

# 肺段解剖定位对纵隔肿瘤诊断的价值

胡礼冲

**【摘要】** 目的: 讨论肺段解剖定位对纵隔肿瘤的诊断价值; **材料与方法:** 通过对21例经手术病理证实的纵隔肿瘤与肺叶肺段的关系, 分析肺段定位方法对纵隔肿瘤的诊断并与传统鉴别方法相比较; **结果:** 对符合肺段解剖定位条件的16例纵隔肿瘤用肺段定位方法均正确诊断, **结论:** 肺段解剖定位对纵隔肿瘤的诊断有一定价值。

**【关键词】** 纵隔肿瘤 胸正侧位片 肺段

**【中图分类号】** R730.44, R734.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1000-0313(2000)04-0302-02

纵隔肿瘤是临床较常见的肿瘤之一, 在X线诊断上常需与肺内肿瘤相鉴别, 可有多种鉴别方法, 如根据肿瘤的位置、肿瘤的形态、肿瘤的轮廓、肿瘤的密度、肿瘤与周围器官的关系等<sup>[1]</sup>进行透视观察、断层摄片、食管吞钡检查、CT检查、血管造影等来鉴别肺内与纵隔肿瘤。笔者在工作中发现利用肺段在胸正、侧位片上的定位表现来鉴别肺内与纵隔肿瘤有一定价值, 并作一分析。

## 一般资料

回顾分析我院经手术病理证实的纵隔肿瘤21例, 其中前纵隔肿瘤7例、中纵隔肿瘤11例、后纵隔肿瘤3例, 均摄有胸正侧位片, 8例作了断层检查, 5例作了CT检查, 先单独分析病变在胸正侧位片上X线定位表现来作出诊断, 再根据其它检查结果作出诊断, 比较其诊断价值。

**病例1:** 男, 34岁, 因反复右侧胸痛3月加重2d, 伴咳嗽, 少痰来就诊。胸正位片, 右心缘旁见一类圆形密度增高影, 密度均匀, 略呈分叶状, 相当于右肺中叶内侧段位置。侧位片: 病变位置偏前, 似跨于上叶前段和中叶外侧段位置与正位位置不符(即与肺段定位不符), 诊断: 右前纵隔占位性病变。手术病理证实恶性胸腺瘤(图1、2)。

**病例2:** 男, 37岁, 因低热、咳嗽、无痰10余天来院就诊, X线检查: 胸正位片: 左肺门旁见一类圆形阴影, 略有分叶, 密度均匀, 相当于左肺下叶背段位置。侧位片: 病变位于肺门区与肺门重迭, 并不位于下叶背段位置。诊断: 中纵隔肿瘤。手术病理证实, 淋巴瘤肉瘤(图3、4)。

**病例3:** 女, 31岁, 体检发现胸正位片上左上肺野见大片状密度均匀一致性阴影, 下缘整齐呈弧形, 并略向上凹, 阴影外缘见少许肺组织影, 相当于左肺上叶位置, 侧位片: 病变呈椭圆形与脊柱重迭, 气管后壁受压, 与正位位置不符。诊断: 后纵隔肿瘤。手术病理证实, 后纵隔神经纤维瘤(图5、6)。

## 结果

在21例病例中, 前纵隔肿瘤7例, 病变在正侧位X线片上与肺段定位不相符者5例, 依据肺段解剖定位方法均正确诊断, 7例中, 依据其它综合方法正确诊断6例, 其中误诊1例为病变与肺段不相符者。

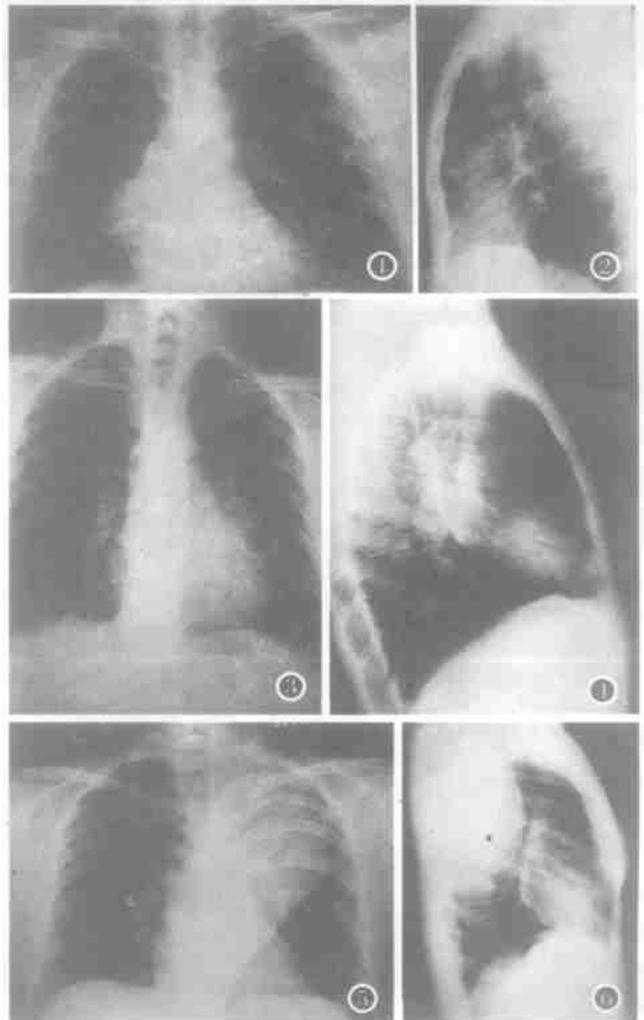


图1 右心缘旁类圆形密度增高影, 密度均匀, 略呈分叶状, 相当于右肺中叶内侧段位置。图2 与图1同一病人, 病变位置偏前, 与正位不符。图3 左肺门旁见一类圆形阴影, 略有分叶, 密度均匀, 相当于左肺下叶背段位置。图4 与图3同一病人, 病变位于肺门区与肺门重迭, 与正位不符。图5 左上肺野大片状密度均匀一致性阴影, 下缘整齐呈弧形, 并略向上凹, 相当于左肺上叶位置。图6 与图5同一病人, 病变呈椭圆形与脊柱重迭, 与正位不符。

作者单位: 617023 四川省攀枝花市攀钢总医院放射科  
作者简介: 胡礼冲(1961~), 男, 湖北人, 主治医师, 主要从事胸腹部疾病的介入放射治疗工作。

中纵隔肿瘤 11 例, 病变在正侧位胸片上与肺段定位不相符者 9 例, 依据肺段解剖定位方法均正确诊断, 11 例中, 依据其它综合方法也均正确诊断。

后纵隔肿瘤 3 例, 病变在胸正、侧位胸片上与肺段解剖定位不相符者 2 例, 依据肺段解剖定位方法均正确诊断。3 例中, 根据其它综合方法正确诊断 2 例, 其误诊 1 例为肺尖区上纵隔肿瘤, 误认为肺内病变。

### 讨 论

在正常胸片上, 各肺叶、肺段都有一固定位置<sup>[2]</sup>, 肺内病变可根据其在正侧位胸片上的位置来判断是哪叶、哪段的病变, 提供定位诊断, 并对定性诊断提供参考, 而纵隔内的病变, 由于病变位于纵隔内、不占据肺叶肺段的位置, 故一般可用排除法排除肺内病变。若纵隔内病变向肺内浸润、突出生长者, 则可占据肺段位置, 而误认为肺内病变或不易区分是否为纵隔内或肺内病变, 本组 7 例前纵隔肿瘤病例中, 5 例不能用肺内哪段哪

叶病变来解释, 11 例中纵隔病变中, 9 例不能用肺内哪段、哪叶病变来解释, 故诊断为纵隔病变, 3 例后纵隔病变中, 2 例不能用肺内哪段哪叶病变解释, 均诊断为纵隔病变, 并经手术病理证实。21 例病例中有 16 例符合肺段解剖定位条件均正确诊断。有 5 例占据了肺叶、肺段位置, 无法用肺段定位方法诊断。21 例中, 用传统鉴别诊断方法误诊 2 例。如能用肺段定位方法分析可减少 1 例误诊。故依据肺段解剖定位方法来判断纵隔病变有一定价值, 如能据此作出诊断, 可减少病人检查项目, 缩短检查时间, 节约检查费用及早作出诊断, 若难以判断, 则综合传统鉴别诊断方法并可进一步做其它检查来确定病变位置及性质。

### 参考文献

- 1 上海第一医学院《X 线诊断学》编写组. X 线诊断学. 胸部[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 163-164.
- 2 上海第一医学院《X 线诊断学编写组》. X 线诊断学. 胸部[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1982. 18-21.

(2000-03-01 收稿)

## • 经验介绍 •

# 浅谈延长 CT 球管使用寿命

安连峰 杜东屏

【中图分类号】R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)04-0303-01

CT 球管是 CT 机中重要部件, 正确合理的使用可达到满意的扫描效果, 并可延长球管使用寿命, 为医院的经济效益带来很大影响。我们通过对本院 CT 扫描机的使用体会, 着重针对延长 CT 球管使用寿命的问题进行了一些摸索, 取得了一定效果。

1. 预热(扫描程序) 预热扫描是 CT 机停机超过 3h 以上所必须进行的程序扫描, 其目的是保证机器能执行正常的扫描工作, 延长球管使用寿命, 并保证良好的图像。

2. 正确选定扫描条件 根据检查要求不同适当选择既适合病人体型、部位的扫描条件, 又可在保证图像质量的基础上采用宜低不宜高的曝光条件, 最大限度的保护球管。

3. 适当使用程序扫描 程序扫描方式是 CT 机已设置的扫描条件, 其优越性是可按既定要求选择程序, 自动扫描, 达到完美的检查目的; 不足的是球管曝光的间歇时间缩短, 散热减少, 负荷积累, 缩短球管的使用寿命, 故适当的选用程序扫描可有效的保护球管。

4. 杜绝‘曝光中止’ 当球管准备就绪待曝光时, 其旋转阳极

已加速到 10000 转/min 的高速, 灯丝也加热到曝光所需的温度, 若不及时曝光而采用‘曝光中止’, 会造成球管的空耗, 造成浪费。

5. 合理安排病人 根据病人扫描要求不同, 可将费时扫描和短时扫描的病人、将常规扫描和高精度扫描的病人、将增强和无需增强的病人、将大曝光量和小曝光量扫描的病人适当调整分开, 以利球管能有间歇时间。

6. 环境条件的控制 要保证足够容量的空调以利球管散热, 要保证温度恒定, 保持室内清洁, 减少尘埃, 以利球管散热器通畅。

7. 密切观察电源及油压情况 每天使用时应观察冷却循环油压表情况, 若发现渗油、漏油及油压不稳时, 应立即停止使用。要密切观察电源情况, 电压不能超过额定电压的 ±15%。

8. 具备良好的维护习惯 形成良好的维护习惯, 是保证设备尤其是球管的重要因素, 对球管经常作预防性保养是延长 CT 球管使用寿命的具体措施。

以上几点较为简便实用, 既对图像质量及诊断无影响, 又可提高 CT 球管的使用寿命, 符合医院质量管理要求, 并最大限度的发挥设备作用。

(2000-01-25 收稿)

作者单位: 430079 湖北省肿瘤医院放射科

作者简介: 安连峰(1965~), 男, 河南人, 技师, 主要从事放射技术学工作。