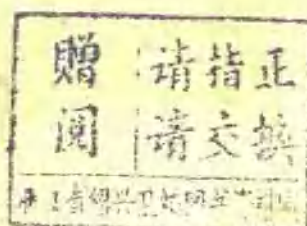


050584

X线诊断学习资料

· 内部资料 ·

(一)



浙江省绍兴地区卫生学校

一九七四年九月

目 录

1. 颅脑读片.....	(1)
2. 碘苯脂脑室造影.....	(1)
3. Conray 脑室造影.....	(3)
4. 读片报告.....	(4)
5. 小剂量缓慢定向气脑造影.....	(5)
6. 肾结核的 X 线诊断.....	(5)
7. 腮腺造影 X 线诊断.....	(8)
8. 眼球异物定位.....	(11)
9. 骨肉瘤软骨肉瘤和动脉瘤样骨囊肿的 X 线诊断.....	(13)
10. 先天性心脏病平片 X 线诊断.....	(14)
11. 先天性心脏病的 X 线诊断.....	(21)
12. 胃癌及其他胃肿瘤的 X 线诊断.....	(23)
13. 食道的 X 线诊断.....	(30)
14. 关于溃疡病的有关 X 线诊断.....	(33)
15. 慢性阑尾炎的 X 线诊断.....	(38)
16. 左上腹肿块病变 X 线定位的几个问题.....	(40)
17. 小肠病变.....	(45)
18. 十二指肠病变 X 线诊断讨论.....	(48)
19. 口服胆囊造影显示胆管.....	(51)
20. 关于尘肺诊断中的若干问题.....	(51)
21. 与矽肺 X 线影象相似病变的鉴别诊断 (摘要).....	(62)
22. 矽肺与肺结核的鉴别诊断.....	(63)
23. 矽肺的 X 线特征.....	(67)
24. 肺癌的 X 线诊断.....	(71)
25. 下肢动脉造影.....	(73)
26. 大剂量静脉滴注肾盂造影 (摘要).....	(76)
27. 胃溃疡癌变的 X 线诊断.....	(78)
28. 胆影葡胺 (胆影钠也可) 静脉滴注胆道造影 50 例.....	(82)
29. 眼和眼眶肿瘤的 X 线诊断.....	(83)
30. 肺门淋巴结环形钙化对矽肺 X 线诊断的意义.....	(87)

颅 脑 读 片

江苏新医学院附属二院放射科 王钟琪

(根据记录整理, 未经本人审阅)

一、两侧半球占位性病变(证实)

①右侧可见肿瘤异常血管, 说明右侧有肿瘤。

②但大脑前A向右侧移位, 说明左侧也有占位性病变, 且说明左侧大于右侧。

二、平片在顶部可见骨板呈放射状致密与疏松的改变, 提出二种可能: ①血管瘤: 脑血管造影只有血管畸形, 无移位。②脑膜瘤: 有血管移位。经脑血管造影, 确定为脑膜瘤。

三、胼胝体肿瘤:(证实)

脑室造影, 前后位见两侧室上部分离。

四、其他: 略

碘 苯 脂 脑 室 造 影

湖南医学院附属第一医院放射科 黎光照

(根据记录整理, 未经本人审阅)

从60年开始, 挑选300例进行总结分析。

适应证:

①三脑室及其附近, 后颅凹病变;

②颅内高压无定位征象;

③脑室空气造影不能解决问题时, 如导水管, 第四脑室不能很好显影时。

禁忌症:

相对禁忌症——幕上半球占位性病变, 有定位征象时不做。

绝对禁忌症——1. 碘过敏；2. 需作第三脑室引流者（因碘油阻塞导管）

反应：

一般讲反应比空气造影时少而轻，一部分病人可有发热，在做后2—3天38—39°C，偶尔有颅内压增高反应。

投照位置：尽量坐位，头前屈，使侧室前角成最低位置，从前额部刺入，证实针已进入侧室前角后，注入空气10—15ml及碘苯脂（MyoDil）3ml（3ml/支英国制造），根据不同部位的需要，在不同体位进行投照。如需第三脑室前部——使听眦线与水平线成15°（即平时小剂量气脑造影时位置），使碘剂从室间孔进入三脑室到前部，拍取后前位，侧位（水平）；如需第三脑室后部，取仰卧位，拍取前后位、侧位（水平）；需后颅凹，则取头竖起，拍取正位、及水平侧位。

本法优点：

1、显影清楚，特别是第四脑室在空气造影时易与乳突气房混淆，而本法对比清楚。
2、在空气造影时，如导水管气影不显，究竟是空气因表面张力没有进去，还是有阻塞，无把握，而本法有明确把握，因碘油有重力作用，如导水管正常，一定会下去的。如有阻塞，从形态上也可区别出是占位性还是非占位性阻塞。（导水管径宽正常在空气造影时为2mm，在碘造影时为3mm以内）

3、第三脑室后部在气造影时往往充气不佳，而本法满意。

各个部位占位性病变的表现：

第四脑室内肿瘤：

①移位不明显；②充盈缺损不规则；③室腔扩大。

小脑桥脑角肿瘤：

导水管及四脑室移位，特别提出前后位二者移行部有错开征象，具有诊断价值，在侧位移行部有成角现象，也具有诊断价值。並提出在导水管后上方有压迹，是假象，不要误诊为蚓部肿瘤。

小脑神经细胞瘤：

第四脑室移位，充盈缺损，如可见有钩形则可明确是由脑室外占位性病变向内侵犯所致。

脑干肿瘤：

1、延髓占位性病变：导水管四脑室侧移位明显，而侧位片上不明显，因部位在延髓，位置较低，所以可不发生前后移位，应予注意。

2、中脑肿瘤：导水管侧移，在侧位片上导水呈横行抬高具有特殊诊断价值。

提出：脑干肿瘤，颅内压一般稍高，不会很高。

非肿瘤性阻塞——颅内压增高，而未发现肿瘤者。

特征：无移位，阻塞端呈三角形，下面不通，无压迹。而脑干肿瘤，导水管呈狭带状移位，可以区别。

最后提出一个问题，为什么第四脑室解剖形态是菱形，而X线碘造影形态呈桥形，此形态是仰卧前后位拍取的，换取俯卧后前位投照是否可取菱形？！尚待研究。

Conray 脑室造影

中山医学院第一附属医院放射科 李培荣

(根据记录整理, 未经本人审阅)

制剂: Conray 丹麦、荷兰制造。每合10支, 每支20毫升。

用量: 每次用Conray 5毫升+脑脊液5毫升。

操作: 在额角(眉间上3Cm旁中线3Cm)或瞳孔上3Cm处钻一小孔, 用腰椎穿刺针刺入侧脑室前角, 抽出少量脑脊液, 然后注入少量空气, 立即拍水平侧位片, 观察侧室前角内有无空气, 並观察针头位置, 以证明针是否在前角内、及深度。如前角没有空气, 则不能注入造影剂, 否则造影剂进入蛛网膜下腔, 可引起病人抽搐。(如不慎误入, 发生抽搐, 对症处理, 曾发生一例, 后无不良后果)待证实针已刺入前角, 可将造影剂+脑脊液注入, 立即按次序拍水平侧位, 前后位, 反汤氏位, 左、右侧位。以上是五个常规位置, 应在10分钟内完成, 因为10分钟后造影剂流出到脑室系统以外。也可根据具体情况, 可少拍几个位置。

适应证: 空气造影不满意者, 均可使用。尤以幕下病变最为适应, 非他法所能及。

优点: 1、脑室系统显影非常清晰, 如有受压变形, 显而易见。可区别粘连阻塞和占位病变。

2、此剂为水溶性, 注入后迅速与脑室内脑脊液均匀混在一起, 随脑脊液而流动弥散吸收, 对机体无刺激性, 没有碘油剂刺激组织引起粘连之后患。也不需用改变体位的方法来使碘剂流动拍片。

3、病人反应少, 痛苦少。

4、操作简单。

注意点: 1、不能注入蛛网膜下腔。必须确定针已刺入脑室后, 才可注入。

2、整个拍片动作要快, 一切准备工作就绪后, 才可开始注入, 拍片。

读 片 报 告

广东人民医院放射科 魏大藻

(根据记录整理, 未经本人审阅)

肺泡癌: 1. 弥散型——弥散分布, 不均匀。肺尖分布较少, 可与粟粒型肺结核区别。此型恶性大, 发展快。2. 孤立结节型——边尚清, 低度恶性, 发展相对较慢。3. 浸润型——易与炎症混淆, 但长期不消失, 不同时间拍片, 病变范围可有改变。

肺部新型球菌感染: (一例)

弥散分布, 不均匀, 病变从小到大, 从少到多, 易误诊为结核, 需引起注意。

肺囊肿合并弗状球菌感染:

在平片图上可见一圆形空腔内有一致密“瘤”体。此乃弗状球菌集簇而成。在不同体位所拍的平片, 可见该“瘤”体在空腔内的位置有改变。

肺段隔离症: (一例)

在右下后方有一圆形致密阴影, 边界光滑, 密度均匀。以后看到这样情况, 也应想到此症的可能。

孤立性嗜硷性肉芽肿: (一例)

圆形致密阴影, 边界光滑, 密度均匀。在靠近心脏左右缘的肺下叶。

先天性肺囊肿合并周围支气管结石一例:

在左肺上叶可见一圆形致密阴影密度均匀边光滑内有散在更为致密的斑点状阴影, 系支气管结石。此例误诊为结核瘤、错构瘤。

肺部外伤性血肿:

在外伤后如见到肺野内有圆形致密阴影, 边界光滑, 特别是在青年人, 应首先想到是外伤性血肿。一般在7—8天后看到。老年人易发生肋骨骨折引起自发性气胸, 不易发生血肿。

输卵管上皮腺癌转移至肺部形成孤立性病灶一例:

此例误诊为结核瘤。后多次拍片检查, 发现为肺癌。第一次拍片在71年11月12日病灶较小, 第二次拍片在12月17日明显增大, 第三次拍片在72年3月, 病灶更大, 並见癌性空洞。最后临床进一步检查, 发现输卵管上皮腺癌。

肺尖癌一例:

第一片在肺尖部可见小块影, 误诊为结核。第二片才见肋骨已破坏而确诊。因此, 在老年人在肺尖部有块影, 应想到肺尖癌。

肺囊肿误诊结核球一例:

第一次拍片示左上圆形致密阴影, 边尚光正, 第二次系立位片可见液平, 第三次为卧位片, 可见致密阴影内有散在气影, 手术证实肺囊肿。

小剂量缓慢定向气脑造影

武汉医学院第二附属医院

头前屈15°注8cc空气，拍水平侧位看枕大池，再8cc拍水平侧位看三脑室以下。

后前位片，头前屈25°如要看鞍上区域占位性病变可头后仰25°，水平侧位，如看环池、桥池侧突可先头仰25°然后边前屈到25°边注空气8cc边摇头，使空气均匀充盈这些部位。

肾 结 核 的 X 线 表 现

苏医附属一院放射科 陆之安

(根据记录整理，未经本人审阅)

外形、在腹膜后，上下二极，内外二缘前后二面，上极锐利，下极园钝，内缘凹陷(肾门)外缘膨隆。

大小：长12Cm，宽6Cm，厚3Cm

肾与骨骼位置的对应关系：

在T₁₂与L₃之间，肾轴延长线与腰大肌平行，如交叉有病变。

上极与脊柱线距离 3.8Cm

肾门与脊柱线距离 4.1Cm

下极与脊柱线距离 7.2Cm

肾脏长一般是三个椎体加二个椎间隙，

肾盂在L₁L₂横突之间，由卧位到立位可移动，1—3Cm(一个椎体)，如低于第三腰椎横突下，肯定是肾下垂或游离肾。

正常者角在两肾之上，而呈八字形(马蹄肾在下面)。

肾的纵切面：

I V P：(静脉肾盂造影)

正常要求：

①肾盏呈杯口状，②穹隆锐利，③肾盏颈细。

如：①杯口变平，②穹隆变钝，③肾盏颈变粗，提示早期肾积水表现。

检查方法：

腹部平片：分泌性造影，逆行性；后腹膜充气造影 + IVP + 断层；肾功能造影。

术前准备：

①清洁肠道很重要：服泻剂，硫酸钡、蓖麻油、蕃泻叶，前二者还有很多气体，不满意，而后者气体较少。可泡茶吃。

②控制饮水

③过敏试验，静脉内注1ml，观察反应。

剂量：

成人50—75%20ml、1V，慢10'

婴儿5—6ml

2—6岁8—10ml

儿童10—15ml

大剂量静脉滴注造影：

2ml/kg，最大140ml + 等量5%葡萄糖，用输血针头在5'内滴完，5'，10'，15'拍片。此法一般是在普通静脉造影失败后再做。

X线表现：

一、平片：

1、肾脏有无结核的钙化。但钙化不一定是结核的依据。

肾的钙化有以下几种：

①多发性播散的点状钙化。

②单发或少许局限性钙化。

③大片状或弥漫性钙化。

常见为不规则，无定形斑点状钙化。

以上不能作出病原诊断。

可定性为肾结核：

①全肾或大部肾弥漫性钙化——肾自截。

②云朵样钙化。

③散布于全肾或大部分斑点状钙化（须与副甲元引起钙化性肾机能不全区别）

2、肾外形：

早期无改变。如结核性脓肿形成，可引起局部隆起，如多发性可呈波浪状。

二、造影：

1、肾功能的改变：

局部病变处延迟显影，局部肾小盏显影淡，在10'的片子上表现出来。

2、器质性的改变：

①肾盂肾盏正常所见，但尿中找到TBL，称隐匿型。

②肾小盏的扩大：小盏颈部痉挛小盏扩张。

③肾小盏的挛缩变形，形成动态改变，形态和密度均在不同片子有改变（指本次前后的

片子)

⑤小水潭样改变:顶端有小片状,杯口边缘模糊,有时有条索相连。

⑥病侧肾盂肾盏输尿管积水。

⑦肾盂肾盏的破坏及充盈缺损(指病变肾小盏不显影)。

⑧云朵状样阴影(已是晚期)

⑨脓肾

⑩肾自截(病人可无症状,抵抗力好,造影不显影)

⑪健侧肾积水

⑫输尿管的强直固定串珠状改变(晚期)

⑬尿道与膀胱的挛缩(容量减少)

X线的鉴别诊断:

1、某些肾结核钙化与副甲亢的鉴别:

①钙化发生在乳突周围,两侧都有。

②全身脱钙稀疏纤维囊性骨炎。

2、某些肾结核与肾结石的区别。

多发性颗粒有时引起积水,很易误为结核。

但大多在下肾盏。在卧位,立位时致密阴影位置有相对改变。

3、结核引起的积水与其他原因引起积水的鉴别:

结核:边缘呈虫蚀样,锯齿状改变,其他原因引起积水,肾盏边缘光滑。

但有时困难,须参考以下几点。

①细心看肾小盏边缘。

②看输尿管边缘改变,如有不规则改变,支持结核。结石则无此改变。

③注意观察是一个还是一组肾盏积水。结核虽然有多个,但其中一个最明显,结石是普遍积水。

④其他改变

4 早期肾结核的小水潭与小角状逆流的鉴别:

穹隆处破裂造影剂外漏到肾盂肾窦间。

①杯口正常,边光滑。

②不局限在一个肾盏。

5、小水潭与急性坏死性乳头炎鉴别:

发生在糖尿病,尿路梗阻者,病程急,结合病史可区别。

6、结核性肾盏破坏与肿瘤所引起的肾盏破坏的鉴别。

肾盏受压变形移位,局部有侵蚀性破坏,但邻近无破坏,是比较截然,没有结核那样蔓延。

X线诊断过程中对几个问题的认识:

1、怎样认识肾小盏的早期改变。

如静脉肾盂造影显示杯口平而隆起,颈粗,穹隆钝是肾小盏积水的改变,可再选择逆行造影找病变。

2、怎样认识分泌性尿路造影不显影问题。

7'、15'、25'（后者已放松压迫）各拍1片，但有的在60'后显影，所以单在7'15'25'不显影不能讲功能丧失，而是肾功能延迟，要在60'再拍1片。

有时先天性单肾要注意。还有一侧性肾血管痉挛，须再作一次造影，有时可显影。

3、肾积水

早期在病侧，晚期在健侧。

4、应用价值：解决范围程度、功能，但早期有限制。

腮腺造影X线诊断座谈摘要

时间：一九七三年五月二十五日下午4.00—5.30

地点：门诊X线读片室

参加者：放射科和口腔科医务人员及进修医生

钱铭辉医师：今天我们放射科与口腔科举行一次关于“腮腺造影的X线诊断”座谈会，主要由口腔科的同志来给我们讲讲腮腺造影的临床应用，在请他们讲前，首先由我先谈谈放射科方面的腮腺造影问题：

一、〔解剖学〕：唾液腺包括腮腺颌下腺及舌下腺三对，腮腺为唾液腺中之最大者，位于面之一侧，外耳之前下方，腮腺上界颧弓，后邻胸锁乳突肌，前接下颌骨枝。约有腺体的1/3或1/4向内延伸，达下颌骨之后缘，几乎与咽壁相接，实际上腮腺之前面仍是包绕在颌骨枝的后缘之周围。腮腺之前缘斜向上前，与上缘相交，形成腮腺之前上角，有时有一小的突起，自腮腺之前上角向上延伸，称副腮腺。

腮腺管由许多小枝吻合而成，自腮腺之前上角向前伸出，皆同面神经横过嚼肌之上，至嚼肌之前缘即急剧内转，穿过颊肌，在口腔粘膜之下再继续向前，至第二上白齿，冠部之对面形成一个小乳头，在乳头之顶端开口通至口腔。腮腺管长约7Cm，宽约1.5Cm，开口处更为狭小，自外听道之下缘向鼻翼与口唇上缘间之中点连一直线，其中1/3即相当于腮腺管所在之部位。

二、〔造影方法〕：腮腺造影术对于肿瘤，慢性感染、结石、瘻管、管腔狭窄及外在压迫等诊断具有很大价值，对于急性的或近期的感染，如流行性腮腺炎，应为禁忌。造影剂为40%碘化油最好，用前稍加温，便于注射，用20—22号腰穿针，针头部平插入腮腺管开口处约1—1.5Cm深，即注射造影剂0.5—1ml左右，然后拍正侧位二张片子。一般讲注射造影剂后10分钟内应完成拍片，否则造影剂进入腮腺泡后，诊断就发生困难，一次只能检查一侧，如对侧也需要观察时，必须隔一相当时间之后始能进行，以便两侧彼此重叠。

三、其X线表现：

1、正常所见：

腮腺管分①干线型，②分枝型，③散在型，腮腺管由粗细似正常支气管分枝一样，管壁光滑，分枝清晰，联系良好。

2、病变所见：

I、单纯性腮腺管阻塞：

〔原因〕：①年幼患者多发生于不正的咀嚼而引起乳头外伤。

②年老病人亦可因一套不合适假牙而使管口发炎。

〔症状〕：腮体肿胀，尤以进食时更为显著。管口发红，在压迫下可见粘液脓性分泌物自管口流出，当淤积之唾液排出后，症状即可消失。

〔X线〕：在X线造影片上（腮腺），可以看到腺管有均匀的扩大，但腺泡则大多数都是正常的。狭窄之范围有时长，在腮腺造影上显现为充盈缺损，位于扩大的腺管之远方。

II、复发性慢性腮腺炎：

〔病源学〕：大多数是由轻度而顽固性的上行性腺管感染，女性较多于男性，口腔卫生不良为造成感染之主要原因。最常见的细菌是绿色链球菌和肺炎双球菌。结核、梅毒及放线菌感染，颇为少见。

〔病理改变〕：由于小圆细胞之浸润及血管之变大，腺体之体积增加，腮管扩张，特别是末梢腮管更为明显。

〔临床表现〕：发病之病历及间隔随人而异，受病之腮腺轻度变大，但有时在发病之前后，肿胀亦可完全消退，由于腮管有炎性缩窄，唾液分泌减少，有时可有粘液脓性分泌物流出。如为肺炎球菌感染，则分泌物呈绿色，一般均无严重之疼痛。

〔X线检查〕：病变之早期，在腺管可仍为正常表现，但其末梢及腺泡则呈针头大小的球形扩张，时间较久之患者其直径可逐渐增加至1~3mm，因此种表现与支气管扩张常相似，所以有人称为唾腺管扩张，如为肺炎球菌感染，则腺组织之破坏更为严重，偶而且可形成一个慢性脓肿，在腮腺造影上显现为充满造影剂的阴影。长期患者，特别是年纪较轻的人，腺管可有不规则之扩大及狭窄，较少的腺管有闭塞现象。

III、腮腺瘘管：因为内瘘并不致给病人带来很大痛苦，所以在诊断中并不是重要位置。外瘘其X线检查主要目的是确定瘘道与腮管相通的部位，一般来说，瘘管越近腺体，其治疗也就愈困难。在进行造影之前，首先将瘘管之颊部开口用细铅丝围绕起来作为标志，碘油自腺管开口注入，如在腺管之近方有管腔狭窄，则造影剂可由瘘管注入。无论是采取何种路径进行注射，一定要设法全部腺管及腺泡充盈。

IV、肿瘤：

（一）良性肿瘤：混合瘤为腮腺中常见的一种良性肿瘤，其生长很慢，边缘整齐，任何年龄均可发生，但以青年人较多，混合瘤并非绝对良性，边缘整齐，任何年龄均可发生，但以青年人较多，混合瘤并非绝对良性，于手术之后有时亦可复发，亦可有恶感。

1、混合瘤的X线征象：

①腮腺之轮廓平滑整齐，各分枝互相连接，无中断或残缺现象。

②在肿瘤区域的周围，可见各腺管有受压移位现象，紧邻肿瘤部分之腺管排列比较密集，形似线束，见不到有腺管横贯或进入肿瘤区域。

③肿瘤所在部位形成一个充盈缺损，其边缘与腺体的正常部分分界清晰，其大小形态与

临床所观察到的肿块相符合。

④如肿瘤位于腺体深部，则腺管包围在肿瘤四周，称为典型的“手中握球”形状。腺管弯曲如手指状，而肿瘤所形成的充盈缺损似手中的球这种现象在前后位象中表现更为明显。

2、混合瘤恶变。在大多数情况下，并不是全部瘤肿均有恶变现象，只是局部组织有恶性改变。如果瘤肿之恶变区域与腺体正常组织没有直接接触，恶变的征象在腮腺造影中就不能显出，而只能见到与良性混合瘤相同的X线表现，如恶变区域侵犯腺体，则可表现出局部不规则之充盈缺损及腺管中断，破坏征象。

恶性肿瘤。如腮腺癌、粘液表皮细胞癌等。

〔X线表现〕：在典型的病例中，腮腺造影有下列表现：

①腮腺管系统受到不同程度的侵蚀，边缘不规则或有缺损中断现象，特别在较小的分枝更为明显，腺管分枝紊乱，变形，扩大而不规则。末端腺管可以完全不能充盈，有时在象片上见到一团一团的碘油影象，此以表明瘤肿有局部的浸润，使各分支受到破坏碘油外溢至周围组织所致。

②病变的区域和腺体正常组织间没有整齐明确的界限，与有包囊的良性瘤肿完全不同，因此所形成之充盈缺损亦不规则，边缘也不整。

鉴别诊断：

I、腮腺外的病变：腮腺周围组织发生的病变，包括附近组织的肿瘤，感染，肿大淋巴结等，腮腺造影显示整个腺体及其腺管系统有被压移位现象，与腺内肿瘤所引起的充盈缺损及周围腺管系统受压变形不同。

II、慢性腮腺炎：腮腺肿瘤与腮腺慢性炎症在临床方面有时难以区别，在造影中，则炎症与肿瘤所显示现象迥然不同。在炎变之早期只是末梢腺管有细小的球形扩张，病灶之分布较为普遍；在病变之晚期，在腺管虽然也有不规则的扩张及狭窄，但其中充盈缺损形成这点与肿瘤不同。

有一点应特别指出，即老年人之唾腺常有相当程度之纤维化，由于代偿作用，功能虽属正常，但在造影片上可有充盈缺损出现，亦可因管腔缩窄而引起唾液淤滞，临床上有胀痛感觉，在此情况下，如无对侧的唾腺造影对片，就很难得出一个正确的结论。

下面讲讲关于腮腺造影的临床应用：

在口腔内有三对较大的腺体，就是腮腺、颌下腺和舌下腺，腮腺是这三对腺体中最大的一对腺体，腮腺造影术临床应用于腮腺炎症，腮腺肿瘤及瘻的诊断。一般用40%碘化油作为造影剂，冷天用时前稍加温，注射时阻力小些，针头一般用20—22号腰针，尖部磨平，但我们喜欢尖部磨圆锐，便于插入导管开口处，在距针尖部约1 Cm处将针弯曲角度为140°，并在弯曲处装上一个珠子或用塑料铅等，做成一个小滴珠，以防造影剂逆流溢出。

一般注射40%碘化油0.5—1 ml即可，或者病人自感腮腺处胀痛时停止注射造影剂，压力不宜过大，速度不宜过快，否则注入到腮腺小叶时诊断就困难，实际上由于碘化油较粘稠，不会注射过快的。一般拍正侧位各一张，拍侧位时患者坐位，颈部伸直些，下颌骨向患侧倾斜60度，片夹紧贴下颌骨，中心线对准对侧下颌角射入，焦片距不宜过近，否则容易放大失真，一般为24—32吋。

X线表现：

1: 慢性腮腺炎主要为腮管发炎, 主导管呈腊肠样扩张, 分支导管呈树枝挂梨状、严重者碘油有潴留, 但导管无中断现象, 亦无移位, 压迫改变。

2、良性肿瘤: 一般多见于混合瘤, 但可以有恶变趋向, 故为介于良恶性之间的肿瘤, 呈扩张性生长, X线表现为导管系统有压迫, 移位征象, 而无破坏、中断现象。

如肿瘤为腮腺深叶之肿瘤, 导管系统呈握拳状改变, 肿瘤为腮腺前叶之肿瘤导管系统呈压迫让位改变。

进修医生: 用水溶性造影剂是否可以作腮腺造影?

陈维熙医师: 一般不用, 因为腮腺内有分泌液, 易将造影剂冲淡而显示阴影, 而且易进入腺泡, 造成误诊。

丁乙医师: 我曾看到一篇报道, 关于腮腺造影剂充入腮泡的问题, 作者以为造影剂进入腮泡才成功, 否则造影失败, 他们认为腮泡充盈后能根据造影剂的充盈缺损来诊断腮腺肿瘤。

陈维熙医师: 在这方面, 我们没有实际经验, 在今后作进一步探讨。

钱铭辉医师: 今后加强与口腔科联系, 继续探讨有关腮腺造影的问题。

(附一院放射科)

眼 球 异 物 定 位

上一医眼耳鼻喉科医院放射科 张玲玲

(根据记录整理、未经本人审阅)

一、先拍平片了解有无异物, 属何性质, 再考虑进一步作异物定位看片:

1、多数细小半透明性异物, 无法定位。单个异物临床需可给定位。

2、有时正位示细小异物, 侧位(一), 重拍正位(一), 检查暗匣污点所致——因此投照异物暗匣最好专用, 保持整洁。

3、角膜铁屑穿孔伤, 正侧位均未显示异物, 后加结膜囊插片二次, 均有细小异物, 虽无法定出具体部位, 但可证实球前有异物存留, 供临床参考。

先滴麻醉剂, 然后从外眦插入结膜囊约5—6mm(囊深1cm)-头面稍向上倾斜与台面呈45°, 眼向前看, 拍二张片子。片子用黑纸色包住, 最好再用塑料薄膜包住。1.8cm宽, 角剪圆钝, 近距, 球管垂直台板。条件: 100ma, 0.1秒, 40kv; 洗得黑一点。

二、当平片发现有金属异物则需作异物定位。

用巩膜接触镜: 标有4个时钟方位标记点的定位圈, 患眼滴1%地卡因后放入定位圈, 投照正侧两个位置。

1、正位: 1、患眼眶的中心对焦点中心线, 胶片放在使眼眶刚好在中央, 下颌抬高, 使岩骨移到眶下线。

2、定位圈4个标记与角膜线4个时钟方位重迭眼观正前方，使4点位于眶中央（勿以内外眦作标记）使角膜呈水平。

3、焦点——胶片距离36吋（应放大率在1/10，因机器条件不许可，可通过公式折算）

100ma 1秒 78kv

一般均用前后位，如很细异物，有时可用后前位。

4、曝光冲洗后测量

Ⅰ、侧位：

1、同样眼观正前方使角膜垂直于胶片。

2、测量瞳孔——胶片距离×10倍为焦点胶片距离，放大率在1/10，与图表放大同。

如：瞳孔——胶片距离为4.5cm×10=45cm焦点——胶片距离。

3、条件：100ma 1秒 68kv

4、曝光冲洗后测量。

三、测量方法：

用1/10放大率图表测量

正位片中测：1、异物位于几点方位。

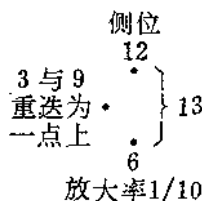
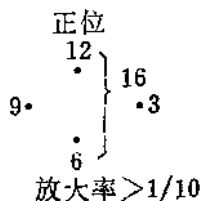
2、异物距离球前后中心轴放大率不止1/10的数据。

侧位片中测：1、异物距角膜缘后深度（沿球弦线分规测量与临床手术测量统一的）

如10mm 1次分规。

2、异物所在部球半径数字（11.5cm）。

用比例公式折算，求正位异物距球前后中心轴放大率1/10的数据。



同一眼球正侧位比即两种放大率之比为16：13也就是16缩小到放大率1/10时为13。

如现在测得正位异物距球前后中心轴放大率不止1/10的山数字为12mm，测求正位异物距球前后中心轴放大率1/10的数据可通过下式算出：

$$16 : 13 = 12 : x \quad x : 10.5 \text{mm}$$

10.5 < 11.5mm（异物所在部球半径数字）说明异物在球内。

如果 x 的数字 > 11.5mm 异物在球外

如果 x 的数字 = 11.5mm 异物在球壁

（6点12点上不需折算）

四、后极中心部球壁异物

经双曝光见异物是弧形移动，幅度10mm±，推测异物在球壁，经手术证实。

五、细小异物正位用后前位定位，可直接图表测量（放大很小，不 > 1/10）不必折算。

六、患眼球结膜高度水肿，不适用巩膜接触镜定位，可用金属环或角膜接镜定位。

七、小孩不合作金属环定位。

- 八、角膜接触镜正侧位
缝环拍正侧位 } 测量法一样
巩膜接触镜正侧位 }
九、半透光异物用金属圈定位。

骨母细胞瘤软骨母细胞瘤 和动脉瘤样骨囊肿的 X 线诊断

中山医学院第一附属医院放射科 萧官惠

(根据记录整理, 未经本人审阅)

良性骨母细胞瘤: 共三例, 二例发生在颈椎椎弓、椎板处, 一例发生在肋骨。

特征: 膨大的透亮区, 内有致密的小斑点, 边缘有反应性硬化圈。

外来片有二例, 一例在股骨远端, 一例在股骨干。X线表现为卵圆形透亮区, 可有骨膜反应。需与骨脓肿, 嗜酸性肉芽肿, 骨样骨瘤(良性骨母细胞瘤病变范围大)等鉴别。

特别提出, 本病在病理组织学上的改变易与成骨肉瘤混淆, 应引起注意。其中股骨远端一例, 病理曾报告为成骨肉瘤, 但X线角度上看否定成骨肉瘤, 提示良性骨母细胞瘤, 最后确诊为良性骨母细胞瘤。

良性软骨母细胞瘤: 共六例, 其中股骨下端二例, 大粗隆处一例, 肱骨上端二例, 肋骨一例。①多见于较大的儿童或青年人。②都发生在骨骺未联合前的骺端(此点与巨细胞瘤发生在骨骺已联合的骨端可作鉴别)③病变可有轻度膨大, 边界清楚, 内有骨脊较粗(与巨细胞瘤区别点), 内有钙化骨化小斑点(此点具特征性, 他比骨母细胞瘤的小斑点较淡, 而巨细胞瘤无钙化斑点, 均可鉴别), 周围有致密反应, 在切线位上可见一侧呈贝壳样向外膨出的骨膜反应, 具有特征性。

特别提出, 病理学上易与巨细胞瘤混淆。其中一例X线与病理报告有矛盾, 最后还是确诊为软骨母细胞瘤。另外在组织学上往往可以同时看到软骨母细胞瘤和软骨粘液样纤维瘤的改变。病理上也易误诊为软骨肉瘤。

在X线上应与软骨肉瘤, 巨细胞瘤(软骨母细胞瘤有钙化, 周围有骨质增生为主要鉴别点)骨母细胞瘤(软骨母细胞瘤钙化点较淡, 且有时可见软组织肿块, 如肋骨上一例)骨结核鉴别。

最后提出, 本病易复发, 有报告本病有恶化的可能。

动脉瘤样骨囊肿: 一例发生在跟骨。偏侧, 膨胀, 分房。象树干上挂了一串葡萄。一例发生在锁骨, 在中央, 不是偏侧。这一例粗看很象巨细胞瘤, 但本例在病变周围与正常骨质交界处可见骨质增生现象, 这在巨细胞瘤是不可以看到的, 即使在骨折后也如此, 所以可以排除巨细胞瘤

综上二例特征: ①发生在青年人多见, 在骨骺未愈合时。②分房清楚。③周围有骨膜增生。边界有硬化反应, 此点与软骨粘液样纤维瘤无边缘硬化可作鉴别。

先天性心脏病平片X线分析

湖南医学院附属第二医院放射科

近二、三十年来,由于心血管外科的进展,开展了低温、深低温及针麻体外循环等技术,使先天性心脏病可手术的范围日益扩大。也促进了心脏X线特殊检查,如心导管术,心血管造影术及电影摄影等的发展。利用这些特殊检查,不仅能了解心脏及大血管内部解剖形态的改变,而且可了解血液动力学方面的变化,提高了X线诊断的准确性。

虽然,有关先天性心脏病的内部结构与血液动力学变化有赖于特殊检查确定,但这些变化必然在心脏的轮廓及转动上有所反映。在目前还不能普遍采用上述特殊检查方法的情况下,应用常规透视及平片,密切配合临床资料,往往能够对某些常见的先天性心脏病作出较恰当的诊断。本文主要就常规X线检查诊断先天性心脏病的一些基本问题进行初步的介绍,不涉及每个病的具体细节。由于我们水平有限,不当之处,请予批评指正。

一、先天性心脏病的分类:

有关此方面的报导较多,然至今仍未有令人满意的分类。为一般人接受的分类原则系根据临床及X线联合分类,包括下列三个方面:①临床是否发绀;②肺血的表现(正常、增多、减少或郁血)③从临床、心电图及X线等方面正确估计左心抑或右心增大。其中以肺血表现较为重要。根据上述具体分类以下:

(一)无发绀类:

1、肺血正常:

①肺动脉段正常或轻度突出:

右心增大:

轻度肺动脉瓣狭窄;房间隔缺损(小型);室间隔缺损(小型、偶见)。

②肺动脉段正常或凹陷:

左心增大:

主动脉瓣狭窄:瓣膜、瓣上、瓣下;主动脉瓣关闭不全;瓣膜或主动脉壁异常;主动脉缩窄。

2、肺血增多:

①肺动脉段突出、左→右分流:

右心增大:

房间隔缺损(继发孔);室间隔缺损(Ⅱ级);部分肺静脉异位引流;房间隔缺损+轻度肺动脉瓣狭窄。

左心增大:

动脉导管未闭;室间隔缺损(ⅠⅡ级);主、肺动脉间隔缺损。

左、右室增大；

房室联合通道；房间隔缺损（原发孔）。

华沙华氏窦瘤破裂至右心；

室间隔缺损；

动脉导管未闭；

主肺动脉间隔缺损；

（大分流量或产生肺
动脉高压）

3、肺血减少；

①肺动脉段突出；

右心增大；

单纯肺动脉瓣狭窄；肺动脉瓣狭窄+小型房间隔缺损。

②肺动脉段凹陷；

右心增大

无发绀型法乐氏四联症；三尖瓣低位（有完整房间隔）；右心室发育不良。

4、肺郁血：（指向肺静脉高压）

左心增大（均有左心衰竭出现）；

主动脉瓣狭窄（瓣膜、瓣上、瓣下）；

主动脉瓣关闭不全（瓣膜、主动脉壁异常）；

主动脉缩窄；

二尖瓣狭窄或关闭不全。

（二）发绀型：

1、肺血增多；

肺动脉段凹陷；

完全性大血管转位（左右室增大）；

永存动脉总干（左右室增大、以右室大为主）；

肺动脉段突出（肺动脉高压右左分流）；

艾森曼格氏综合征

2、肺血减少；

肺动脉段突出；

法乐氏三联症（右心增大）；

三尖瓣低位伴有房间隔缺损（右房大）；

肺动脉段凹陷；

法乐氏四联症（右室大）；

三尖瓣闭锁（左室增大）；

大血管转位合并肺动脉瓣狭窄（左右室增大）。

3、肺郁血；

完全性肺静脉异位引流（心下型）。

二、诊断先天性心脏病放射科医生应该先了解下列几个问题：