

快,短期造成鼻中隔、鼻甲等中线结构破坏,累及范围更广,常引起面颊部软组织肿胀,易侵犯硬腭、牙槽骨、颧下窝、翼腭窝及眼眶。笔者发现 80% 以上鼻部淋巴瘤易浸润上颌窦后脂肪间隙,此征象较有特征性,可与韦格纳肉芽肿鉴别。淋巴瘤易造成鼻窦浸润性骨质破坏,但仍保持原有的皮质轮廓,少数伴有不均匀鼻窦硬化,但不出现“双线”征,骨膜仍保持完整,治疗后原骨质破坏处可重新出现钙化。

其它还需要与结节病鉴别,结节病是特发、多系统肉芽肿性病变,最常累及纵隔、肺及外周淋巴结。文献^[8]报道鼻部结节病发病率为 1%~18%。当鼻骨受累时,由于骨内存在肉芽肿,CT 可清楚显示鼻骨骨小梁呈特征性宽网状改变。结节病的鼻部的改变缺乏特异性,通常累及鼻中隔和鼻甲的粘膜,下鼻甲最常受累,CT 表现为鼻腔、鼻窦粘膜增厚,鼻窦多伴软组织影。有文献^[10]报道鼻部结节病可出现骨破坏,其临床和 CT 表现与 cANCA 阴性的局限性韦格纳肉芽肿相似,但根据文献及笔者经验,如果结节病无胸部异常,鼻部骨质一般无破坏,此时应行胸部 CT 检查与韦格纳肉芽肿鉴别。

参考文献:

- [1] Yang C, Talbot JM, Hwang PH. Bony abnormalities of the paranasal sinuses in patients with Wegener's granulomatosis [J]. Am J Rhinol, 2001, 15(2): 121-125.
- [2] Ó Devaney K, Ferlito A, Hunter BC, et al. Wegener's granulomatosis of the head and neck [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1998, 107(2):

439-445.

- [3] Provenzale JM, Mukherji S, Allen NB, et al. Orbital involvement by Wegener's granulomatosis: imaging findings [J]. AJR, 1996, 166(4): 929-934.
- [4] Simmons JT, Leavitt R, Komblut AD, et al. CT the paranasal sinuses and orbits in patients with Wegener's granulomatosis [J]. ENT, 1987, 66(1): 10-20.
- [5] Hamidou MA, Dupas B, Moreau A. Periosteal new bone formation in Wegener's granulomatosis [J]. J Rheumatol, 1997, 24(4): 814-815.
- [6] Milford CA, Drake Lee AB, Lloyd GA. Radiology of the paranasal sinuses in non-healing granulomas of the nose [J]. Clin Otolaryngol, 1986, 11(1): 199-204.
- [7] Paling MR, Roberts RL, Fauci AS. Paranasal sinus obliteration in Wegener's granulomatosis [J]. Radiology, 1982, 144(3): 539-543.
- [8] Muhle C, Reinhold-Keller E, Richter C, et al. MRI of the nasal cavity, paranasal sinuses and orbits in Wegener's granulomatosis [J]. Eur J Radiol, 1997, 7(4): 566-570.
- [9] Yasumoto M, Taura S, Shibuya H, et al. Primary malignant lymphoma of the maxillary sinus: CT and MRI [J]. Neuroradiology, 2000, 42(4): 285-289.
- [10] Hasni SA, Gruber BL. Sarcoidosis presenting as necrotising sinus destruction mimicking Wegener's granulomatosis [J]. J Rheumatol, 2000, 27(2): 512-514.

(2003-08-29 收稿 2003-10-12 修回)

NRP 钢板内固定术中颈椎正位的投照方法

• 经验介绍 •

伍子英

【中图分类号】R681.5; R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)11-0782-01

颈椎椎板后路摘除减压植骨并采用颈椎后路钢板固定系统(neck back route plate system, NRP)行钢板内固定术是一种治疗颈椎椎体不稳,椎间盘向后脱出、硬膜囊受压等颈椎病的新技术,它要求在术中定位准确,以提供优质的图像满足临床需要。由于术中患者是全麻下俯卧于骨科专用脊柱手术托架上,致下颌骨内收的手术体位,用常规投照方法会因下颌骨与颈椎重叠而显示不良(图 1)。我们在反复实践中摸索出一种用倾斜和加大投照角度的方法,能在术中清晰地显示手术部位的钢板及螺钉,现介绍如下。

设备与材料 C 臂 X 线机、无菌薄膜胶袋。

投照方法 由于患者在全麻状态下俯卧于骨科专用脊柱手术托架上,至下颌骨内收,听眦线与床面约成 45°,头颅矢状面与床面尽量保持垂直。两臂自然垂于身旁并固定,以保持患者位置不变。将影像增强管及球管用无菌薄膜胶袋封好,尽量使影像增强管贴近颈椎,向足侧倾斜 40°~45°,对准 C₄₋₅椎体曝光(图 2)。

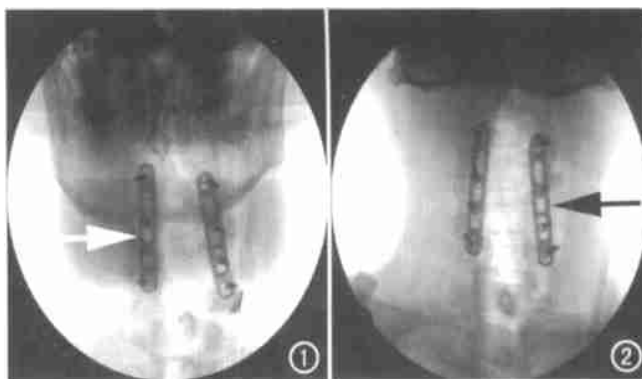


图 1 常规的投照方法显示。图 2 改良后投照方法显示。

小结 经过反复的临床实践,此方法易于掌握,位置摆放简单可靠,尽量使影像增强管贴近患者颈部,便于使颈椎术野全貌完全充分地显示出来,向患者足侧倾斜 40°~45°,使重叠的下颌骨偏离出观察区,使术野内颈椎全貌清晰地显示,便于临床观察。同时避免搬动患者,提高了手术的安全性。

(2003-05-12 收稿 2003-06-16 修回)

作者单位: 510150 广州, 第二人民医院放射科

作者简介: 伍子英(1963~),男,广东台山人,技师,主要从事 X 线照射技术、设备管理与维修工作。