

和脑血管造影的影像边缘增强使用也不同,调整的太淡,影像显示的平淡,血管边缘不锐利,一些病变与供血动脉的关系不清,影响疾病的诊断和治疗。边缘增强设定太大,血管影像会产生浮雕感,容易漏掉一些有用的微小血管。美国 GE 公司 Advantx DLX LCN⁺ 血管造影系统,边缘增强分为 7 档,我们一般选择 4 档上。德国 Siemens 公司的 Neurostay Plus 血管造影系统,边缘增强一般在 70%~80%。这样的影像效果比较满意。

通过总结 5 年内 2500 例手术,笔者认为 DSA 在介入神经放射中技术参数的设定直接关系到疾病的诊

断治疗,是影响介入神经放射必不可少的重要因素。在实际工作中应针对不同的疾病及不同的治疗方法给予不同的参数调节以提高影像治疗。

参考文献:

- [1] Crido FJ, Clark NS, Twena M, et al. Common Technical Complications in Endovascular Surgery Strategies[M]. SVS/NA-ISCVS Handbook on Endovascular Procedures, 1997. 184-191.
- [2] TU RK Cohen for WA, Maravilla KR, et al. Digital Subtraction Rotational Angiography for Aneurysms of Intracranial Anterior Circulation: Injection Method and Optimization[J]. AJNR, 1996, 17(5): 1127-1136.

(收稿日期: 2004-07-08 修回日期: 2004-12-16)

• 病例报道 •

气管憩室的 CT 表现三例

徐才国, 张杰华, 尹雪军, 朱卫峰

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)07-0624-01

气管憩室在以往 X 线报道中甚少。现将我院确诊的 3 例气管憩室的临床表现及 CT 征象报道如下。

病例资料 男 1 例, 女 2 例, 年龄 25~51 岁, 气管憩室均位于胸腔入口部气管。1 例位于气管左侧, 2 例位于气管右后方。1 例女性患者近 2 个月来左侧颈部酸胀不适, 左侧颈部可触及不规则肿块, 触及肿块可变小, 并可听到“吱吱”声来院诊治。另 2 例疑“颈椎病”行颈椎间盘 CT 扫描时偶然发现, 3 例均行 CT 平扫, 层厚 10 mm, 局部层厚 2 mm。

CT 显示 3 例呈不规则及类圆形极低密度影, CT 值与气管内气体密度一致, 低密度影均位于气管旁。1 例位于气管左侧方, 较高层面见颈部软组织内一不规则低密度影(图 1a), 较低层面低密度影有一细长管道与气管相通(图 1b), 另 2 例低密度影位于气管之右后方, 低密度影与气管之间有一粗短管道相通。3 例患者均经食道吞钡检查, 食道壁光整, 排除食道病变。

讨论 气管憩室是由于各种原因致局部气管薄弱膨出的一种良性病变, 由于上颈部和纵隔结构复杂, 正常解剖变异也较多, 常规 X 线对气管憩室诊断价值不大, CT 则对气管憩室有特征性诊断价值。CT 表现为气管旁的不规则极低密度影, 低密度影 CT 值与气管腔内气体密度一致, 连续薄层扫描可发现低密度影有粗短不一管道与气管相通, 该征象具有特征性, 有

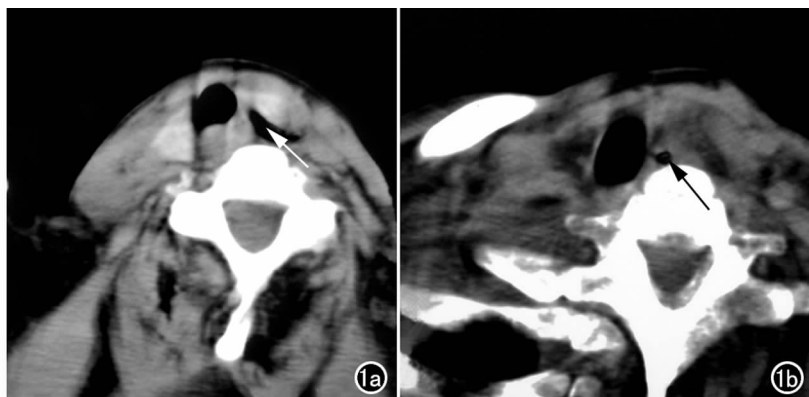


图 1 a) CT 示气管左侧软组织内一不规则极低密度影, CT 值与气管内气体密度一致(箭); b) 较低层面 CT, 示不规则低密度影(箭)有一细长管道与气管相通。

作者认为利用螺旋 CT 三维重组图像更具优势。

鉴别诊断: 肺炎疝为肺组织突破胸腔入口区的肌肉、西布逊筋膜及胸膜顶部壁层胸膜而疝入颈部病变, 呈“山峰”样, 其底部与肺组织相连; 气管囊肿位于气管旁呈类圆形密度增高影, 内部 CT 值随内容物不同而不同, 但大部分为水样密度, 少数为软组织密度, 而气管憩室则为气体密度; 颈部皮下气肿是由于外伤或肺组织结构不良致胸膜破裂气体进入颈部肌间隙, 多为散在形态不一气体影, 临床多有外伤史, 并伴有气胸和纵膈气肿征象, 如发现低密度影与气管间有粗细长短不一管道相通, 则可明确诊断气管憩室。

(收稿日期: 2004-12-01 修回日期: 2005-03-01)

作者单位: 316000 浙江, 舟山解放军第 413 医院放射科

作者简介: 徐才国(1967-), 男, 浙江天台人, 主治医师, 主要从事影像诊断及介入治疗工作。