

鼻息肉的临床与 CT 诊断

杜秀明 陈辉 尹志恒 董家瑞

【摘要】 目的:探讨鼻息肉临床与 CT 的关系,提高对鼻息肉 CT 影像的认识,合理使用 CT 检查。方法:41 例鼻息肉,分别行鼻窦 CT 冠状位(和)轴位薄层扫描,所有病例均经手术病理证实,其中误诊 2 例。结果:鼻息肉的临床表现与其大小、部位有关,CT 表现为软组织肿块,好发于窦口鼻道复合体区,易在鼻腔及鼻窦双向生长。结论:CT 对鼻息肉的诊断、判定病变范围有重要价值,是术前必不可少的检查手段。

【关键词】 鼻息肉 计算机体层成像

【中图分类号】 R814.42, R765.25 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2001)02-0112-03

Clinical and CT diagnosis of nasal polyp Du Xiuming, Chen Hui, Yin Zhiheng, et al. Department of Radiology, Tongji Hospital, Tongji Medical School, Huazhong Science and Technology University, Wuhan 430030

【Abstract】 **Objective:** To explore the relationship between the clinical and CT findings of nasal polyp to improve the knowledge of its CT findings and make rational use of CT scanning. **Methods:** 41 cases of nasal polyp proved surgically and pathologically, were performed CT scanning with coronal and axial thin section. Two of 41 cases were misdiagnosed by CT scans. **Results:** The clinical manifestation of nasal polyp was associated with its size and location. CT demonstrated nasal polyp as a soft tissue mass, which occurred frequently at ostiomeatal complex and was subject to grow in both directions in the nasal cavities and sinuses. **Conclusion:** CT scan is of important value in diagnosis of the nasal polyp and to assess the extent of the lesion, it is a necessary imaging modality before operation.

【Key words】 Nasal polyp Tomography, X-ray computed

鼻息肉是一种常见的鼻病,是由于鼻粘膜长期炎症反应引起的组织水肿的结果。CT 适于显示各类的正常和病理解剖,正确运用 CT 检查,结合临床,绝大多数鼻息肉术前均能作出正确的诊断,从而为手术前估计提供可靠的依据。

材料与方法

本文收集 1996~1998 年间经 CT 检查及手术病理证实的 41 例鼻息肉。男性 25 例,女性 16 例,年龄 16~68 岁,平均 41 岁。其中 2 例术前分别被误诊为上颌窦肿瘤(多为恶性)和血管纤维瘤。临床主要表现为鼻塞、多涕 39 例,头痛 38 例,鼻涕带血 1 例,耳鸣、听力减退 2 例,病程 6 个月~30 年。

使用 GE 9800 及以色列 Elscint 公司生产的 Twin 型 CT 扫描机,行冠状位扫描 36 例,轴位扫描 2 例,冠状位加轴位扫描 3 例。冠状位从外耳道前 2cm 向前扫描,层厚、间距 5mm;轴位扫描以上齿槽开始向上达额窦水平,层厚、间距 2~5mm,窗宽 300~350,窗位 30~40。

结果

本组鼻息肉患者男性多于女性,男女之比为 1.5:

1,以中年人居多。鼻息肉双侧多发者 21 例,占 51.2%;单侧 20 例,其中左侧 11 例,右侧 9 例。位于窦口鼻道复合体区 38 例,局限于上颌窦内的息肉 2 例,后鼻孔息肉 1 例。术后复发 3 例。鼻窦继发阻塞性炎症 39 例。6 例巨大鼻息肉,其中 1 例为出血坏死性息肉。

鼻息肉的 CT 表现:鼻息肉最多见于窦口鼻道复合体区,为粘液样密度至肌肉样密度,边缘隆凸。窦口鼻道复合体(包括中鼻甲、钩突、筛泡、半月裂、筛漏斗、额隐窝及额窦、前组筛窦和上颌窦的自然口)^[1]则有相应改变,其改变程度随息肉大小不同而异,本文 5 例较小鼻息肉仅表现为半月裂、筛漏斗的堵塞及继发鼻窦引流受阻,周围骨质无受累。另 35 例鼻息肉均有骨质的改变,如息肉周围骨质压迫变形,鼻甲、钩突的骨质吸收,窦口扩大等(图 1、2)。本组 6 例巨大鼻息肉,息肉充满鼻腔及一个或多个窦腔,鼻腔增宽,窦壁呈膨胀性改变或有骨硬化,上颌窦内侧壁、鼻甲骨质吸收,筛房间隔消失等(图 3)。局限于鼻窦内的息肉较少,本文 2 例上颌窦内的息肉,CT 表现呈附着于窦壁的结节状软组织影。

本文 2 例误诊,1 例出血坏死性鼻息肉,息肉充填一侧鼻腔及上颌窦内侧大半部,向后突入鼻咽腔,向内挤压鼻中隔并进入对侧鼻腔,鼻中隔后部、鼻甲、上颌窦内侧壁骨质吸收破坏,肿块内密度不均匀,可见斑、

作者单位: 430030 华中科技大学同济医学院附属同济医院进修生

作者简介: 杜秀明(1974-),女,河南人,河南省光山县人民医院 CT 室(465430)医师,主要从事 CT 诊断工作。

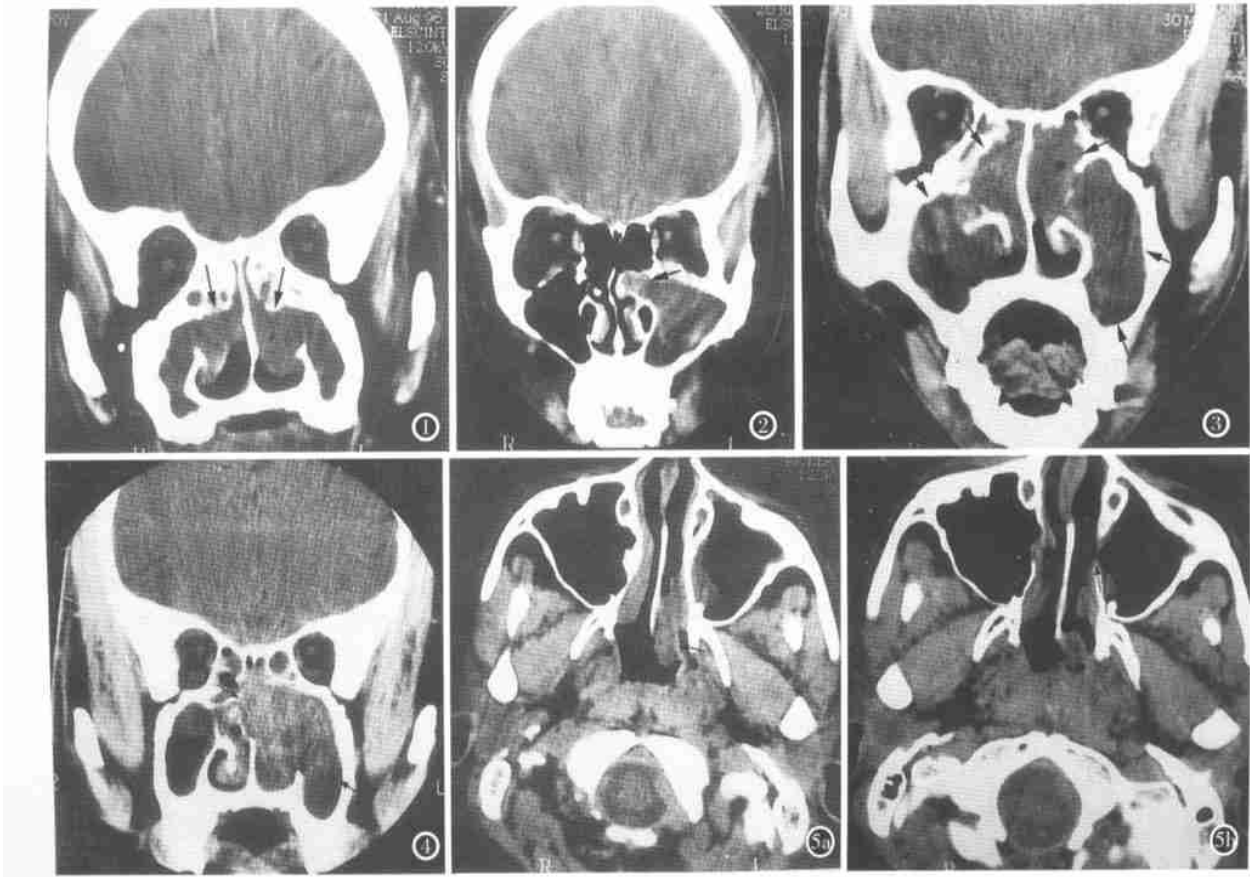


图 1 冠状位。息肉位于侧双鼻道(↑), 中鼻甲、钩突吸收, 窦口扩大, 双侧上颌窦及筛窦呈慢性炎症改变。 图 2 冠状位。息肉位于筛漏斗, 呈局部圆凸的软组织影(↑), 钩突吸收。左上颌窦引流受阻。 图 3 冠状位。息肉充满双侧鼻腔、上颌窦及筛窦(↑), 上颌窦内壁、鼻甲部分吸收, 筛房间隔消失。 图 4 息肉位于左鼻腔及左上颌窦内侧大部分, 向内挤压鼻中隔并突入对侧鼻腔(↓), 内有斑片状高密度出血灶。病理诊断为出血性坏死性鼻息肉。 图 5 横轴位。 a) 左侧后鼻孔息肉(↑) b) 其蒂部起自上颌窦(↑)

片状高密度影(图 4)。术前被误诊为上颌窦肿瘤(多为恶性)。另 1 例后鼻孔息肉, 其蒂部来自上颌窦, 向后经鼻后孔突向鼻咽腔, 同侧上颌窦并发息肉(图 5、6), 术前被误诊为血管纤维瘤。

讨 论

鼻息肉好发于中年人, 青少年、老年人亦常有发生, 男性多于女性, 半数以上为双侧多发, 这些与文献记载相符合^[2]。

1. 鼻息肉的临床表现与息肉的大小、部位有关

鼻息肉位于鼻腔而引起鼻塞(39/41 例), 巨大鼻息肉阻塞鼻腔导致完全不通气(2/41 例), 39 例窦口鼻道复合体区息肉均合并有鼻窦受累, 这可能是头昏、头痛及头部闷胀感的原因, 后鼻孔息肉或巨大息肉阻塞后鼻孔甚至突入鼻咽部阻塞咽鼓管口而致耳鸣和听力减退(2/41 例), 局限于鼻窦内的息肉症状轻微(2/41

例)。另有 1 例鼻息肉内血管增生、扩张导致鼻涕带血。

2. CT 定位价值

近年来广泛应用的功能性鼻内窥镜手术, 术前需要了解更多的鼻窦病变的情况, CT 薄层扫描, 能清晰显示解剖结构、判定病变大小、范围, 从而为手术提供可靠的依据。对疑有单发后鼻孔息肉者, CT 应寻找其根蒂, 国内有人报道, 后鼻孔息肉不仅源于上颌窦, 也可来自筛窦、蝶窦和额窦^[3]。因此, 术前 CT 检查不仅有助于术中彻底清除病变组织, 也可避免对健康鼻窦不必要的探查和开放。对于术后复发病例, CT 仍能很好显示解剖结构与病变位置、大小、形态的改变, 为再次手术提供帮助。本文 3 例术后复发病例, 均为再次术前检查发现, 并经手术病理证实。

3. 鼻息肉的 CT 诊断与鉴别

一般而言, 只要根据它的好发部位、形态特点及其

继发性改变,绝大多数病例能作出定性诊断。本文 41 例中有 39 例就是依此确立的,并经手术病理得以证实。但不典型病例也易与其它病变混淆,应引起重视。本组 2 例误诊,其中 1 例鼻息肉被误诊为上颌窦肿瘤(多为恶性),一般来说上颌窦肿瘤多为头痛、面部肿痛发麻等症状,病程短、发展快,CT 表现为上颌窦内软组织肿块,骨质破坏为侵蚀性,窦腔扩大不明显^[4],而本例病程有两年,症状为左侧鼻塞,CT 表现肿块周围骨质受压吸收,呈膨胀性改变,上颌窦上、外、下壁完整,肿块主要部位在鼻腔及上颌窦内侧大半部,这一点与上颌窦肿瘤是可资鉴别的,另外,肿块内有斑、片状高密度影也可支持出血性息肉的诊断。因此,仔细分析 CT 征象,结合临床还是可以作出正确判定的。另 1 例后鼻孔息肉术前被误诊为血管纤维瘤。患者青少年男性,临床有鼻出血病史,后鼻镜检查见鼻咽部粉红色肿物。CT 仅有平扫而未作增强扫描。血管纤维瘤通常血供丰富,鼻镜可见瘤体呈深红色,注射造影剂后有明

显均一强化,而后鼻孔息肉一般无明显强化或仅有轻度强化,外观呈苍白色或淡红色,这些特点可与血管纤维瘤相鉴别^[5]。本例误诊的主要原因在于对临床知识的认识不足及 CT 检查工作不到位。因此,鼻息肉 CT 诊断时,需正确运用 CT 检查,尤其是加做 CT 增强检查,密切结合临床,仔细分析 CT 征象,是可与鼻腔血管瘤、血管纤维瘤、内翻乳头状瘤以及恶性肿瘤等疾病作出鉴别的。

参考文献

- 1 Zinreich SJ, Kennedy DW, Rosenbaum AE, et al. Paranasal sinuses: CT imaging requirements for endoscopic surgery[J]. Radiology, 1987, 163: 769.
- 2 樊忠,王天铎. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1997: 355.
- 3 舒畅,陈建超,杜晓东,等. 后鼻孔息肉诊治探讨[J]. 中华耳鼻喉科杂志, 1999, 3: 172.
- 4 陈炽贤. 实用放射学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1218-1219.
- 5 周康荣. 胸部颈面部 CT[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1996: 332, 392-393.

(2000-08-22 收稿)

腹膜后化学感受器瘤一例

朱大光 赵毅 陈岩

【中图分类号】R735.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)02-0114-01

腹膜后化学感受器瘤又称非嗜铬性副节瘤,比较少见。我院收治 1 例,经手术及病理证实,报告如下。

患者,女,43 岁,中腹胀满 3 个月余,无疼痛,不发热。查体:中腹部居中可触及 4cm×5cm 包块,质硬,活动度小,与周围组织分界欠清。无明显压痛。

B 超检查:中腹腔腹主动脉左前方可见约 6.75cm×7.5cm 强回声光团,边界尚清,回声强弱尚均匀。B 超提示:中腹部腹

膜后占位,性质待定。

CT 检查:中腹部正中略偏左可见一约 4.5cm×5cm×5.5cm 软组织密度肿块,密度尚均匀,呈浅分叶状,边界清晰,腹主动脉受压向右后方移位(图 1、2)。增强扫描肿块有强化。CT 值 75HU 左右。CT 诊断为中腹部腹膜后占位性病变。

手术所见:肿物位于腹膜后,约 5.75cm×6.75cm×6.5cm,有完整包膜,质中等,实性,与腹主动脉粘连。病理诊断:化学感受器瘤(偏向良性,但潜在恶性)。

讨论 腹膜后化学感受器瘤,多为良性肿瘤,生长缓慢,偶有恶性。恶性生长快,局部浸润,淋巴结转移,增强扫描肿块可见强化。肿瘤可液化,出血和囊变。

由于本病与腹膜后其它肿瘤所显示影像学无特异性,CT 定性诊断较困难,确诊有赖病理检查。

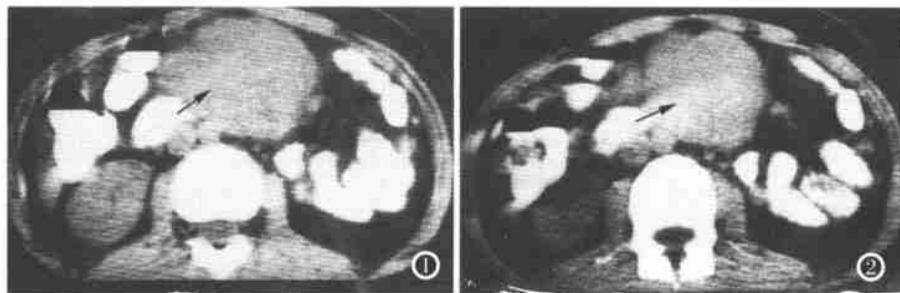


图 1、2 中部见 | 软组织块影,约 4.5cm×5cm×5.5cm,CT 值 75HU,呈浅分叶状,边界清晰。腹主动脉受压右后方位移。

(2000-07-03 收稿)

作者单位: 476600 河南永城市人民医院 CT 室

作者简介: 朱大光(1972~),男,河南人,主治医师,主要从事头颅 CT 诊断。