

舌骨上区颈部间隙病变的影像诊断

徐坚民

【中图分类号】R323.1; R445 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2003)11-0791-03

颈部的筋膜间隙是由不同的固有筋膜分隔而成,其解剖结构比较复杂,虽然文献对筋膜间隙的论述纷纭,但明确间隙的划分和病变所在间隙的定位对判断病变的来源和性质具有重要意义。颈部间隙的划分目前采用以舌骨为界,分为舌骨上区和舌骨下区,舌骨上区除内脏间隙外共有 10 个间隙,浅表间隙的病变一般只需要临床或超声检查,对部位深在的病变,CT 和 MRI 是重要的检查方法。

咀嚼间隙:由颈深筋膜的浅层包绕而成,在下颌骨的下缘分成内、外二层,外层筋膜覆盖在咬肌的浅面,向上渐向颞部间隙移行,内层筋膜沿翼内肌内缘达颅底,构成咀嚼间隙的内界,除上方与颞间隙相通外,其余各边均有筋膜封闭。

咀嚼间隙分深、浅二部,由下颌骨升支分隔而成,深部实际上相当于临床上所描述的颞下窝、面侧深区等。位于咀嚼间隙浅部的病变相对容易诊断,深部间隙的肿瘤常需要与邻近的腮腺深叶、咽旁间隙和颈动脉间隙肿瘤鉴别。

咀嚼间隙肿瘤的特点:局限于咀嚼间隙的深部,位于翼内肌和咽旁间隙脂肪的前外侧,间隙内脂肪平面受压消失,肿瘤

可经卵圆孔向颅内生长,卵圆孔周围的脂肪可受累消失(图 1a、b)。肿瘤的定性应根据解剖结构推断肿瘤来源,肌源性肿瘤在儿童以横纹肌肉瘤多见, T_2 加权呈高信号(图 1c),来源于下颌神经肿瘤的特点是经卵圆孔向颅内生长,翼内、外肌分离(图 2),转移瘤骨质破坏相对明显,边界不清。

咽旁间隙:它起自颅底,下达舌骨水平,主要含脂肪,另有小血管、神经的小分支、小淋巴结和异位小涎腺。原发于咽旁间隙的肿瘤罕见,定位困难,特点是咽侧壁向内移位,腮腺向外移位,颈动脉间隙向后移位(图 3),但临床上所见的咽旁间隙肿瘤多数为腮腺深部肿瘤突入,其次为异位小涎腺肿瘤。

颈动脉间隙:位于茎突后,咽后间隙和椎前间隙外侧,间隙内含颈内或颈总动脉、颈内静脉、交感神经链、IX~XII 对颅神经和淋巴结。间隙内动、静脉与神经的相互关系为颈内或颈总动脉居前,颈内静脉位于动脉后外,颅神经大致位于动、静脉之间,以迷走神经较为固定,颈交感神经链在颈内动、静脉的内侧,颈深淋巴群位于颈内静脉的外 2/3 周。这些特定的解剖关系对间隙内肿瘤不仅具有定位作用,还有一定的定性作用,如

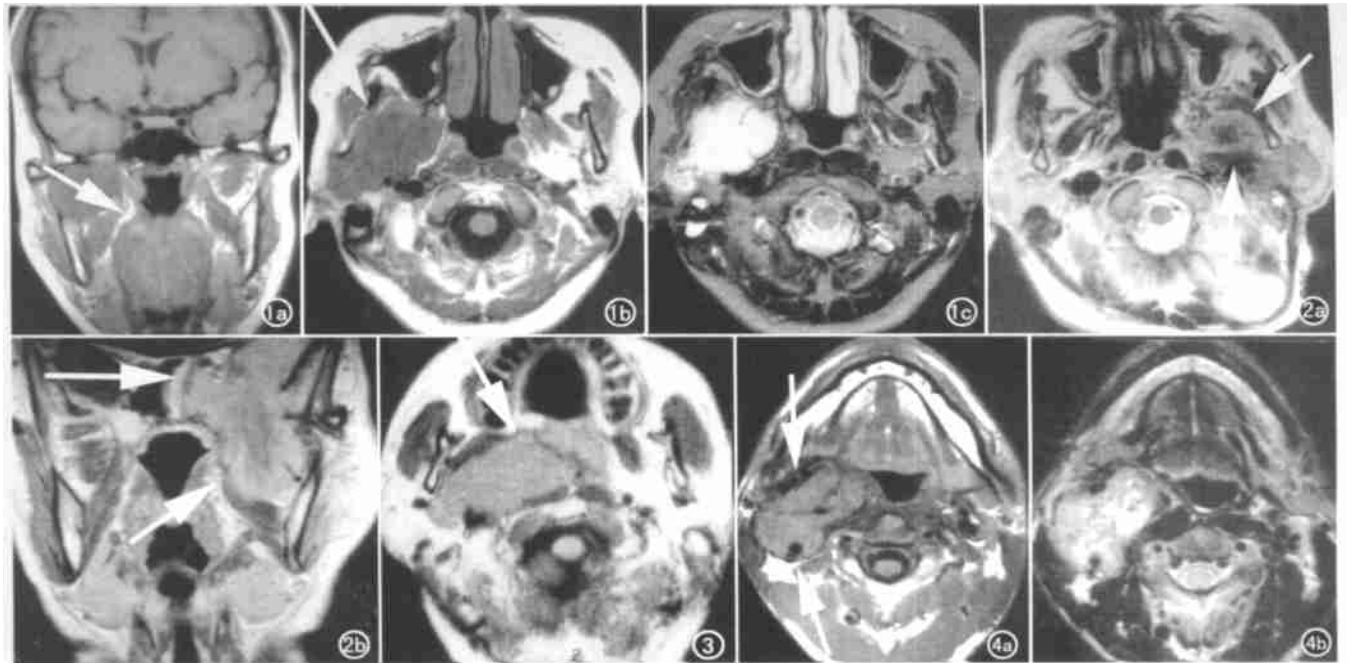


图 1 咀嚼间隙横纹肌肉瘤。a) 冠状面 T_1W 咀嚼间隙深部见等信号肿块,翼内肌受压移位于肿块的内侧(箭); b) 横断面 T_1W 肿块位于咽旁脂肪前外侧,翼内肌受压难以辨认(箭); c) T_2W 肿块呈明显高信号。图 2 下颌神经纤维瘤。a) T_2W 见肿瘤呈略高信号,翼内、翼外肌受压,被肿瘤分离(箭); b) 冠状面增强后 T_1W 见肿瘤经卵圆孔向颅内生长,侵犯鞍旁和麦克氏腔,翼内肌受压位于肿瘤内下缘(箭)。图 3 咽旁间隙淋巴瘤。 T_1W 肿瘤呈均匀等信号,咽侧壁受压向内移位,腮腺向外移位,颈动脉间隙内大血管位于肿瘤后方(箭)。图 4 颈动脉体瘤。a) T_1W 肿瘤位于颈内、外动脉之间,颈内、外动脉分别镶嵌于肿瘤的后、前缘(箭),瘤内见流空的血管影像; b) T_2W 部分血管影像呈高信号。

作者单位: 518020 广东,暨南大学医学院第二附属医院(深圳市人民医院)放射科

作者简介: 徐坚民(1961~),男,浙江人,博士,主任医师,主要从事头颈部影像诊断工作。

© 1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

颈动脉体瘤导致颈内、外动脉分离和镶嵌征(图4),迷走神经瘤使颈内或颈总动脉与颈内静脉分离(图5),交感神经肿瘤常使颈内、外动脉或颈总动脉、颈内静脉向前外或向外移位,具有一致性(图6),颈深淋巴结转移瘤通常位于颈内或颈总动脉和颈内静脉的外侧或后外侧(图7)。

腮腺间隙:由颈深筋膜浅层包绕。腮腺内有面神经穿过,将其分深、浅两部。面神经穿入腮腺后,行于颈外动脉和下颌后静脉的浅面,与腮腺导管伴行,下颌后静脉、面神经和腮腺导管可作为腮腺深、浅部肿瘤定位的标志,腮腺深部经下颌茎突“管”与咽旁间隙相邻,可解释深部肿瘤的形态,不同生长点的肿瘤具有不同的形态,对手术方式选择也有影响(图8、9)。

腮腺良、恶性肿瘤鉴别主要根据肿瘤边界和 T_2W 的信号强度,恶性为浸润性生长,边界不清,缺乏包膜, T_2W 信号多等于或低于腺体。良性肿瘤(混合瘤为主)含粘液样组织和水肿样基质, T_2W 信号多高于腺体,边界清,多具有包膜,CT动态增强早期强化(图10)。鉴别诊断主要是腮腺外肿瘤,观察肿瘤与腮腺之间有无脂肪平面、咽旁间隙脂肪的移位方向和颈内动脉的关系对诊断有帮助。

咽后间隙:位于咽、喉后方,是潜在性间隙,其前界为咽颅底筋膜,后界为椎前筋膜,中间有一层很薄的筋膜(翼筋膜)将咽后间隙分为前、后二部,前部是真正的咽后间隙,从颅底到咽

颅底筋膜与翼筋膜融合处($C_6 \sim T_4$),后部是危险间隙,从颅底到横膈,是颈部感染直接通向纵隔的途径。咽后间隙原发病变少见,主要为感染和放疗后水肿,继发病变主要为鼻咽癌侵犯和淋巴结转移(外侧咽后淋巴结),后者是诊断鼻咽癌的重要依据(图11)。

椎前间隙:位于咽后间隙后方,有些作者称其为椎骨周围间隙。儿童最常见的恶性肿瘤是横纹肌肉瘤,鉴别诊断应考虑来源于颈交感神经链的神经母细胞瘤,椎体前缘骨质破坏提示来源于椎前间隙的恶性间叶性肿瘤,椎体外缘骨质破坏提示神经母细胞瘤。

颊间隙:内界是上颌骨牙槽外缘颊肌,后缘是咀嚼间隙,前方借表情肌筋膜与皮下脂肪分隔,颊间隙不是完全被筋膜封闭,是显性或隐性感染的途径。颊间隙含淋巴结、小涎腺、脂肪、腮腺导管等。最常见的肿块是肿瘤直接侵犯或淋巴结转移瘤(图12),最常见的原发性肿瘤为小涎腺肿瘤。

舌下间隙:位于口底,舌下间隙和颌下间隙以下颌舌骨肌为界,将口底分为内上的舌下间隙和外下的颌下间隙,舌下间隙内有舌下腺和颌下腺导管。舌下间隙最常见的肿瘤是来源于覆盖舌下间隙上皮来源的鳞癌,其他病变包括小涎腺肿瘤、舌下囊肿(图13)、舌根部甲状腺、颌下腺导管阻塞等,舌下间隙也是牙源性感染扩散的常见途径。

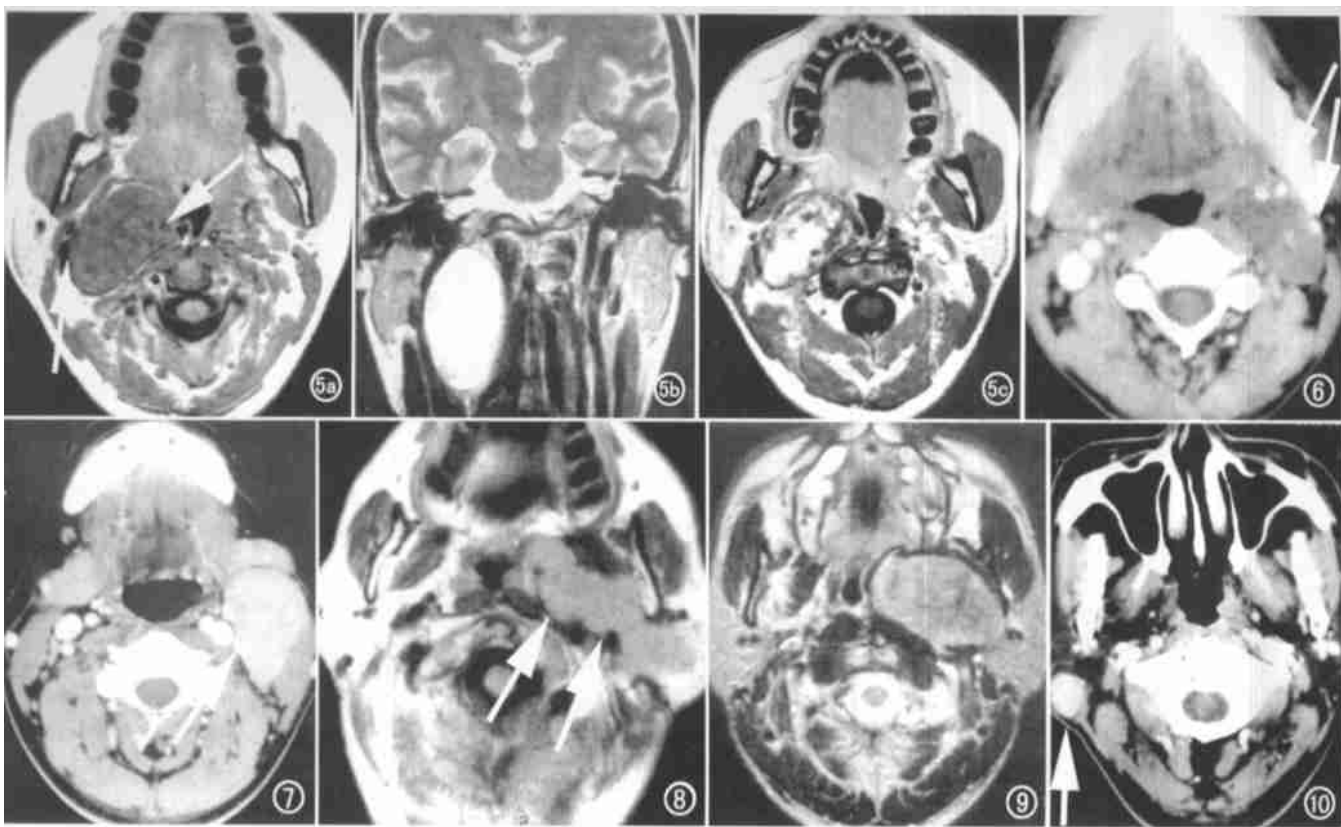


图5 迷走神经鞘瘤。a) T_1W 右侧颈动脉间隙见边缘光滑的等信号肿瘤,颈内动脉和颈内静脉分别移位于肿瘤的内、外侧(箭); b) 冠状位 T_2W 肿瘤呈高信号,长轴与颈部一致; c) 增强后 T_1W 肿瘤明显强化。图6 颈交感神经鞘瘤。CT 增强扫描见肿瘤向外推移颈内、外动脉和颈内静脉,受压的大血管均移位于肿瘤的前、外侧(箭)。图7 鼻咽癌颈淋巴结转移。CT 增强扫描见颈内动、静脉位于肿瘤内侧(箭)。图8 腮腺深叶腺样囊腺癌。 T_1W 见肿瘤经下颌茎突管向咽旁生长,呈哑铃状(箭)。

图9 腮腺深叶混合瘤。 T_1W 肿瘤完全位于咽旁,与腮腺相连,两者之间无脂肪平面存在。图10 腮腺浅叶混合瘤。增强CT扫描腮腺内下颌后静脉后外侧见小肿块,肿块明显增强,边界光整,密度均匀(箭)。

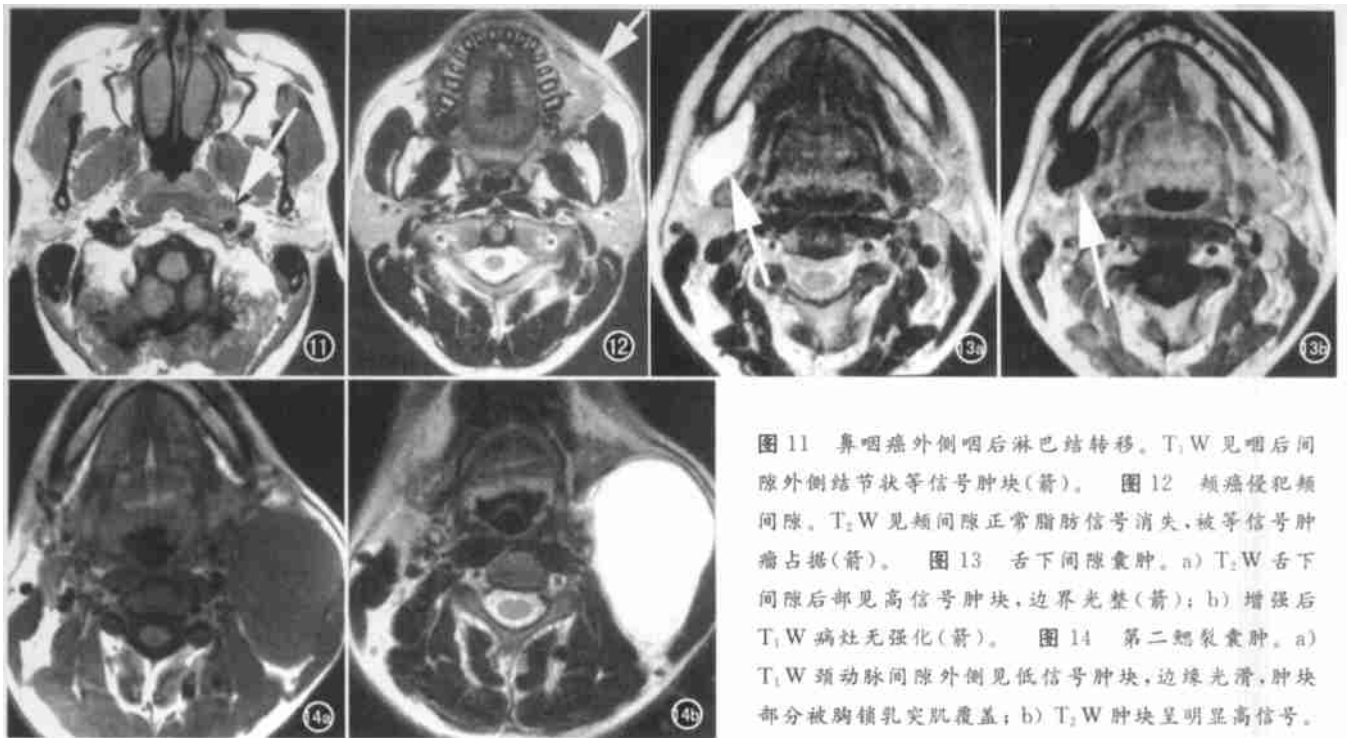


图 11 鼻咽癌外侧咽后淋巴结转移。T₁W 见咽后间隙外侧结节状等信号肿块(箭)。图 12 颊癌侵犯颊间隙。T₂W 见颊间隙正常脂肪信号消失,被等信号肿瘤占据(箭)。图 13 舌下间隙囊肿。a) T₂W 舌下间隙后部见高信号肿块,边界光整(箭); b) 增强后 T₁W 病灶无强化(箭)。图 14 第二腮裂囊肿。a) T₁W 颈动脉间隙外侧见低信号肿块,边缘光滑,肿块部分被胸锁乳突肌覆盖; b) T₂W 肿块呈明显高信号。

颌下间隙:位于下颌三角内,下颌下淋巴结常沿颌下腺浅面排列,位于腺体与下颌骨之间,颌下腺导管在下颌舌骨肌上方向前行于下颌骨内面与舌骨舌肌、舌舌肌之间,在舌下腺的前端处接受舌下腺大管开口,末端开口于口底粘膜。最常见的疾病是来源于口、舌和口底部鳞癌转移,最常见先天性病变是

第二腮裂囊肿(图 14),颌下腺腺体病变与腮腺大致相似。

颈后间隙:位于颈动脉间隙后方,为胸锁乳突肌后缘、斜方肌前缘、锁骨构成的三角区,内含脂肪和颈深淋巴结,最常见病变为脂肪瘤和淋巴结转移瘤。

(2003-09-15 收稿 2003-09-30 修回)

胃网膜血管自发性破裂一例

• 病例报道 •

赵冬

【中图分类号】R543 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)11-0793-01

病例资料 患者,女,73岁。于10d前无明显诱因出现上腹部疼痛,加重1d来诊,伴有恶心、呕吐,无发热及腹泻。有高血压病史1年。查体:BP 22/10kPa,腹平软,全腹压痛,以上腹部为著,可扪及一边界不清肿块,质软,活动度良好,似有波动感。实验室检查均正常。

CT检查:左中腹部腹腔内见一不规则“葫芦状”高密度块影,密度尚均匀,CT值69HU,大小约10cm×4cm,边界光滑清晰,其前后缘见薄壁状类管腔影包绕,并与肿块间有一薄的低密度间隔带,间隔内见杂乱、短细条索状密度增高影(图1)。肿块上部与胃大弯侧胃壁关系密切,分界不清,下部与周围组织器官分界清晰,脂

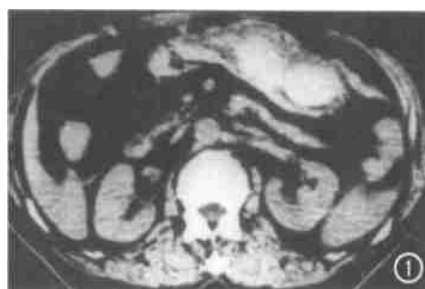


图1 左中腹部腹腔内见不规则“葫芦状”高密度块影,前后缘见薄壁状影包绕,并与肿块间有低密度间隔带。腹腔内积液。

肪间隙存在(图2)。肝、胰腺、脾未见异常密度灶。腹腔内中等量液性低密度影,CT值29HU。CT诊断:胃后壁囊实性占位,提示腹腔血肿。

手术所见:打开腹腔见有大量新鲜血液溢出,积血量约1100ml,胃大弯网膜有

一巨大血肿,网膜腔内有大块黑色凝血块,量约300ml。探查见胃网膜左动脉的大网膜血管分支破裂出血。沿胃大弯向左右两侧钳夹切断胃网膜左右血管,将血肿全部清除。术后诊断为胃网膜血管破裂,大网膜血肿。

讨论 腹腔内出血常继发于腹部外伤,抗凝治疗过量或腹腔内肿瘤自发破裂等,而网膜血管自发性破裂则很少见。本例网膜血管破裂原因考虑为老年性高血压性动脉粥样硬化使血管壁脆性增加所致。慢性血肿在腹腔内呈形态不规则的软组织肿块,并有占位效应,易被误诊为脓肿或肿瘤。本例由于肿块CT值较高可提示为血肿,但对其来源未能作出详细提示。CT检查能明确显示网膜血肿的大小、部位及腹腔积血情况,为手术提供了可靠依据。

(2003-05-13 收稿 2003-06-28 修回)

作者单位:272200 山东,济宁医学院附属医院金乡县人民医院CT室
作者简介:赵冬(1971~),男,山东金乡人,主治医师,主要从事影像诊断工作。