

节横断面确定信心不足,但在MPR上可以判断。而MPR在判断肾上腺有无肿块及肿块与周围的关系很有帮助。

总之,后处理图像较常规横断面图像更立体化,丰富了图像信息,在肺癌新TNM分期中是一种必不可少的手段和重要工具,当然后处理图像的优劣与机器的质量、软件的配置、技术参数的选择的设定、操作人员对扫描和后处理技巧的掌握程度等因素密切相关,特别是操作者不可避免带有主管性,我们认为必须要明确大家认可的参照标准,而且不能忽视横断面图像,将二者有机结合起来,才能更体现出后处理的价值。

参考文献:

[1] 潘纪戊. 肺癌的影像学分期[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2001, 7(1):42-52.

- [2] Pirronit T, Macis G, Sallustio G, et al. Evaluation of the "N" Factor in Nonsmall Cell Cancer. Correlation between Computerized Tomography and Pathologic Anatomy[J]. Radiol Med, 2000, 99(5):340-346.
- [3] 王建卫, 吴宁, 朱强, 等. 螺旋CT及其图像后处理技术在中央型肺癌分期中的应用[J]. 中华肿瘤杂志, 2003, 25(1):74-77.
- [4] 周康荣. 螺旋CT[M]. 上海:上海医科大学出版社, 1998. 61-68.
- [5] 田锦林, 杜双存, 廖云贵, 等. 螺旋CT对中央性肺癌临床分期的诊断价值[J]. 放射学实践, 2003, 18(1):34-35.
- [6] 谭理连, 李扬彬, 李树欣, 等. 螺旋CT及三维重建技术在中央型肺癌诊断中的应用价值[J]. 影像诊断与介入放射学, 2001, 10(4):214-216.
- [7] 蔡丰, 尚燕宁, 张涛. 胸部螺旋CT图像后处理技术的临床应用[J]. 中国医学科学院学报, 2003, 25(6):717-720.

(收稿日期:2007-04-12)

鼓室副神经节瘤一例

于学林, 李琼, 张庄改

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)08-0825-01

病例资料 患者,女,44岁。7年前无明显诱因出现左耳搏动性耳鸣。1年前出现耳部闷胀感,继而听力下降、耳部疼痛、溢液,偶有出血。6个月前院外就诊发现外耳道内有少许肉芽状组织,触之易出血,取病理检查示副神经节瘤。

专科检查:双耳外观无畸形,左耳廓有轻微牵拉痛,左侧外耳道内可见少许肉芽组织样增生,鼓膜呈淡黄色,光锥显示不清,但可见搏动。右侧外耳道及鼓膜显示正常。

CT检查:左侧中耳乳突、鼓室、鼓窦密度增高,并延伸至外耳道根部,听小骨大致正常(图1)。

手术所见:鼓膜内后方可见淡红色肿物并有搏动,表面有血性渗出,触之易出血。肿物向外垂入外耳道内,向上充满鼓室、鼓窦、乳突腔内。肿物蒂部位于鼓岬表面,与下鼓室粘连紧密,镫骨已完全坏死,锤砧骨大部仍残存。

病理诊断:鼓室副神经节瘤(图2)。

讨论 鼓室副神经节瘤起源于鼓岬的岬沟中的舌咽神经鼓室支,或迷走神经耳支,亦称非嗜铬性副神经瘤、化学感受器瘤和受体瘤,颞骨为其好发部位之一,与颞骨有关的有两种类型。①鼓室型:为局限于中耳的鼓室球瘤;②颈静脉型:较为常见,为位于颞骨下面颈静脉窝内或颈静脉孔内的颈静脉球瘤^[1]。此瘤多见于成人,女性发病明显高于男性,男女比约1:4~1:6^[2]。该瘤病程较长,初发症状与原发部位有关,临床上常有单耳的传导性聋,伴有搏动性耳鸣。鼓膜后透显示红色肿块,有的可出现面瘫。肿瘤可浸润或穿破鼓膜形成红色或

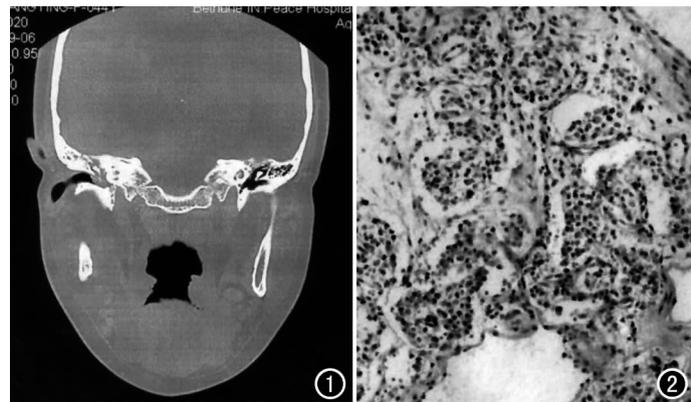


图1 左侧中耳乳突、鼓室、鼓窦密度增高,并延伸至外耳道根部,听小骨大致正常。图2 肿瘤细胞由主细胞和支持细胞组成,主细胞为上皮样细胞,排列成腺泡状;支持细胞为梭形,围绕腺泡排列。腺泡周围为薄壁毛细血管包绕($\times 100$, HE)。

灰色息肉状肿物,有包膜、容易有血性耳溢液,一般为良性,易误诊为炎性疾病,确定诊断必须依靠病理组织学检查。本病形态上属良性,但有局部侵袭能力,可破坏局部结构,发生转移的病例很少,转移率约为2%~3%。

参考文献:

- [1] 周慧芳, 只炳元, 邵湘云. 鼓室球瘤一例报告[J]. 天津医药 2000, (10):603.
- [2] 王轶, 曹金玲. 颈静脉鼓室副神经节瘤[J]. 国外医学耳鼻喉科学分册, 1999, 23(3):136-140.

(收稿日期:2007-01-12 修回日期:2007-03-10)