

对照组:优质片率 46%,废片率 8%。

讨 论

从两组照片质量统计的结果显示,未使用固定架拍摄的颈椎侧位片,其优质片率低,废片率高。这是因为:①因患者站立不稳,致使颈椎影像模糊。②因患者晃动过大,致使颈椎前缘或棘突及项韧带未摄入片内。③因采用目测法,胶片暗盒应放的高度估计不准,致使第 1 颈椎或第 7 颈椎未摄入片内。④因患者头颅稍有旋转,致使颈椎影像不是标准的侧位。⑤因患者头颅向一侧倾斜,致使颈椎长轴与胶片长轴不平行。⑥因患者头颅后仰的程度不能保持,致使下颌骨与颈椎重叠。

统计的结果显示,使用固定架拍摄的颈椎侧位片,其优质片率大幅提高,而且无废片。这是因为当患者位于标准体位后,头颅被固定,不仅避免了颈椎上下、

前后被遗漏和避免了头颅旋转、向一侧倾斜、仰角不够等原因造成的颈椎位置不准确,又避免了头颅颤动对颈椎影像清晰度的影响,从而提高了照片质量和诊断正确率。

使用固定架拍摄颈椎侧位片还具有节约胶片等其它优点。目前绝大多数医院采用 8"×10"胶片投照。如使用固定架投照,5"×7"胶片能把所要观察的范围全部摄入片内,节约了开支,提高了工作效益。使用固定架投照,操作方便,对位准确,摄影一次成功,避免了重照。并且缩短了候诊时间,方便了患者。

固定架结构简单,造价低廉,便于推广。

参考文献:

- [1] 王庆义,吕文国,刘红,等. X 线摄影技术[M]. 济南:山东科学技术出版社,1980. 121-125.

(收稿日期:2004-05-26)

· 病例报道 ·

纵隔棘球蚴囊肿一例

韩丹, 何茜, 王克超

【中图分类号】R814.42; R532.32 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)07-0533-01

病例资料 患者,女,52岁,农民,云南省富民县人,未到过疫区。发现左纵隔占位性病变1年。胸前不适伴轻度呼吸困难。血常规:白细胞 $4.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.57,淋巴细胞 0.37,单核细胞 0.06。CT 平扫示左上中纵隔紧邻主动脉弓一椭圆形囊性病灶,边缘光滑、整齐,内部为密度均匀一致的液体,CT 值为 9 HU,囊壁薄,光滑,较均匀,最厚处约 1.8 mm,未见壁结节及钙化(图 1)。CT 增强扫描显示壁有较明显的强化(图 2)。该病灶推挤周围肺组织,远端肺组织内无阻塞性炎症表现。主动脉窗及气管前可见多个淋巴结影,直径约 5 mm。CT 诊断:左上纵隔囊性占位性病变,考虑为支气管囊肿。

手术所见:肿块位于左上纵隔,呈囊性,大小约 5 cm×4 cm×4 cm。肉眼标本为囊肿样物,包膜完整,切开后可见淡黄色清亮液体。病理诊断:左上纵隔棘球蚴囊肿(图 3)。

讨论 棘球蚴病为牧区常见的地方性寄生虫病,在我国主要流行于新疆、青海、甘肃、宁夏、内蒙古及西藏等地区。人体内棘球蚴囊肿发生最常见部位为肝,其次肺,其它少见部位有肌肉、脾、肾、脑、骨等处。纵隔棘球蚴囊肿少见,尤其是仅发生

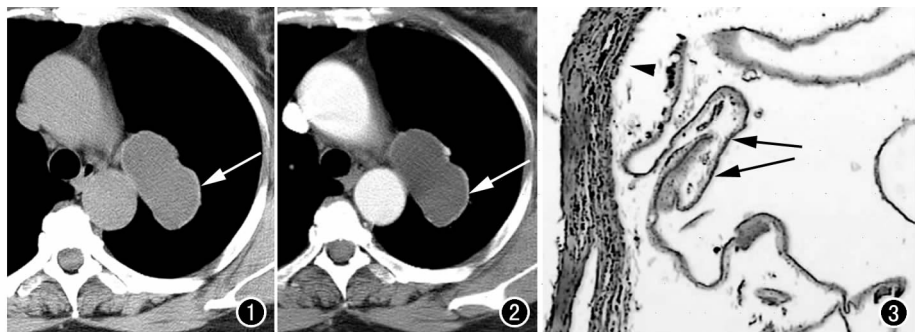


图 1 CT 平扫示肿块呈囊性,边界清晰,有包膜(箭)。图 2 CT 增强扫描示病灶包膜有强化,内部无强化表现(箭)。图 3 病理切片显示囊壁(箭头)及棘球蚴头节(箭)。

于纵隔内的单发棘球蚴囊肿^[1,2],常需与纵隔其它囊肿性病变相鉴别。该例纵隔包虫囊肿位于左上中纵隔紧邻主动脉弓区,囊内密度均匀,但壁稍厚,并有明显的强化。误诊原因在于本例属不常见部位的不典型棘球蚴囊肿,无囊中子囊,或“水上浮莲征”等典型表现,加之发生于非流行病区,无明确的流行病学史,且未重视囊壁稍厚并有明显强化这一与支气管囊肿、皮样囊肿壁无强化不同的表现,但最后确诊还需有赖于病理检查。

参考文献:

- [1] 张林川,王平包,穆合塔,等. 胸部包虫病的 CT 诊断[J]. 中华放射学杂志,1998,32(11): 751-754.
- [2] 路融,王希锐,董进文,等. CT 诊断纵隔包虫囊肿 1 例[J]. 中国医学影像学杂志,2001,9(5): 359.

(收稿日期:2003-12-08)