

组或一束多发性含气囊腔,若囊腔内充满液体则呈葡萄状,囊内出现气液平面是囊状支气管扩张最具有特征性的征象<sup>[2]</sup>。

本组资料表明,HRCT 扫描检查方法简单方便,患者无痛苦、无创伤,可观察到两肺各叶、段支气管,特别是对一些轻、中度支气管扩张 HRCT 扫描价值更大,对治疗方案的制订尤其是为手术治疗能提供精确依据。我们认为,HRCT 扫描对支气管扩张症诊断具有高度特异性,对临床或胸片怀疑有支气管

扩张症的患者 HRCT 扫描可完全取代支气管造影来证实有无支气管扩张症的存在。

#### 参考文献:

- [1] 叶任高主编. 内科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社, 1999. 42-45.  
[2] 潘纪成,陈起航,刘甫庚. 肺部高分辨率 CT[M]. 北京:中国纺织出版社,1995. 181-183.

收稿日期:2002-04-26 修回日期:2002-07-01

本文编辑:程春开

## 上颌窦恶性肿瘤的 CT 诊断分析\*

余 浩

(徐州市第一人民医院放射科,江苏 徐州 221002)

**摘要:**目的 探讨上颌窦恶性肿瘤的 CT 影像特征及价值。方法 采用德国西门子 Somatom HiQ-S<sub>2</sub> CT 机对 5 例经手术及病理证实的上颌窦恶性肿瘤患者上颌窦及附近区域作横断和冠状扫描。结果 上颌窦恶性肿瘤的 CT 特征为:软组织肿块及明显骨质破坏,不规则软组织密度增高,肿块强化。结论 横断扫描结合冠状扫描,调节不同窗宽窗位,对界定上颌窦肿瘤肿块范围及周围组织侵犯情况有重要意义,有助于发现早期骨破坏,并为临床手术及确定放疗范围提供可靠依据。

**关键词:**上颌窦;恶性肿瘤;电子计算机断层摄影术

**中图分类号:**R739.62 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-2065(2002)04-0333-02

上颌窦恶性肿瘤的 CT 扫描,有助于早期发现病变及确定其侵犯范围,可为确定治疗方案及手术治疗提供关键依据。本文就 5 例经手术及病理证实的上颌窦恶性肿瘤的 CT 征象做进一步分析。

### 1 临床资料和方法

1.1 临床资料 本组 5 例,男 3 例,女 2 例,年龄 17~51 岁。临床主要症状:突眼 3 例,鼻出血 2 例,面部、鼻部畸形 1 例,视力减退 3 例,均有不同程度的头痛。5 例均经病理确诊,其中鳞癌 3 例,腺癌 1 例,未分化癌 1 例。

1.2 扫描方法 采用德国西门子 Somatom HiQ-S<sub>2</sub> CT 机扫描。扫描条件:350 mAs, 130 kV。以眶耳线为基线作横断扫描。扫描范围自硬腭到额窦,层厚 5 mm,层距 5 mm,2 例做冠状扫描,3 例做增强扫描。

#### 1.3 CT 表现

1.3.1 软组织肿块 形态不规则,边界不清,浸润性生长。本组 5 例均不同程度侵犯周围软组织,其中侵犯眼眶 3 例,侵犯鼻腔 2 例,侵犯咽部 1 例,侵

犯面部皮下软组织 1 例。

1.3.2 骨质破坏 5 例均有不同程度不规则的溶骨性骨破坏,主要侵犯眶底骨质、硬腭、颧骨等。骨质破坏出现较早,窦腔扩大不明显。

1.3.3 窦腔密度增高 窦腔内软组织密度增高,CT 值范围为 50~53 Hu,3 例窦腔内气影完全消失。

1.3.4 肿块强化 在增强扫描时,肿块有轻微强化,增强后 CT 值为 55~62 Hu。

### 2 讨论

上颌窦恶性肿瘤是最常见的鼻窦恶性肿瘤。鼻窦恶性肿瘤有 80% 来源于上颌窦,13% 来源于筛窦,发生在额窦、蝶窦者少见<sup>[1]</sup>。上颌窦恶性肿瘤中,癌较肉瘤多见,癌约占 82.97%<sup>[2]</sup>。

常规摄鼻窦华柯位片可发现软组织肿块影和骨质破坏,但邻近结构显示欠佳。CT 诊断可准确显示肿块位置及向周围侵犯情况,从而为治疗方案的选择提供可靠依据。早期肿瘤较小,表现为窦腔内软组织肿块,轮廓不整,但窦壁完整,此时常误诊为良

\* 作者简介:余 浩(1967-),男,江苏徐州人,主治医师,学士。

性肿瘤。若肿瘤生长破坏窦壁, CT 显示为骨质破坏, 此时一般容易确诊。上颌窦恶性肿瘤常对周围组织有不同程度的侵犯。本组侵犯眼眶 3 例, CT 表现为眶壁骨质模糊、破坏, 并伴有不同程度的眼球及眼外肌受压移位。侵犯鼻腔 2 例, CT 表现为上颌窦内壁骨质破坏, 软组织肿块影向鼻腔内突出。笔者发现在 CT 检查时对病变部位用薄层扫描, 调整窗宽窗位可以显示较小的骨质破坏; 另外, 冠状位的扫描可作为手术时较直观的参考, 以确定手术范围。

上颌窦恶性肿瘤一般需与良性肿瘤鉴别, 如息肉及囊肿、齿源性上颌窦炎等。息肉和囊肿表面比较光滑清晰, 但与早期恶性肿瘤鉴别较难, 常需病理检查才能确定。上颌窦粘液囊肿具有壁强化特征和增强扫描不强的特点<sup>[3]</sup>。齿源性上颌窦炎常有牙根感

染史, 骨质破坏局限于窦腔下部, 常有骨质硬化。

总之, 通过 CT 平扫, 适当调整窗宽窗位, 结合冠状位扫描, 对上颌窦恶性肿瘤来源部位及周围组织的侵犯程度可做出较准确的诊断, 从而为确定治疗方案提供可靠依据。

**参考文献:**

[1] Weber AL, Stanton AC. Malignant tumors of the paranasal sinuses: radiologic, clinical, and histopathologic evaluation of 200 cases [J]. Head Neck Surg, 1984, 6(3): 761-776.  
 [2] 高鹤舫主编. 耳鼻咽喉放射诊断学[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1992. 167.  
 [3] 龚启勇, 刘 权, 杨昌云, 等. 副鼻窦病变致突眼的 CT 评价 [J]. 贵州医药, 1992, 16(1): 22-24.

收稿日期: 2002-04-15 修回日期: 2002-06-10

本文编辑: 吴 进

## 结肠癌的少见 X 线表现\*

宋 强, 汪秀玲, 刘 军, 王 绪

(徐州医学院附属医院影像科, 江苏 徐州 221002)

**摘要:**目的 提高对结肠癌的少见 X 线表现的认识。方法 分析 41 例具有少见 X 线表现的结肠癌患者的 X 线资料。结果 结肠多发原发癌 13 例, 结肠癌并发肠套叠 15 例, 结肠癌腹腔内转移 9 例, 结肠癌穿孔 4 例。结论 熟练掌握气钡双对比造影检查技术, 警惕结肠癌的少见 X 线表现, 是避免 X 线漏诊的关键。

**关键词:** 结肠癌; 少见表现; X 线影像

**中图分类号:** R445.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1000-2065(2002)04-0334-04

钡灌肠 X 线检查为诊断结肠癌的主要检查手段之一, 其典型 X 线表现可为临床诊治提供重要依据。但少见 X 线表现往往被放射科及临床医师所忽视。本文就一组经手术病理和活检证实的结肠癌少见 X 线表现进行分析讨论, 旨在提高对结肠癌少见 X 线表现的认识以进一步提高结肠癌的诊断水平。

### 1 资料和方法

在我科进行钡灌肠检查的病人中, 收集、统计资料完整的结肠癌少见 X 线表现共 41 例, 回顾性对其 X 线表现进行分析讨论, 全部病例均经手术或肠镜活检证实。采用日本岛津 500 mA 遥控 X 线胃肠检查仪, 取常规气钡双对比检查方法。

### 2 结 果

结肠癌腹腔内转移 9 例, 结肠癌穿孔 4 例。典型病例介绍如下:

2.1 结肠多发原发癌 例 1, 男, 64 岁, 反复发作腹痛伴消瘦 1 年。1 年前外院作阑尾切除术, 此后腹痛渐重并出现切口包块。体检: 脐上可扪及隐约不清包块 5 cm×5 cm, 质 1~2 度, 界不清, 无压痛, 右下腹麦氏切口不规则包块 3 cm×4 cm, 质 2 度, 界清不规则, B 超示回盲部结肠壁不规则增厚, 最厚处 1.2 cm, 上端肠管扩张, 局部内腔狭窄。气钡双对比灌肠检查, 见钡剂通过横结肠中段及盲肠处明显受阻, 分别显示长约 1~2 cm 的管腔不规则狭窄区, 管壁明显僵硬(图 1、2), 两段狭窄区间肠管扩张。X 线诊断: 结肠多发原发癌。手术所见: 盲肠 3 cm×4 cm 肿块, 侵犯侧腹膜, 横结肠中段明显狭窄呈管状, 直径 1 cm, 长 1 cm。结肠肝曲 20 cm×20 cm 肿块, 活动度佳, 为明显扩张的结肠肝曲, 其远侧为癌性狭

结肠多发原发癌 13 例, 结肠癌并发肠套叠 15 例, 结肠癌腹腔内转移 9 例, 结肠癌穿孔 4 例。

\* 作者简介: 宋 强(1968-), 男, 江苏睢宁人, 主治医师, 学士。