

于鉴别诊断时以排除肿瘤⁽¹⁾。

2. 良性占位病变: ①良、恶性肿瘤之比为1:3, 良性肿瘤起源于窦内粘膜, 常见于上颌窦、筛窦, 主要包括神经纤维瘤、骨化性纤维瘤、神经鞘瘤、软骨瘤、血管瘤、低分化血管纤维瘤和鼻腔神经胶质瘤等, 均表现为软组织密度肿块, 有骨膨胀和破坏。增强检查有助于鉴别, 以后三者的增强尤为显著。鼻腔神经胶质瘤、软骨瘤有明显骨硬化和骨化。骨纤维异常增殖症仅表现为骨畸形、密度增高, 无软组织肿块。内翻乳头状瘤是鼻腔和副鼻窦粘膜少见的上皮肿瘤, 10%可恶变。其CT表现为单侧鼻腔软组织肿块, 可侵及上颌窦、筛窦, 密度增高、膨胀, 可有骨质破坏和显著的骨硬化性反应。息肉样病变多为双侧弥漫性, 均为中度增强^(1, 3, 5)。

3. 恶性肿瘤: 筛窦恶性肿瘤以鳞癌多, 占副鼻窦鳞癌的10~20%。其CT表现为不规则软组织肿块, 密度多均匀, 有坏死者可有低密度区, 广泛的溶骨性破坏, 无膨胀。淋巴肉瘤、高度恶性的血管肉瘤、横纹肌肉瘤亦可有类似表现。粘液表皮样癌、囊腺癌、恶性多形性腺瘤可有骨膨胀, 但随其发展则出现广泛的骨质破坏。软骨肉瘤、骨肉瘤具有典型的条状或不定形多发的实质钙化⁽³⁾。作增强检查时, 癌多轻~中度, 肉

瘤中~高度增强⁽¹⁾。我们试提出以下三点可与粘液囊肿鉴别: ①粘液囊肿的骨质破坏较恶性肿瘤局限, 且伴有周围骨质不同程度膨胀。②软组织受压移位, 囊肿与内直肌间的正常脂肪间隙依然存在, 增强后内直肌边界更为清楚, 而恶性肿瘤浸润后边界模糊。③无强化或仅有周边环状强化, 而恶性肿瘤常不同程度强化。

由于前述各种原因, 粘液囊肿可出现软组织样的CT值, 且有骨质破坏, 易与肿瘤混淆。本文例1只注重了CT值和骨质改变而忽视了其他CT特征, 从而造成误诊。如能综合分析囊肿本身及其周围的其他CT征象, 可作出较为客观的定性诊断。CT分辨力明显高于常规X线, 可清晰显示囊肿的范围、大小、周围软组织和骨质的改变以及向颅内和眶内扩张的范围, 对手术有一定的指导意义。

主要参考文献

1. Som Peter M et al: Radiology 1986; 159: 591
2. Hesselink John R et al: Radiology 1979; 133: 397
3. Hasso Anton N: RCNA 1984; 22: 119
4. Som Peter M et al: JCT 1980, 4: 199
5. Bilaniuk Larissa T et al: RCNA 198; 20: 51

双侧股二头肌原发结核一例报告

山东省立医院骨科 张伟 于夕欣

患者女, 53岁, 于1987年3月5日入院。10个月前, 偶然发现左胫前外侧包块, 后逐渐增大, 除局部在劳累、久站后有酸胀感外, 别无不适。3个月前, 又触摸到右腘窝外侧包块, 不痛, 膝关节活动无碍, 亦无潮热、盗汗、咯血及体重下降。既往有慢性腰痛史8年, 无外伤及结核病史。

检查: 全身情况良好。左胫前外侧中上段有15×10×5厘米的椭圆形包块, 长轴与胫骨前肌纵轴方向一致。表皮正常, 边缘清, 囊性, 无压痛, 可上下少许推动, 滑动

皮下可感包块表面高低不平。紧靠其上方腓骨头上下, 另有两个3×2厘米的包块。右腘窝外侧, 股二头肌前外缘, 触到上下紧密排列的两个包块(4×3厘米), 质硬, 边缘清, 压痛, 几乎不活动。血常规、胸透(-)。X线片示左胫腓骨无异常, 腰椎轻度退行性变。初诊为良性包块(囊肿)。

手术所见: 双侧各包块均在剥离时破溃, 溢出混有干酪样凝块的淡黄色脓液。囊壁完整, 外围明显炎性增生。左胫前脓肿内有多个隔膜。同侧各脓腔有细蒂相通, 向上追至股二头肌盲端。除股二头肌原发病灶外, 其余脓肿均流注于深筋膜浅面, 且与其紧密粘着。将脓腔内容物吸净后, 完整切除囊壁, 双侧病变送病理检查。术后10天拆线, 刀口甲级愈合。病理诊断: 横纹肌结核。