

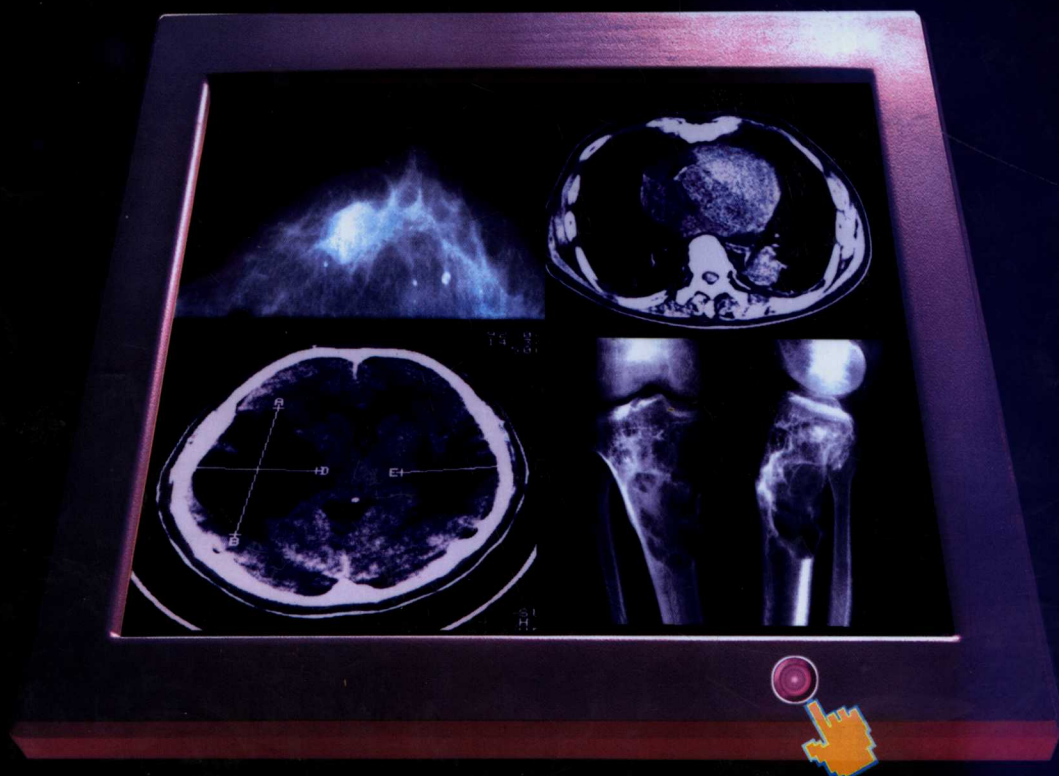
肿瘤疑难病诊疗图谱

误诊典型病例分析

● 吴敬亮 著 Management atlas
of tumors diputed cases

Analysis of typical patient
for misread examined

● Wu jing liang, M.D



广东省出版集团

广东科技出版社

肿瘤疑难病诊疗图谱

Management atlas of tumors diputed cases

误诊典型病例分析

Analysis of typical patient for misread examined

吴敬亮 著

Wu jing liang, M.D.

广东出版集团
广东科技出版社

·广州·

内 容 简 介

本书为肿瘤临床放射诊治研究的总结。介绍放射诊断与放射治疗密切结合的临床意义和价值,放射诊治的传统技术和现代技术的结合应用,肿瘤的中西医结合治疗。全书分为:头颈部肿瘤、胸部肿瘤、腹部肿瘤、骨和软组织肿瘤、多原发癌和其他肿瘤。具体剖析 66 个病例,附有 668 幅图谱,具较高科学性、学术性和实用性,可供广大临床医生包括放射诊断、放射治疗、肿瘤、介入、五官等科医生参考。

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤疑难病诊疗图谱:误诊典型病例分析/吴敬亮著.
广州:广东科技出版社,2007.5
ISBN 978-7-5359-4131-2

I. 肿… II. 吴… III. 肿瘤—疑难病—诊疗—图谱
IV. R73-64

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第035399号

出版发行:广东科技出版社
(广州市环市东路水荫路11号 邮码:510075)
E-mail: gdkjzbb@21cn.com
http://www.gdstp.com.cn
经 销:广东新华发行集团股份有限公司
印 刷:广东九州阳光传媒股份有限公司
(广州市增槎路1113号 邮码:510435)
规 格:889mm×1194mm 1/16 印张14.25 插页1
字 数:490千
版 次:2007年5月第1版
2007年5月第1次印刷
印 数:1~3000册
定 价:98.00元

如发现因印装质量问题影响阅读,请与承印厂联系调换。

作者简介



吴敬亮，从事放射肿瘤临床工作和研究40多年。1964~1984年供职于中山医学院肿瘤医院，1984年供职于广东省人民医院至今。中共党员、副主任医师、研究员、原中华放射学会及中华放射肿瘤学会广东分会多届学术秘书和委员。

多次参加国内外学术交流会。在国家及省级等杂志上发表论文50多篇，其中多篇优秀论文被录入《中国肿瘤临床年鉴》等国家级专著中，《鼻咽癌放射性脑病CT诊断和防治研究》（合作）获全国专科学术会议优秀论文一等奖（1986年）。放射性脑病的诊断和治疗研究论文分别发表在国家级的核心杂志上，在国内首先确诊第一例被误诊的放射性脑病而被记入《广东卫生志（放射学）》中。出版《肿瘤疑难病放射诊治图谱》（人民卫生出版社，1997年）等专著5部，《五官常见恶性肿瘤X线诊断图谱》（1985年）为广东省首部五官恶性肿瘤影像学专著，被记入《广东卫生志（放射学）》中。参编《鼻咽癌影像诊断学》（科学出版社，2000年）等专著多部。主持《原发性骨肉瘤保肢放化综合治疗》等研究获广东省卫生厅科技成果奖2项（1998年、2000年）。创研中药“养阴舒喉片（参射汤）”，获广东省中医药管理局立项并资助（1997年），结题后成为医院制剂，由中国抗癌基金会推荐并资助，参加《国际肿瘤研究优秀成果交流会》交流（德国·汉堡，2000年）。

广东省科普作家协会会员，多年来参与医学科普创作，在《家庭医生》、《香港大公报》等报刊杂志上发表医学科普文章近百篇，获奖多篇。《癌症警钟》专著获全国优秀科普作品三等奖（1996年）。

序 一

恶性肿瘤已经成为威胁我国群众健康与生命的重要疾病，在北京、上海等大城市，恶性肿瘤的发病率及死亡率已经超过心脑血管疾病，成为首要的致病因素，因此防治肿瘤已经成为医疗界的首要任务。

恶性肿瘤的四大主要治疗手段中，放射治疗占有重要地位。据统计，全部恶性肿瘤患者中大约 70% 在病程治疗中需要用放射治疗，大约 40% 的病例放疗可以根治。综合医院收治的恶性肿瘤患者，可能早期病例只占 10%，这些病例用单一有效的治疗方式可能得到根治。60%~70% 的患者在确诊时是中期，或者称之为局部进展期，对这 II 期、III 期的肿瘤患者必须采取放射、手术及抗癌药化疗等综合治疗有序结合，或同时或序贯，才能提高疗效，达到根治的目的。在综合医院收治的恶性肿瘤患者中，大约有 20% 是晚期有全身远位转移的病例，治疗这些患者的原则是尽量减轻肿瘤负荷，减轻病人痛苦，延长病人生命，提高生存期内的生存质量。

放射治疗在早期患者中可能是首选或主要治疗方法，如霍奇金氏淋巴瘤的淋巴细胞优势型，或非霍奇金氏淋巴瘤韦氏环受累的 I 期病例。在中期患者综合治疗方案中，放射治疗可以起到重要作用，可用作术前、术中或术后放疗。或与化疗同时，序贯应用治疗肺癌；或采用超分割治疗方式，提高头颈肿瘤尤其是鼻咽癌或食管癌的治愈率；或用伽马刀治疗肝、胰腺、肺和脑的恶性肿瘤；或用放射粒子植入治疗早期前列腺癌等。对晚期患者，放射治疗是姑息治疗的主要手段，几乎所有的晚期患者都会用放疗作为主要治疗手段，如脑转移、骨转移、软组织转移等。

放射治疗如所有的治疗方法与手段一样，都有适应证、禁忌证，都要求治疗对象能符合治疗方法的治疗范围。放射治疗也有毒副作用，使用恰当，就会从治疗中得益，使用不当，会适得其反，受到放射损伤，尤其是晚期损伤，有的相当严重，甚至可

能危及生命。

恶性肿瘤是病因不甚明确，病程复杂多变，治疗方案几乎 100% 需要个体化，预后极难预料的一种疾病。随着科学技术的不断发展，对肿瘤的认识不断提高，治疗肿瘤的手段不断完善，治疗方案也逐渐规范化，治愈率有明显提高。但是因为对肿瘤发生发展的规律仍然认识不足，治疗方法掌握不充分不熟练，治疗方案规范化不够全面，难免在治疗过程中出现偏颇，或治疗率不高，或出现毒副作用及损伤，甚至死亡时有发生。这些都是惨痛教训。

广东省人民医院吴敬亮医师集多年来的临床经验，结合肿瘤诊治的最新进展，以实事求是的精神，本着对患者健康与生命负责的态度，编纂了这本《肿瘤疑难病诊疗图谱》。目的是与肿瘤界同仁和医界同道，共同学习与探讨肿瘤诊疗的相关规律及规律之外的问题。作者专业理论扎实，经验丰富，且敬业勤奋，刻苦认真，钻研了大量相关病例，具体剖析了 66 份病例，收集图谱 668 幅，旨在说明已经发生或容易发生偏差、误诊、误治的问题。作者在此之前曾出版同类专著，并多次印刷以满足读者要求，可见读者对这类书迫切需要的程度。

本书的出版，肯定会为临床医师增加许多丰富宝贵的知识，特别是用于预防诊治错误，提高治疗规范的正确率，有益于临床医师的实践活动及借鉴资料。本书肯定也为医科学生增加许多基础和临床知识，成为医科学生进入临床前的宝典。

感谢吴敬亮医师要我为其写序，祝贺他的新作面世。

申文江

（中华放射肿瘤学会常委、《中华放射肿瘤学杂志》编委，
北京大学第一医院放射肿瘤科主任医师、教授）

序 二

随着现代医用诊治设备的迅猛发展，现代影像技术（CT、MRI、DSA、ECT、PET、TAE 等）的增添，极大地推动了肿瘤临床诊疗的发展。这正需要从事肿瘤临床大夫不断更新知识。如何正确认识不同肿瘤和肿瘤不同发展阶段的临床症状、体征及影像学表现的特征？如何辨别肿瘤复发和放射损伤的影像学特征？提高诊断和放疗水平就显得至关重要。放射治疗大夫需要掌握多学科的基本理论和技能，也需熟练地掌握影像学的基本理论和操作技能，才能真正地发挥放射治疗在肿瘤治疗中的重要作用。《肿瘤疑难病诊疗图谱》正是对这方面的悉心探讨。

作者结合当前国内外肿瘤诊疗的先进技术，在肿瘤临床遇到和处理过的大量疑难病例和被误诊错治的病例中，精选出具有典型又带普遍性、借鉴性又有实用价值的病例，按临床资料、诊治经过、随访结果和病例特点编写。内容包括：头颈部、胸部、腹部、骨和软组织肿瘤，多原发癌以及其他肿瘤等约 30 多个癌种，剖析 66 个病例，附上影像图 668 幅，具有直观之优势，实用价值较高。

在肿瘤临床放射治疗中，作者充分利用高精诊疗设备和技术，把传统技术和现代技术相结合，以较多实例对鼻咽癌的分期、复发、神经损伤、侵犯趋向、发病机理以及鼻咽癌放射后遗症等作了明晰而中肯的论述，对临床诊断、治疗和预后的评价有较高参考价值。创研“参射汤”（养阴舒喉片）配合放射治疗鼻咽癌的研究，获得可喜的疗效，在中西医结合治疗肿瘤中起到积极的促进作用。在原发性骨恶性肿瘤治疗中，首次介绍了介入（TAE）加放疗、加多程全化保肢综合治疗技术，减少了病人的截肢之苦和提高了疗效的作用，在国内外较早开展此项新技术。在国内率先开展对鼻咽癌放射性脑病的诊断和治疗，获得显著疗效。

本书勇于突破常规的编写方法，用第一手资料，以记实的撰写方法，具真实性、实用性；以实践经验为主，用理论作指导，将经验升华为理论，经多学科验证，具科学性；以放射肿瘤学为主，用影像学技术引导，两者密切结合，技术性强；实录和剖析病例诊疗经过、治疗方法，并附上影像学照片，图文并茂，极具学术性。这些特点有别于国内外其他专著，是一本实用价值、参考价值较高的专著，值得向读者推荐。

魏大藻

（原中华放射学会常委、《中华放射学杂志》编委、中华放射学会
广东分会主委，广东省人民医院放射科主任、教授）

前 言

放射影像学科和放射肿瘤学科原是同一学科（放射科），由于本学科发展迅猛，20 世纪 80 年代中前期分为放射影像学科和放射肿瘤学科。在肿瘤临床中，这两个学科仍是非常密切的，缺乏影像学基本知识和操作技术，放疗的准确定位就难以保证。传统影像学（平片、造影等）和现代影像学（CT、MRI、ECT、PET 等）目前仍需互补。书中除了应用现代诊疗新技术外，也有应用传统影像学技术（在有现代设备之前），两者仍可互补。

20 世纪 50 年代（在 CT、MRI 之前），我国著名放射学家谢志光教授建议，魏大藻教授和郭广柏教授率先开展鼻咽腔钡胶浆造影术，在国内鼻咽癌放射学诊断上开了先河。我们承前辈的引导，普遍开展此项工作，并对鼻咽癌早期造影的表现进行了研究。还开展“原发性骨肉瘤保肢放化综合治疗”、“鼻咽癌放疗后放射性脑病诊疗”研究，和创研中药“参射汤”配合放射治疗鼻咽癌的研究等，取得了显著的成效。

著者从事肿瘤临床放射诊治和研究 40 多年，从长期累积的大宗病例中选出具有代表性和借鉴性的 66 例，进行个案剖析，其中有被误诊、错治的病例，经纠正后再治疗，有成功也有失败的经验，并附有诊疗前后的影像学照片 668 幅，都经病理验证，力求科学性、实用性。在收集资料和撰写中得到著名放射学前辈魏大藻教授和胡景铃教授的启蒙和引导，广东省人民医院的兄弟科室和同事给予大力支持，在此表示衷心感谢。

资料限于地区性，限于个人的经验和水平，难免存在片面和错漏，恳请读者赐教指正。

目 录

第一章 头颈部肿瘤	1
一、鼻咽癌 (Nasopharyngeal carcinoma)	1
(一) 鼻咽癌的诊断与治疗	1
1. 鼻咽癌的影像学诊断	1
2. 鼻咽癌的治疗	25
(二) 鼻咽癌的病例分析	28
1. 概述	28
2. 病例分析	28
(三) 放射性脑病	57
1. 概述	57
2. 病例分析	58
(四) 鼻咽正常结构变异与癌	61
1. 概述	61
2. 病例分析	62
二、颅内肿瘤 (Intracranial tumors)	66
1. 概述	66
2. 病例分析	66
三、喉癌 (Laryngeal cancer)	69
1. 概述	69
2. 病例分析	74
第二章 胸部肿瘤	78
一、食道癌 (Oesophagus carcinoma)	78
1. 概述	78

2. 病例分析·····	79
二、肺癌 (Pulmonary carcinoma)·····	88
1. 概述·····	88
2. 病例分析·····	88
三、纵隔肿瘤 (Mediastium tumors)·····	109
1. 概述·····	109
2. 病例分析·····	109
四、乳腺癌 (Breast carcinoma)·····	111
1. 概述·····	111
2. 病例分析·····	120
第三章 腹部肿瘤·····	123
一、胰腺癌 (Pancreas carcinoma)·····	123
1. 概述·····	123
2. 病例分析·····	124
二、胆囊癌 (Gall bladder carcinoma)·····	129
1. 概述·····	129
2. 病例分析·····	129
三、肝癌 (Liver carcinoma)·····	133
1. 概述·····	133
2. 病例分析·····	133
四、结肠癌 (Colon carcinoma)·····	136
1. 概述·····	136
2. 病例分析·····	136

目 录

五、腹膜后肿瘤 (Retroperitoneal tumors)·····	142
1. 概述·····	142
2. 病例分析·····	143
第四章 骨和软组织肿瘤·····	151
一、骨原发性恶性肿瘤 (Bone malignant tumors)·····	151
1. 概述·····	151
2. 新法治疗·····	152
3. 病例分析·····	155
二、软组织肉瘤 (Soft tissue tumors)·····	174
1. 概述·····	174
2. 病例分析·····	174
第五章 多原发癌·····	189
一、鼻咽癌和肺癌 (Nasopharyngeal carcinoma and lung carcinoma)·····	189
二、鼻咽癌和牙龈癌 (Nasopharyngeal carcinoma and ulocarcinoma)·····	193
三、鼻咽癌和肝癌 (Nasopharyngeal carcinoma and hepato carcinoma)·····	196
四、鼻咽癌和胰腺癌 (Nasopharyngeal carcinoma and pancreas carcinoma)·····	199
五、胰腺癌和结肠癌 (Pancreas carcinoma and colon carcinoma)·····	202
六、食道癌和胆管癌 (Oesophagus carcinoma and choledocho carcinoma)·····	206
七、皮肤癌和肺癌 (Skin carcinoma and lung carcinoma)·····	207
第六章 其他肿瘤·····	210
一、喉部黏膜下淋巴管瘤 (lymphangioma)·····	210
二、脊髓内星形细胞瘤 (Ustrocytoma in the spinal card)·····	211
三、左髂窝皮下组织恶性肿瘤 (Low differdntiated adenocarcinoma)·····	214
参考文献·····	216
彩页	



第一章

头颈部肿瘤

一、鼻咽癌 (Nasopharyngeal carcinoma)

(一) 鼻咽癌的诊断与治疗

1. 鼻咽癌的影像学诊断

头颈部的组织器官解剖结构较复杂，器官之间的联系较密切。肿瘤的临床症状及体征的表现容易混淆，需借助于影像学技术的检查。在常规的影像学中，这些器官有的相互重叠，影像学表现难于辨别，以致容易漏诊或误诊。

20 世纪 80 年代后，随着现代医用影像学设备（CT、MRI、ECT 等）的增添和技术的提高，才能有效地纠正漏诊和误治。

(1) 正常鼻咽腔 X 线平片解剖

1) 正常鼻咽腔侧位 X 线平片解剖

鼻咽腔内含有的气体与鼻咽腔的组织结构对比明显，常规 X 线平片可显示鼻咽腔的轮廓（图 1-1）。鼻咽侧位平片所见，鼻咽腔呈一柱状透明阴影，位于颅底下方和鼻腔后方。顶壁及后壁软组织依附于骨壁上，顶壁较厚，与颅底平行；后壁软组织与椎体前面平行一致，表面光滑，第 1 颈椎结节处稍向前突。顶壁与后壁移行部为近直角凸向上后方的弧线状。鼻咽软组织后壁最薄，顶壁前部稍厚，顶壁后部最厚。侧壁两侧重叠，但咽鼓管处呈卵圆形透明影。

2) 正常鼻咽腔软组织厚度测量

正常鼻咽腔软组织厚度因年龄与呼吸不相同有很大差别，婴幼儿较厚，随年龄增大逐渐变薄。呼气相较厚，吸气相较薄。个体间及颈部的屈、后伸均有差别。正常成人鼻咽腔顶壁软组织厚度前部为 3~8mm，后部为 6~16mm；鼻咽腔后壁为 1~7mm；口咽及喉上部后壁为 2~5mm；咽喉下部后壁为 9~15mm。一般认为鼻咽腔顶壁厚 5mm，绝对值不超过 10mm。鼻咽、口咽和喉咽上部一般不超过 5mm。鼻咽顶壁与后壁相邻接部分呈近似于直角弧

线样后突,此线光滑柔软。鼻咽腔厚度测量一定要结合形态上的变化结果才可靠。文献上报道咽后壁软组织测量方法很多,目的是规范测量部位,以便比较,但往往测量正常值范围较大,与咽后壁病理性增厚有重叠,因而实际应用价值有限。

根据我们实践经验,建议采用闭口侧位平片,以下三点为测量正常鼻咽软组织厚度的测定点:①以下颌骨之喙突和髁状突作一连线,分为5等份,然后取其前2等份的后端点(A点),此点相应处组织厚度为鼻咽顶前部的软组织厚度;②下颌切迹后升部与咽组织交界处(B点)的软组织厚度为鼻咽顶后壁的软组织的厚度;③第1颈椎前结节(C点)前方软组织厚度为鼻咽后壁的软组织厚度(图1-2)。

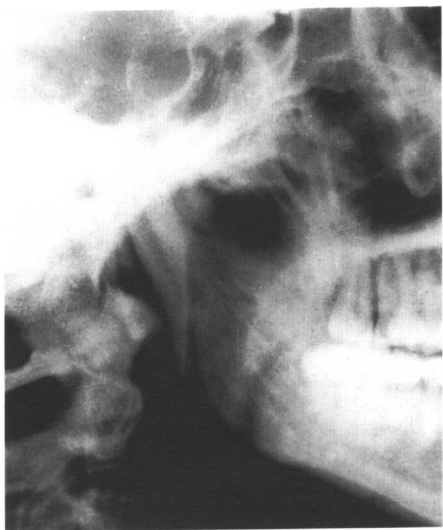


图1-1 正常鼻咽腔侧位平片

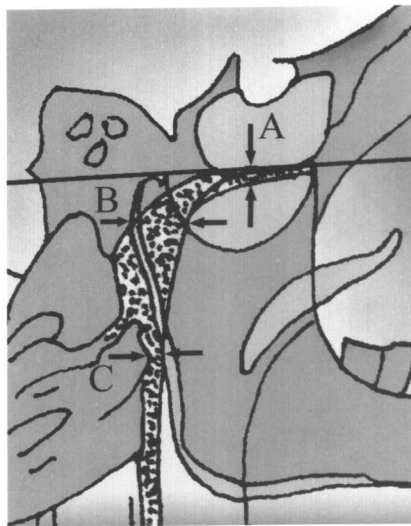


图1-2 正常鼻咽腔软组织厚度
测量点(A、B、C)

按照此法,我们测量正常青年组(14~24岁)及正常成年组(25~60岁)鼻咽软组织厚度,青年组平均值为:顶前壁11.3mm,顶后壁15.1mm,后壁4.2mm;成年组平均数值为:顶前壁6.7mm,顶后壁12.1mm,后壁3.8mm。从资料看出,青年组由于鼻咽腺样体组织未完全萎缩,鼻咽软组织厚度较成年组为厚。

3) 正常颅底颈顶位平片解剖

从正常颅底颈顶位平片所见,颅中窝的结构包括:枕骨斜坡、破裂孔、蝶骨大翼和小翼、卵圆孔、棘孔和颞骨岩尖部。颅底颈顶位平片上,各组织器官互相重叠。鼻咽腔前界及侧壁显影清楚。前界位于鼻后孔及鼻中隔后,侧以下鼻甲后端或翼突为界,斜向后外方,并轻度内突。两侧壁之间位于颅底中央即蝶-枕骨下的透明影即为鼻咽腔。后壁为鼻咽和口咽后壁的投影。口腔气影和鼻咽腔气影呈类“方形”透亮阴影,重叠于枕骨斜坡和双侧岩尖部;舌根部呈一半圆形且弧状向后突的中等密度影,与口腔气影重叠。有时口咽较大,舌根后缩,呈现后界清楚、较大的软组织影,不要误认为病变。舌骨以双条等宽的弧状向前伸,呈现条状密影,位于枕骨大孔前方。蝶窦呈一椭圆形或分房状边缘清楚的透明影,重叠于枕骨斜坡前部(图1-14)。

枕骨斜坡后部较前部略宽,且密度较高。蝶骨大翼密度较低,其中卵圆孔为椭圆形、棘孔为圆形,边缘光滑,锐利。岩骨尖部斜向前内方,可见一管状透明影与其平行,此为颈内动脉管压迹,岩尖前缘一圆形或椭圆形透明影为破裂孔,小翼突区可见数条尖状向后,而且密度较高的阴影(图1-3)。

4) 正常舌下神经孔平片解剖

正常舌下神经的X线解剖:正常舌下神经孔(图1-5)位于枕骨大孔两侧,枕骨髁外前方,前外部与颈静孔相连,其形态多为椭圆形,一般左右对称。舌下神经(XII)通过此孔。舌下神经孔的投影:患者取仰卧位(或采取伏卧式),头倾向对侧旋转,使头部矢状面与片盒成45°角,下颌稍仰起,使听眶(听鼻)线与片盒垂直,被检测的对侧乳突尖内侧3cm处置于片盒中心。中心线对准被检测听眶线距外耳孔3cm处垂直片盒射入。

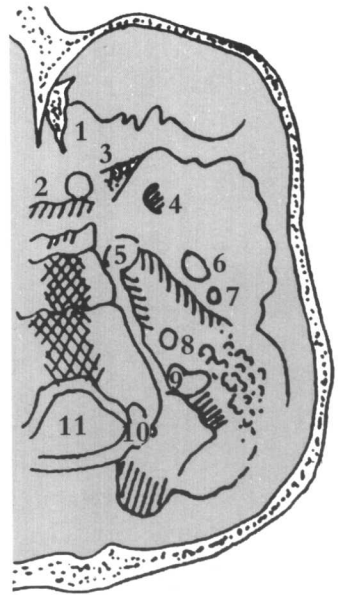


图 1-3 正常颅底颏顶位平片

1. 卵圆孔, 2. 棘孔, 3. 破裂孔, 4. 颈静脉孔

图 1-4 颅中窝与颅神经关系线条图

1. 筛板 (I), 2. 视神经孔 (II), 3. 眶上裂 (III、IV、V、VI), 4. 圆孔 (V上颌支), 5. 破裂孔 (交感神经、颈内动脉), 6. 卵圆孔 (V下颌支), 7. 棘孔 (脑膜中动、静脉), 8. 内耳道 (VII、VIII), 9. 颈静脉孔 (IX、X、XI), 10. 舌下孔 (XII), 11. 枕骨大孔 (颈动脉、脊髓前后动脉)



(2) 正常鼻咽腔钡胶浆造影表现

鼻咽腔钡胶浆造影, 能将鼻咽腔正常轮廓的全貌和病变的情况 (顶壁黏膜、病灶的原发位置、范围及其形态改变) 全面显示出来, 特别是双侧耳咽管口和咽隐窝显示更为清楚。我们根据多年的实践, 认为钡胶浆造影, 能提示鼻咽腔早期原发病灶的部位, 给活检提供较准确的位置, 为提高鼻咽癌的早期诊断有一定的价值。

1) 造影方法

①造影剂的配制 纯硫酸钡 4.5g, 阿拉伯胶粉 1.5g, 加入冷开水 4mL, 均匀研磨成混液即可。有条件的或造影剂量大的单位可制成安瓿 (1 人剂量), 供随时使用。

②造影技术 患者取仰卧位头略后仰, 用鼻窥先张开一侧鼻孔, 然后将装有造影剂的注射器经鼻孔徐徐滴入造影剂 2mL, 再将头转向另一侧, 用同样方法, 在另一鼻孔滴入等量的造影剂后, 患者头部置于床沿之外, 操作者托着病者头部, 有规律地向左右轻轻转动, 反复两次。转侧卧时, 令患者发音, 随时给患者拍摄半卧位式颅底颏顶位和坐式鼻咽侧位片 (有条件者, 可立体照片各 2 张)。

2) 鼻咽腔钡胶浆造影表现

鼻咽腔造影实际为钡气双重造影。正常鼻咽造影侧位片所见 (图 1-6a) 上, 顶壁呈轻度波纹状, 咽隐窝有时呈细微的羽毛状。后壁光滑整齐, 咽鼓管口充盈时, 造影剂呈椭圆形致密影。侧壁中部呈外凸的小三角形或锥形致密影, 为咽鼓管开口, 其后方为咽鼓管圆枕。咽鼓管圆枕后方与后壁间外凸部分为咽隐窝。

正常鼻咽造影颅底颏顶位片所见 (图 1-6b), 两侧对称性之耳咽管开口向内呈漏斗形, 耳咽管内份呈线状向后方突出; 双侧耳咽管隆突呈对称性弧形自双侧向中线隆起, 表面光滑锐利; 侧壁与后壁间, 可见一细袋状影往侧后突出, 此为咽隐窝; 鼻咽顶部为圆顶状, 顶壁可见类圆形黏膜皱襞。顶壁呈不规则细致网状纹理或为纵行黏膜皱襞。前壁有时可见类半弧状向鼻咽腔突入, 多为下鼻甲后端影。

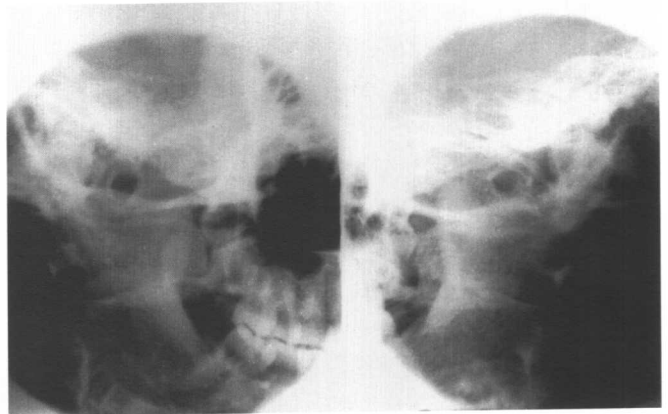


图 1-5 正常舌下神经孔

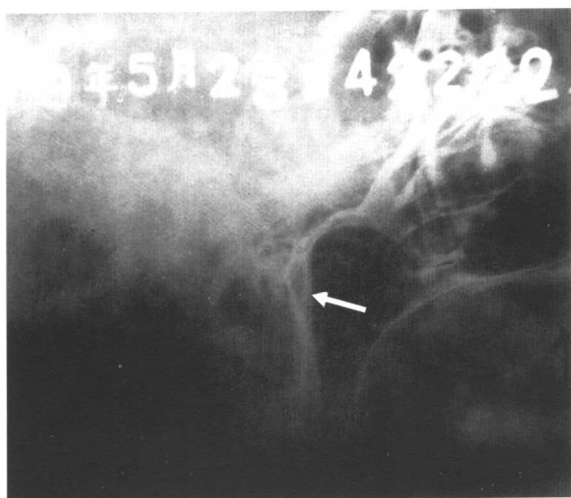


图 1-6a 正常鼻咽腔造影（侧位片）

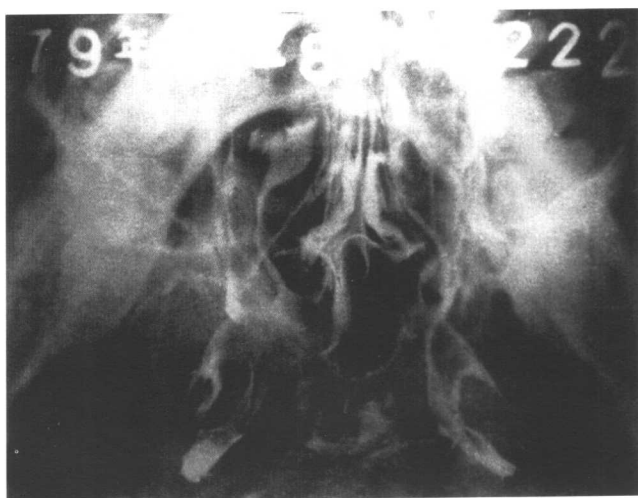


图 1-6b 正常鼻咽腔造影（颏顶位片）

（3）鼻咽癌 X 线平片和造影表现

在引进 CT 和 MRI 影像设备之前，对鼻咽癌的诊断，都以临床表现及病理诊断为主要诊断手段，放射学检查是一种辅助诊断方法。常规 X 线检查能提示鼻咽腔有否新生物及其浸润范围，也能确定鼻咽癌有否累及颅底骨质，以及远处（肺、骨等）转移。对鼻咽癌的放射学诊断，一般采用常规的鼻咽侧位平片和颅底（颏顶）位片诊断。较早期的鼻咽癌，用鼻咽腔钡胶浆造影可以协助诊断。鼻咽癌侵犯邻近器官（超腔）则采用相关体位（眼眶位、筛窦位、鼻窦位等）或特殊体位（视神经孔、眶上裂、颈静脉孔、舌下神经孔等）X 线平片综合分析诊断。

CT 或 MRI 扫描能提高鼻咽癌的早期诊断率、可以完全取代常规的 X 线平片诊断，但对于没有 CT 或 MRI 影像设备的医院来说，常规 X 线平片检查仍为鼻咽癌诊断的重要手段之一。只要充分掌握 X 线平片的征象，密切结合临床表现，也能作出较正确的诊断。X 线检查包括鼻咽侧位平片、颅底片、鼻咽腔钡胶浆造影及特殊照片等。

1) 鼻咽癌 X 线平片表现

①鼻咽癌侧位 X 线平片表现 当鼻咽腔发生新生物时，由于新生物的类型不同，肿块突入鼻咽腔或浸润性增厚，使鼻咽腔有不同程度狭窄，正常气道改变，边缘不整。鼻咽侧位平片除观察鼻咽顶后壁、顶前壁及后壁软组织影，以及鼻咽腔气道影外，还可观察蝶鞍、蝶窦、软腭、口咽后壁及颈椎上部有否受累。较早期鼻咽癌在鼻咽侧位平片上表现如图 1-7～图 1-13。

②鼻咽癌侵犯颅底 X 线平片表现 解剖上，鼻咽腔顶壁及顶后壁与颅底骨质为毗邻，鼻咽顶部软组织与颅底相隔约 1cm，鼻咽癌向黏膜下浸润扩展，容易侵犯颅底骨质。

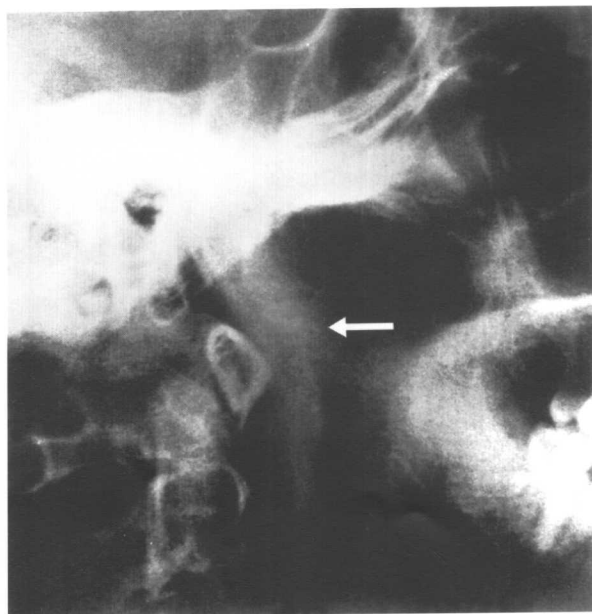


图 1-7 鼻咽低分化鳞癌

顶后壁软组织不规则性增厚，表面模糊（菜花型）

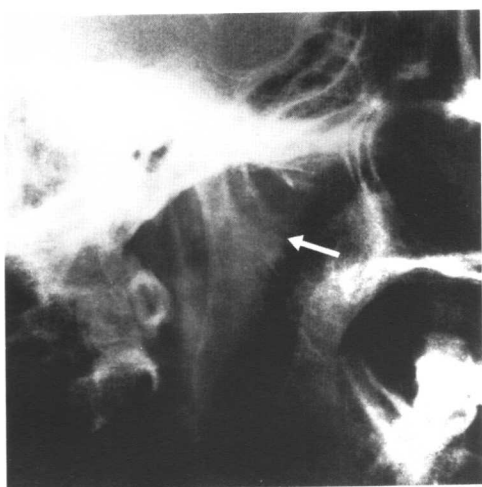


图 1-8 鼻咽低分化癌

顶后壁软组织结节状隆起，表面光滑（结节型）

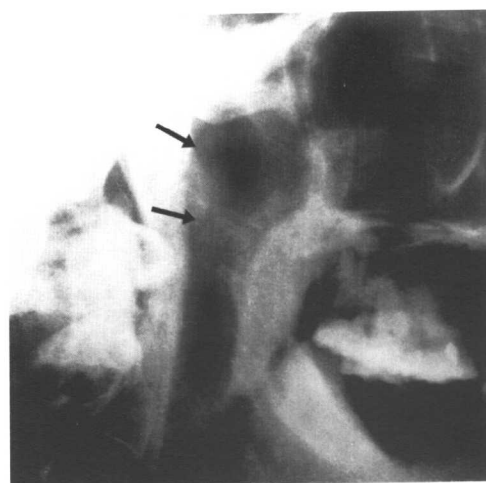


图 1-9 鼻咽鳞癌III级

顶后壁软组织大结节突起，边缘光滑（结节型）

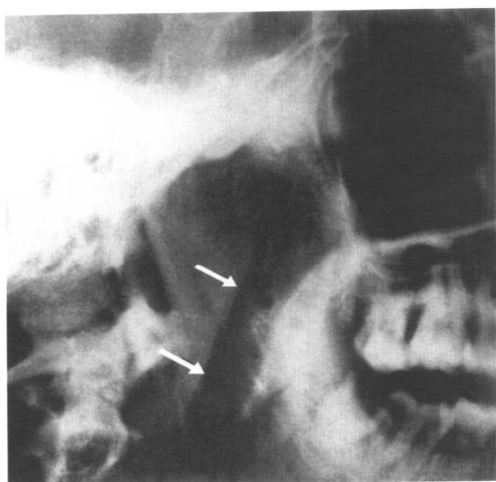


图 1-10 鼻咽癌(未分类)

顶后壁软组织明显增厚，表面尚光滑（浸润型）

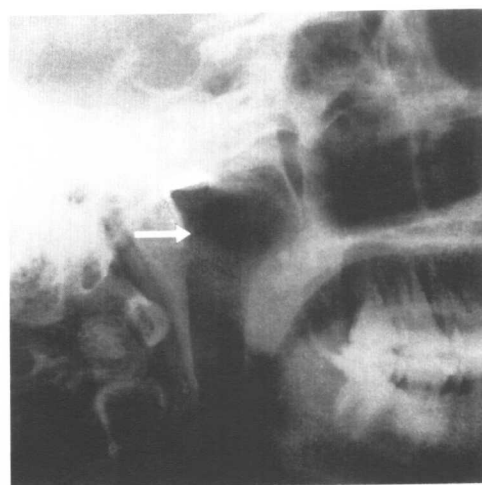


图 1-11 鼻咽癌(未分类)

顶后壁软组织局部隆起，基部宽，表面光滑（隆起型）

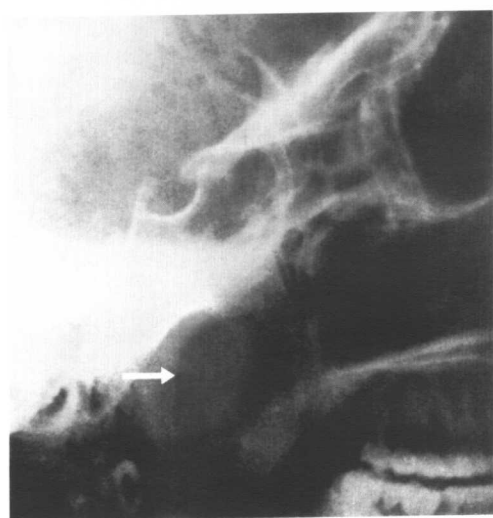


图 1-12 鼻咽低分化癌

顶后壁软组织呈双边影，表面清楚，为偏侧性新生物

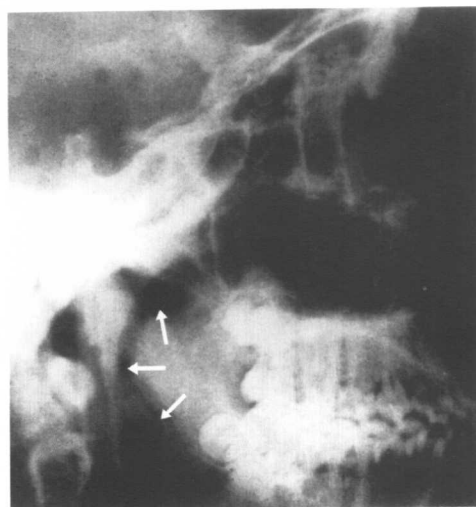


图 1-13 鼻咽低分化癌

底壁软腭、软组织呈块状影，边缘光滑

据有关统计资料,鼻咽癌颅底骨质破坏发生率,国内报道为23%~37%,国外报道为15%~27%。颅底骨质破坏多以溶骨性缺损,缺损边缘不整,孔道受累时,多为孔道扩大,边缘压迫性变薄,或骨质破坏消失。颅底骨质破坏位置及范围,与鼻咽癌灶在鼻咽腔所处位置、病期有直接关系,见图1-15~图1-22。



图 1-14 颞顶位片
正常中颅窝

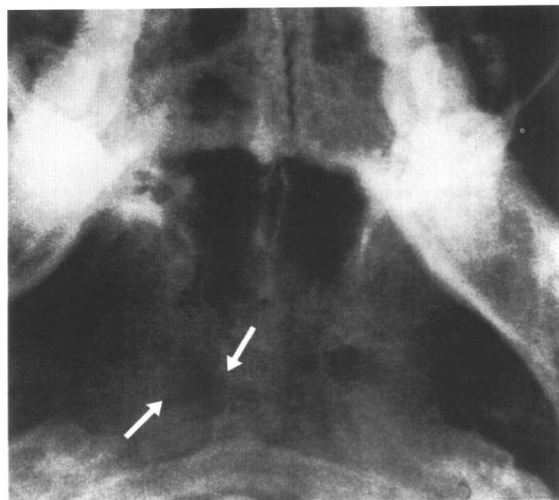


图 1-15 鼻咽低分化鳞癌
颅中窝、右侧岩尖、卵圆孔、棘孔和蝶
骨大翼呈区域性破坏,边缘整齐

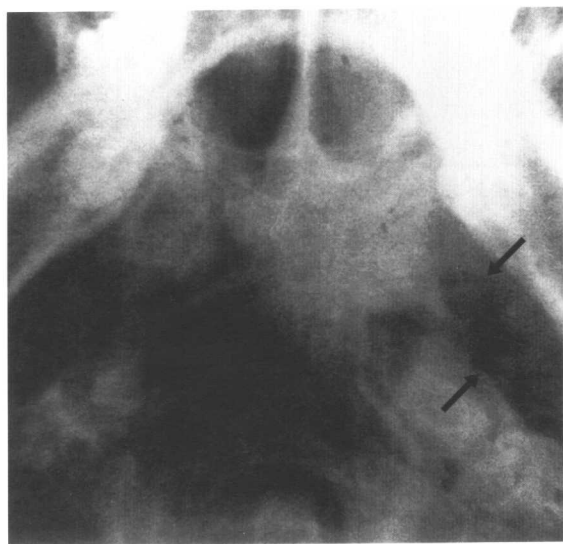


图 1-16 鼻咽低分化鳞癌III级
左卵圆孔、棘孔扩大,边缘模糊

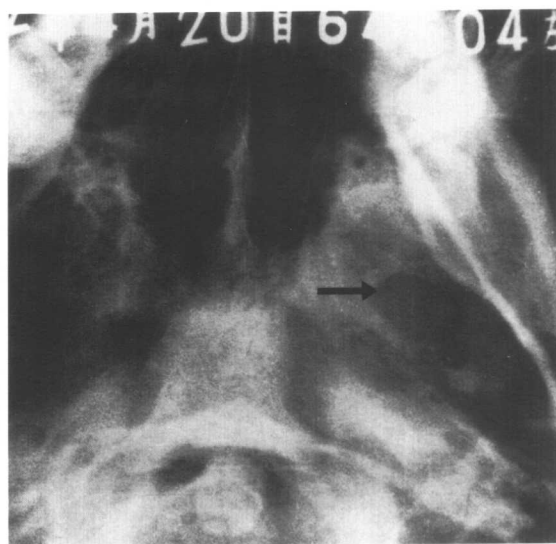


图 1-17 鼻咽低分化鳞癌
左卵圆孔扩大,边缘清楚

③鼻咽癌侵犯其他部位X线平片表现 鼻咽癌向后浸润茎突区,临床难以检出,在没有CT或MRI扫描设备之前,需用特殊体位照片。常用有颈静脉孔和舌下神经孔照片,主要观察鼻咽癌浸润茎突后间隙情况,当茎突区受累,颈静脉孔可以扩大或破坏。当鼻咽癌患者出现舌肌萎缩,或伸舌歪斜时,若为放疗前,要考虑是因鼻咽肿瘤浸润茎突后区,累及颈静脉孔或舌下神经孔等区域所致。若为放疗后,则需作茎突区是肿瘤复发或是放疗组织纤维化鉴别。我们做了一组病例的研究,当鼻咽癌患者临床出现IV或VII颅神经症状者,进行舌下神经孔照片,发现37%有不同程度舌下神经孔扩大或破坏。由此推测,这与鼻咽癌向后发展,直接浸润茎突后间隙(茎突区)有密切关系。

鼻咽癌侵犯颈静脉孔和舌下神经孔的表现如图1-23~图1-27。