极罕见, 病程亦少有长达 4 年者, 且多为实质性, 不超过中线, 临床表现上 50% 有低烧且常伴高血压, 血尿发生不到 2%。

本病例年龄为 10 岁 (发病时已有 6 岁), 且伴有高热、血尿, 与肾母细胞瘤不相吻合。神经母细胞瘤是小儿最常见的颅外实性恶性肿瘤, 80% 发生于 3 岁以下, 2/3 发生于肾上腺髓质, 亦可发生于腹部, 胸部极少见, 临床上常因无痛性腹部包块来就诊, 尿 VMA 增高, 与内胚窦瘤的 AFP 显著上升不同而相区别。正确诊断本病在于要全面仔细综合分析 CT 表现、临床表现 (含年龄)、生化检查, 至少在诊断时应想到此病的可能。