

上海第二医学院
庆祝建国三十五周年
学术报告会

诊断、治疗技术
(放射、检验、核医学、高压氧、理疗、药剂)
论文摘要汇编

上海第二医学院医学情报研究室

1984. 10

目 录

放 射 科

1. 新生儿巨细胞病毒性肺炎28例X线征象分析	11-1
2. 直背综合征—附三例报告	11-1
3. 原发性残胃癌	11-2
4. 胃肠道双对比影象成像原理的实验研究及临床应用	11-2
5. 上海市100名正常人头颅侧位颌面部x线测量—推荐一种新的测量方法	11-3
6. 由口腔颌面部首先发现病变的组织细胞增多病(附18例报告)	11-4
7. 乳腺癌x线形态与预后关系的试探	11-5
8. 乳腺导管内癌的X线诊断	11-6
9. B型超声在小儿腹部肿块诊断中的应用(附100例分析)	11-6
10. X线造影与超声显象对涎腺疾病诊断价值的比较(附103例病例分析)	11-7
11. X线平片对心室大、小的估计—36例X线与UCG的对照分析	11-8
12. 进行性骨化性肌炎	11-9
13. 青壮年胃癌的临床X线和病理观察	11-9
14. 诊断脊髓病变的新方法—选择性脊髓血管造影(附15例报道)	11-10
15. 120例下肢深静脉血栓形成静脉造影分析	11-11
16. 左肺门下移在动脉导管未闭X线诊断中的意义(附120例分析)	11-12
17. 胃窦外病变引起胃窦部痉挛性狭窄的X线表现	11-13
附: 列题 论文 目录	11-14

检 验

1. 血清谷丙转氨酶活力酶联动力学测定法的实验研究	11-15
2. PHA—淋巴细胞转化及血浆抑制活性塑料板法一次性测定	11-15
3. 刀豆素 A(ConA) 诱导抑制性细胞检测于 SLE 病人中的初步报告	11-16
4. 110 名正常人血液流变学测定的探讨	11-18
5. 尿蛋白的垂直板式 SDS——聚丙烯酰胺凝胶电泳	11-20
6. 血清铜的正常值、昼夜周期性变化及临床生化意义	11-20
7. 血清铁的正常值、昼夜变化及其临床生化意义	11-21
8. 血清 Cu、Zn、Cu/Zn 比值的 AAS 测定以及某些因素对其的影响	11-22
9. 糖化蛋白和糖化血红蛋白测定法的改进	11-23
10. 水溶性胆固醇标准液的研制实验报告	11-23
11. 可抽提的核抗原的性质及其临床意义	11-24
12. IgE 的纯化、抗 IgE 血清的制备及血清中 IgE 测定的临床应用	11-24
附: 检验列题目录	11-25

核 医 学

1. 左室局部喷血分数的计算机定量法.....11-26
 2. 左室局部喷血分数的临床估价.....11-27
 3. 12例正常¹³¹I间碘苄胍(MIBG)心肌显象初步报道.....11-28
 4. 一种新的放射性核素心血管造影门电路——经食道心房调搏触发门电路装置.....11-29
 5. 肾上腺皮质显象与B型超声在诊断肾上腺皮质疾病上的比较.....11-30
 6. 16例肾上腺髓质显象的临床应用.....11-31
 7. 肝胆显象剂的实验室研究及其临床评价.....11-32
 8. ¹²³I与¹³¹I甲状腺显象的比较.....11-32
 9. ^{99m}Tc标记亚锡亚甲基二磷酸盐全身滞留率测定对小儿代谢性骨病诊断价值.....11-33
 10. 伽玛照相机自控床架的研制报告.....11-34
 11. β 血小板球蛋白(β -TG)放射免疫分析.....11-35
 12. 维生素B₁₂双标记同位素吸收试验和恶性贫血的诊断.....11-36
 13. Raji细胞的循环免疫复合物测定方法的探讨及其初步临床应用.....11-37
 14. β_2 -微球蛋白(RIA)测定和临床应用.....14-38
 15. 人胎盘泌乳素放射免疫(双抗体+PEG法)快速测定.....11-39
 16. 血清甲状腺微粒体抗体放射免疫(双抗体法)测定操作技术探讨.....11-40
 17. 国产第一台医用气体同位素质谱计(LZD-203A型)的调试及试用报告.....11-40
 18. 滋阴中药生地龟板对“甲亢”大鼠肾脏 β -肾上腺素能受体的调整作用.....11-41
 19. D、L-亮氨酸的分析.....19-42
 20. ³H-亮氨酸中氘的丰度测定和计算以及标记位置的分析.....11-43
- 附: 临床核医学列题论文目录.....11-44

高 压 氧

1. 潜水员心泵功能普查资料分析.....11-46
2. 高压氧治疗急性-氧化石灰中毒100例的临床分析.....11-46
3. 高压氧对老年人血小板聚集率、血流变、动脉血气及智力活动的影响.....11-47
4. 二周及四周高压氧治疗对老年人动脉血气分析结果影响的比较.....及其临床意义探讨.....11-48

理 疗

1. 人体场辐射仪治疗周围性面神经炎疗效分析.....11-50
2. QY-2型电动索引床治疗腰椎间盘突出症100例疗效分析药剂.....11-51

药 剂

1. 5-氟脲嘧啶栓剂的试制及体内吸收、浓度分布研究.....11-52

放射科

一、新生儿巨细胞病毒性肺炎28例 X线征象分析

瑞金医院 王汝德 姚建蕃

97例巨细胞病毒感染,由尿中检出巨细胞包涵体得到证实,(1982.1→1983.3瑞金医院儿内科),本文分析其中28例的胸部X线表现。

28例皆表现为间质性肺炎,为间质内巨细胞病毒浸润所致。其X线表现与其他原因所致的间质性肺炎不易鉴别。但如同时伴有两肺充气过度,网状小斑点阴影,局限性肺实变,肺气肿,肺不张或间质性肺炎之X线表现持续较久,皆应警惕为本病之肺部感染表现。

复习文献,某些学者对本病的报道,提示如同时伴有心脏增大,胸腺增大,长骨骨髓炎也为诊断本病的线索。

本文並报道一例表现为右上叶肿块演变空洞的少见的X线表现。

二、直背综合征——附三例报告

宝钢医院放射科 王之杨 邹群

宝钢医院内科 孙永奶

直背综合征(s.b.Syn)或称扁胸综合征,是脊柱正常生理性胸曲消失、变直,以致胸腔前后径变短,心前间隙消失,(胸骨压迫右室流出道,因而引起一系列心血管改变,)常易误为器质性心脏病。

本综合征由Rawlings(1960)首先报告。我院近来比较注意这个问题,在不到半年的时间就发现了三例,说明本综合征並不是很少见的。这三例都是青年人(21~26岁)。一例曾在外院拟诊为“先心,室缺”;另二例近来有胸闷、心悸、头昏等症状。这三例听诊在胸骨左缘2~3肋间均有II级收缩期杂音,其余检查均无特殊。摄胸部X线片:正位无明显异常(有二例心影较狭小);侧位胸片示前后径缩小,胸脊柱变直,心前间隙消失,胸横径与前后径之比均大于3:1。从而明确了诊断,解除了病人的顾虑,避免再作创伤性检查。

在讨论中,作者等认为本征不能归入其他病、征之中,还是一种独立的综合征,命名仍以“直背综合征”为宜(它包括必然同时存在的扁胸畸形)。只要能经常想到,诊断並不困难,而X线摄片(特别是侧位片)可起到决定作用。在诊断标准上,作者等同意Datey氏的意见,以胸横径与前后径之比达到或大于3:1为准,这样比较简单、明确,亦易于比较。至于有的文献提出本综合征典型者在后前位胸片中心脏呈二尖瓣型,肺动脉段平直或突出,心影呈均匀性增大,持不同意见(本文三例无一如此)。並提出要考虑合并其他器质性心脏病的可能性,须注意鉴别。

三、原发性残胃癌

瑞金医院 江 浩 郑濂元 朱大成

胃及十二指肠良性溃疡或良性病变，作胃大部切除术后发生残胃癌在六十年代仅发现少数病例，而近年来已引起广泛重视，我们从1971至1984年收集了21例，本文将上述病例作一分析，并复习了文献。

本组21例中18例由手术证实，其余3例均经X线诊断及胃镜证实，一例因全身衰竭而死亡，另二例病人因年龄较大拒绝手术。本组21例中，男性20例，女性1例，年龄42—72岁，平均55.15岁，因胃良性溃疡手术者15例，十二指肠球部溃疡手术者6例。21例中胃大部切除胃——空肠吻合术(毕氏II式)为15例。胃大部切除胃——十二指肠吻合术(毕氏I式)从手术至发现残胃癌的年限为6例4~27年，其中大于5年为20例，平均为14年。残胃癌发生在贲门为17例，发生在吻合口为4例，其中8例在手术中发现有脾、胰及盲肠广泛转移。

本组21例均作胃肠道钡餐检查，其中贲门部17例，发生在吻合口4例。

贲门区残胃癌的X线表现：①胃底贲门部在充气的情况下均可见软组织块影。②64.7%病例侵及食管下端，使食管下端狭窄，走势改变，分流及粘膜破坏。③贲门角增大。

吻合口残胃癌的X线表现：①吻合口狭窄段较短，②狭窄段管壁僵硬，③吻合口可见充盈缺损。④残胃腔缩小，⑤吻合口梗阻。

根据大多数作者的意见，胃术后的残胃癌应排除首次切除时胃癌和胃良性病变共存的可能性，胃切除标本在镜下无恶性病变的征象，且应以首次胃和十二指肠切除术后五年以上为限。多数作者认为残胃癌是由于胆汁返流而使残胃粘膜发炎，萎缩和肠上皮化生所致。

残胃癌缺乏特异性症状，开始常有轻度消化性溃疡的症状，或胃切除术后征候群，以致症状被病人和医生所忽视，同时由于胃大部切除术种类繁多，残胃腔小，残胃居于肋弓内不能加压，钡剂通过较快，以及显示残胃粘膜困难等，使确定诊断常为期太晚。故大多数作者认为病人在胃大部切除后作一次胃肠钡餐检查，为以后胃肠检查作对照，使较早作出诊断。

四、胃肠道双对比影象成像原理的 实试研究及临床应用

上海市第六人民医院放射科 尚克中 过美娟

本文在作者以前研究工作的基础上，用与人体器官理化性质近似的人造模型及新切除的胃肠标本作双对比造影(DC)实验，结合实验性地临床DC检查所见，从DC影象本身，影响

影象物理学因素等方面，对DC的基础理论及其与临床应用的关系作了进一步探讨。

DC影象的密度差别是诊断的主要根据。影响影象密度的因素主要有钡液深度，腔壁倾斜度，钡液的自由表面层数以及为X线所穿过的组织密度、厚度和气体厚度等，可归纳为3个基本因素和若干派生因素(附表)。

文中也讨论了影响钡液涂布层均匀度的几个主要因素，并对多种不同型号DC用钡微粒的性能进行了实验观察和比较。

作者认为从物理学角度，用模型模拟实验方法，从理论上阐明影响DC影象各种因素的机理，对于加深DC影象的理解，改进临床DC的方法，改善造影剂的性能，从而提高诊断质量等方面均有较重要意义。

影响 DC 影象密度的主要因素

		影 黑	影 白
基 本 因 素	气 组 钡	厚	薄
		薄	厚
		薄	厚
派 生 因 素	壁 层 吻 压 角 位 礁 滩 洼	横	竖
		少	多
		重	轻
		重	轻
		远	近
		高	低
		高	低
素		浅	深
		浅	深

注：气、组、钡、壁……等缩写词的完整意义见原文内容

五、上海市100名正常人头颅侧位颌面部X线测量

——推荐一种新的测量方法

第九人民医院放射科 叶新华 陈勇强

口腔系 83 届学生 徐 璋

头颅侧位颌面部X线测量是观察颅、面、颌、牙生长发育的一种重要检查方法之一。

本文根据100名正常人分恒牙期组30名；恒牙初期组30名；替牙期组30名进行测量。

根据我们的经验设计出一简便易行的新的测量方法如图：

一、观察五径线：①面高(N-Pg)：自鼻点至颏前点。②上颌高(N-ANS)：自鼻点至前鼻嵴。③硬腭长(ANS-PNS)：自前鼻棘至后鼻棘。④下颌长(Me-Go)自颏下点至下颌角。⑤下颌高(Cd-Gn)：自髁突至下颌角。

二、观察五角度：①上颌突角(SNA)。②面突角(SNB)③下颌牙突角(T-MPA)④上下前牙突角(I-TA)⑤下颌角(MA)。

三：观察咬殆情况。

四、观察面弧情况：

根据以上要求，测得100名正常人替牙期组，恒牙初期组，恒牙期组的正常值。

根据以上数值，设计出我们的报告表，包括正常值，测得值和治疗后复查值以资对照。

• 现在上海市徐汇区中心医院口腔科

六、由口腔颌面部首先发现病变的组织细胞增多病(附18例报告)

第九人民医院放射科 孙大熙

第九人医院病理科 钱关庆

口腔系八二届毕业生 谢 勋

口腔系八三届毕业生 陆梅珍

组织细胞增多病(Histiocytosis—X disease)是一组网状内皮系统的以分化性组织细胞增生为主要特征的系统性疾病，它包括韩一薛一柯(Hand-Schüller-Christian)病、嗜酸性肉芽肿(Eosinophilic Granuloma)和勒雪(Letterer-Siwe)病、前二者发病较慢、病程较长，它们可以相互转化、是同一疾病的不同时期的不同表现。后者发病较急、病情严重、预后较差。本病虽不常见、但由于其常常早期累及颌骨、牙槽骨及口腔粘膜组织而在口腔科首先发现。

本病在临床与X线诊断上都容易与肿瘤相混淆，病理所见则往往是主要的诊断依据。正因为本病的治疗方法和预后方面与肿瘤不大相同、所以在诊断方面很有必要加以鉴别。我院自1971年至1983年收集了经X线检查和病理证实的18例组织细胞增多病、18例全部都是在口腔颌面外科就诊发现的。其中男性15例、女性3例、小儿6例、(2—7岁)青少年(11—19岁)3例、成人(27—40岁)9例、临床表现为颌面部肿胀者14例、牙龈肿胀、溃烂、疼痛牙齿松动者7例、牙齿脱落者1例。x线显示侵犯颌骨18例、同时侵犯颅骨3例、同时侵犯其它骨骼(肋骨、腰椎、骶骨、股骨)者1例。病理诊断为骨嗜酸性肉芽肿者16例、诊断为韩薛、柯病者2例。

从18例材料中可以看到临床症状和体征客观地反映在X线片上面、病变的X线征象又是

以病理改变为基础，三者具有密切的关系。临床处于活动期，病情在进展，其X线表现为溶骨性破坏为主，呈单囊或多囊性改变、或相互融合、少数可见死骨或发生病理性骨折。病理巨检为骨呈囊性病变、囊内为灰黄色或灰红色肉芽组织。镜下表现为组织细胞增生、嗜酸性细胞浸润、网状纤维破坏。临床处于稳定期、病情在改善、其X线表现为骨破坏减少，骨增生逐渐增多，骨密度增高，破坏区边缘常有新骨生长，呈多个“半岛状”伸向中央。病理上见纤维组织增生、有新骨形成。本文就临床表现、X线征象、病理改变、治疗预后等进行讨论。

七、乳腺癌X线形态与预后关系的试探

瑞金医院放射科 徐开堃 唐敦荣 奚顺来 顾怡茜

本文将乳腺癌X线表现分为五个类型如下：

1. 星状型 肿块影阴呈圆形或卵圆形，边界上大部有星状形毛刺延长，不少病例伴有乳头回缩，也可有钙化。
2. 结节型 指边界较整齐圆形或卵圆形，没有毛刺，有时也可伴钙化点。
3. 弥漫型 边界不清、大片浓度阴影、范围广、多数有皮肤增厚、或乳头回缩、少数伴钙化点。
4. 钙化型 此型指系有明显成堆钙化点外，无明显结节阴影、其他X线征也不明显。
5. 隐匿型 无明显结节影，也无钙化点，仅见少许边界不清，致密阴影，甚至X线上表现正常，诊断困难。

本组229例中星状型占43例(18.9%)，结节型占94例(41.0%)弥漫面占14例(6.1%)钙化型占33例(14.4%)隐匿型占45例(15.6%)。

以上全部病例均经外科手术治疗，并随访3年至5年以上，手术包括单纯切除，根除手术和扩大根除手术鉴于以上三种治疗方法的五年生存率的差异无统计学上的差异，我们试图探索X线类型与预后是否有关系。本组随访满三年者78例，存活3年以上有74例，其中星状型16/7例，结节型32/34例，弥漫型5/6例，钙化型6/6例，隐匿型15/15例。随访者满五年者，51例存活5年以上者48例，其中星状型11/11例、结节型23/25例、弥漫型2/2例，钙化型4/4例，隐匿型8/9例，各型存活率无明显差异。

根据C.Hagay等1981年报告星状型预后较其他类型要好，本组材料未能显示这种情况，上海肿瘤医院材料星状型病例腋下转移较多，按一般X线与病理对照，毛刺系纤维组织收缩和沿纤维组织癌细胞浸润、这样病情发展理应比局限性的结节型为快，由于本组织病例比较少，有待于累积更多病例，进一步总结。

八、乳腺导管内癌的X线诊断

瑞金医院放射科 陈克敏 唐敖荣 徐开堃

上海市黄浦区中心医院 施有政 任时俊

上海第一医学院肿瘤医院 廉养德

常见的乳腺癌一般均能触及肿块、而导管内癌早期尚未能触及肿块，病员常因乳头出现血性溢出而来就诊，乳腺导管造影对明确导管内病变及推测其性质，对确定手术及治疗方案均有较大的帮助。

本文就近五年来我所作的三百五十余例乳腺导管造影中经手术、病理证实为导管内癌，病史资料又较完整的11例进行小结，并将100例经手术病理证实为导管内良性病变的病例作为对照，就导管内癌的X线表现及导管内良恶性病变的鉴别要点进行了讨论。

导管内癌的主要X线表现：①导管内充盈缺损，边缘不规则，导管之一侧壁或双侧壁僵直，该种表现在11例中出现4例，②导管突然中断，中断部不规则，该支导管形态僵硬。有5例出现此种表现，③病变导管局限性不规则变窄，狭窄之近端有轻度扩张，有6例出现。④导管分支排列紊乱，呈烟火状，3例有该种表现。⑤沿病变之导管或附近出现细砂状钙化，出现2例。病变之导管呈不规则状围绕在软组织块影周围，有2例出现。

与导管内良性病变的鉴别：①导管内乳头状瘤，表现为导管内圆形或类圆形之充盈缺损，边缘清楚光整，附近导管无明显改变，②乳导管扩张症，导管扩张一般范围较广，导管及其远端分枝充盈好，无阻塞及僵直表现，③纤维腺瘤等良性肿瘤，常见乳腺导管被软组织块影推移，边缘清楚，无中断僵直表现，④脓肿，常有脓性或脓血性乳眼溢液，造影常可显示脓腔影，导管常有扭曲变形，但形态柔软。

本文还对术前误诊病例及误诊原因进行了探讨。

九、B型超声在小儿腹部肿块诊断中的应用(附100例分析)

新华医院放射科 丁文煦 徐斐燕 沈爱莲

上海市儿研所 余亚雄 金惠明

B型超声诊断是一种较新的诊断方法。本文总结了本院100例小儿腹块术前B型超声诊断与手术病理结果，验证B型超声检查在小儿腹块诊断中的作用。在100例小儿腹块检查中，B型超声诊断符合者92例，诊断率达92%，不符合者8例，误诊率为8%。本文对各种腹块的主要B型超声表现作了简单介绍，认为B型超声除了具有无痛苦、无创伤、费用低廉、方法

简便、无放射损伤危害众所周知的优越性外,对于显示软组织结构,尤其对肿块是实质性,囊性或液性、以及混合性的鉴别,显示了独特的效果,在报导的100例腹块、临床疑及肿瘤的15例肾盂积水,其中12例进行了X线静脉尿路造影检查,仅5例显示为肾盂积水,另外7例均为一侧性肾盂肾盏未显影,有的X线检查报告误诊为“肾胚胎瘤”。而这15例经过B型超声检查均明显显示为典型的肾盂积水,并得到手术和病理证实。在囊肿性病变与脓肿的诊断上B型超声也显示出较大的优越性。国外学者对超声检查、CT与放射性同位素扫描照相这三种显象诊断技术作了大量研究、本文介绍了这三种检查技术对腹部、后腹膜病变、相对诊断效用参照表。

作者提出B型超声检查也有它的缺点、诸如分辨力低,有些不同的肿瘤,其超声表现无特异性,对确定病因带来困难等等。

十、X线造影与超声显象对涎腺疾病诊断价值的比较(附103例病例分析)

第九人民医院放射科 孙大熙 孙海雄 陈勇强 叶新华
第九人民医院超声波室 陈珊球
第九人民医院 程 璿 陈锦坤

涎腺造影X线检查作为涎腺疾病的诊断方法已为大家普遍应用,而超声诊断为时尚不长。我院自1982年至今二年内共进行326例涎腺超声检查,本文对其中103例经X线造影和超声检查后明确病理诊断的病例进行对照分析,并重点比较X线造影与超声显象的诊断价值,计男性40人,女性63人,年龄最大74岁,最小13岁。103例中,涎腺肿块65例(恶性肿瘤15例,良性肿瘤33例、囊肿7例、淋巴结炎和淋巴结核10例、均经手术病理证实)。涎腺弥漫性肿大38例(其中良性淋巴上皮病20例均为手术病理和唇腺活检所证实。慢性化脓性炎18例、由临床检查和抗炎治疗结果所证实。)在65例涎腺肿块的B超检查中对肿块形态、边缘回声、内部回声的分布与强度、边缘折射效应五项进行观察。B超图象的特征与其它部位良恶性肿瘤的B超经典图象基本相符。B超在良性实质性肿块的诊断价值与X线造影相仿,在恶性肿瘤诊断方面,B超的价值低于X线造影。但在诊断囊性病变更有独到的作用,在诊断淋巴结炎性病变更也有一定的价值。应用X线造影和超声显象的综合诊断方法,则可以相互补充,使涎腺肿块的诊断符合率提高到93.4%。

对于38例良性淋巴上皮病与慢性腮腺炎的病例,初步探讨认为在光点分布和光点强弱方面的差异,可以作为B超的诊断依据,X线造影对这两种疾病的鉴别较明确,并可以分型分期,因此较超声优越。

本文归纳了涎腺病变的超声特点及诊断标准,并就B超图象在混合瘤中表现的多样性,X线造影和B超在诊断低度恶性肿瘤中局限性,二种检查方法综合诊断的优越性等问题进行讨论。

十一、X线平片对心室大、小的估计

——36例X线与UCG的对照分析

宝钢医院放射科 王之扬 邹 群
宝钢医院超声波室 陈尧娟 童曼莉

鉴于在X线平片上对区别左、右心室的增大有一定困难，且很难作出定量的估价；而超声心动图可以清楚地显示心脏房室及大血管内径和心室隔、心壁厚度等，且可用数字来表述，因此它的应用日益广泛。

在UCG的启发下，作者等收集到经UCG检查并摄有X线片（其中必定包括左前斜位片）的疑有或证实有心脏病的病例36例，提出一种从左前斜位X线片上测量隔前右室径及左室径的方法，将测得的数值与UCG进行比较。

将两组数字作相关系数计算，左室径间的相关系数为0.7546($P < 0.01$)，表明左室径在X线与UCG之间有密切关系；而在右室径之间则无明显的相关性存在。由于考虑到X线片上有放大，心脏收缩与舒张期，心壁及心室间隔厚度等因素，暂时定出右室径与左室径在X线片上的上限，以此与UCG进行比较。右室径的大小，X线与UCG有 $\frac{2}{3}$ 的病例相符，而左室径的大小则有 $\frac{4}{5}$ 以上的病例相符。

讨论中作者等认为从心脏及心内的解剖结构来看，在左前斜位片上自主动脉前缘画一与心室长轴走行一致的直线，从此直线在心前缘最突出处作一垂线作为隔前右室径；再从此直线向后至心后下缘与IVC交界处引一垂线作为左室径，是可行的。至于X线片上右室径与左室径的正常范围，作者等仅提出一初步设想，尚难确定。从目前测得的数字来看，左室径在X线片与UCG之间有密切的相关关系，可互相印证，而右室径的数值在两者间有一定的出入（36例中不符的有12例）。由于X线和UCG对右心的估计都有一定的困难，且UCG仅能探测到右心室的一小部份，再加上右心增大（如风心二狭时）引起的心脏旋转，更使在UCG上测得的隔前右室径不能代表右室最深的径线。两者究以何者为准，如何互相补充，值得继续探讨。

由于病例不多，又缺少足够的正常例子作对比，作者等的初步设想尚在继续摸索中，有待于同道们的批评、指正，以便作进一步的改进。

十二、进行性骨化性肌炎

新华医院放射科 郑英明 蔡国章

本文报道我院近年来所收治的5例进行性骨化性肌炎，其中儿童4例，成人1例，男4例，女1例。

本病是肌肉结缔组织及横纹肌的进行性骨化伴先天性趾指畸形为特征的结缔组织病，病因不明，曾有报道本病有家族遗传史，本文5例，未发现家族史。

本病征状和体征特点：①婴幼儿时期发病，病变多自枕、颈、背部开始，渐次向下及向周围蔓延，一般躯干比四肢易受累，背侧较腹侧多见。②疾病的早期，肿胀的软组织体积突然缩小消失，易被误认为疾病的好转和治疗的收效，其实这是此病的自然发展现象，亦是本病的特征之一，即进展与缓解是交替进行的。③感染和创伤（如肌肉注射，活检，手术等）可加速病变的进展。④当胸锁乳突肌、背部肌、咀嚼肌、关节周围组织累及时，可出现斜颈，脊柱僵直，侧弯，张口困难，关节固空等。⑤本病预后欠佳，多死于呼吸障碍或咀嚼肌骨化所致之慢性饥饿。

本文5例，其中四例软组织病损均自颈背部开始向下及向周围蔓延，在软组织肿胀消退后，局部多留有硬结，继而发生骨化，发病年龄多在10岁以内（成人除外）。

X线表现如软组织骨化及趾指骨先天性发育畸形。前者多从颈背部开始，延及头面部，躯干及四肢，早期仅见软组织肿胀，以后在肿胀区呈点状线密度增高影，最后融合成正条状或片状致密骨化影，行走方向与肌肉韧带行经一致，本文病例中有颈后部韧带肌肉呈多条状骨化，颈椎前纵韧带及椎旁韧带肌肉骨化，胸锁乳突肌骨化，背部肌肉骨化延伸至二髂嵴，髋部及骨盆软组织内骨化及足底肌腱骨化等。多数病人尚合并跖趾拇指短小、缺如、外反等畸形，在软组织骨化不显著时，发现这些骨骼畸形，有助于本病的早期诊断。

本病应与广泛性钙质沉着症，创伤性骨化性肌炎等疾病相鉴别。

本病为自限性疾病，25岁后病情趋向稳定，在病情进展阶段，用EHDP治疗，可抑制骨化的发展，晚期病变静止后，某些部位的功能障碍，可考虑矫形手术。

十三、青壮年胃癌的临床X线和病理观察

第九人民医院放射科 王士心

青壮年胃癌并不少见，我院1970～1982年858例胃癌中，年龄在40岁以下的共有11例，占胃癌总例数的1.28%。经临床X线和病理观察，11例青壮年胃癌中，女性7例，男性4例，男与女之比为1:1.7。故发病率似以女性为高，11例青壮年胃癌中未分化腺癌6例，腺癌4

例，粘液腺癌1例並伴有卵巢转移即Krukenberg氏瘤。其中未分化腺癌之女性发病率更高。未分化腺癌的X线表现多数为浸润型皮革样胃，累及范围较广，并伴有巨大龛影，龛影之长度可达6~7厘米，即使是早期的浅表浸润，亦可见长而不规则的线条型溃疡，其密度深浅不一，且可见细小结节状指压迹，为避免与粗糙增厚的粘膜皱襞混淆，鉴别上应注意胃小区的改变。其他腺癌和粘液腺癌则表现为局部的浸润或增生为主，亦可伴有溃疡，但其大小均较未分化腺癌为小，一般龛影之长度均在4厘米左右。青壮年胃癌也常可发生于胃底贲门部，因此对年轻患者，不应忽视对胃底贲门部的注意。女性患者则更应注意卵巢方面的转移，即Krukenberg氏瘤的高发病率。鉴于青壮年胃癌中未分化腺癌的高发病率，因此其恶性程度高，转移快，预后更差。在6例未分化腺癌中，除1例较为早期的浅表浸润癌无淋巴结转移外，其他5例均有淋巴结转移，因此早期诊断至为重要。

十四、诊断脊髓病变的新方法——选择性脊髓血管造影

(附15例报道)

第三人民医院 薛 培 丁美修

选择性脊髓血管造影是近十余年来开展的一种诊断脊髓病变的新方法。我院自1980年开始共检查病员15例。除2例外，13例得到手术证实，其中脊髓血管畸形7例，脊髓肿瘤6例。

脊髓病变一般是用椎管造影来诊断的，椎管造影对阻塞性病变的诊断较为满意而对非阻塞性病变则容易遗漏，如脊髓血管畸形不伴有蜘蛛膜下腔通路受阻的单靠椎管造影来诊断是不够的。选择性脊髓血管造影对脊髓血管畸形的诊断有独到之处，它不但能显示畸形血管的全貌，还能见到它的供血动脉与引流静脉。至于脊髓肿瘤，也可以通过选择性脊髓血管造影使肿瘤的病理血管显示，为外科手术提供参考，且能进一步为发展介入法，经导管作栓塞治疗打下基础。

本造影方法是在局麻下用股动脉插管。在电视监视下，将导管送到需检查部位的血管，手推注入少量60%的泛影葡胺，摄局部点片。

耐心细致的插管技术与熟悉脊髓血管的解剖是做好选择性脊髓血管造影必须具备的条件，尤其是要了解特殊的，不对称的，多变的脊髓血管，熟悉脊髓血管供应的薄弱区，找寻相对恒定不变的血管，小心谨慎地注入造影剂，避免不必要的人为损伤。

选择性脊髓血管造影是一种用小剂量造影剂多次注入单根小血管的造影方法，除了当造影剂注入肋间动脉时有些病员有轻度胀痛感外，所有病员均无严重并发症发生。

十五、120例下肢深静脉血栓形成 静脉造影分析

第三人民医院

徐惊伯 顾小平 张柏根 邱耀麟 张纪蔚

下肢深静脉血栓形成并不少见,根据我院1979~1984年5月500余例下肢静脉造影资料统计,本病约占总数的 $\frac{1}{4}$ (120例)。下肢静脉造影能了解血栓累及的部位、范围以及病变静脉的形态学和血液动力学等方面的改变,不仅可明确诊断,而且对指导临床治疗也有很大的实用价值。本文对造影方法、X线表现、分类及其意义作了详细的讨论。

本组病例中,男性87例,女性33例,病变位于左侧者82例,右侧25例,双侧13例,共120例,133侧肢体。

静脉造影均按本科常规方法进行。要点:①足背浅静脉穿刺;②踝上扎止血带;③病人取30°斜卧位,检查侧肢体不负重;④48%泛影葡胺50~100ml $\times$ 7分钟内注入;⑤电视观察下由远到近逐段拍摄全下肢和骨盆片。

造影所见:①充盈缺损静脉腔内圆柱状或类圆柱状充盈缺损影,是静脉内血栓的直接征象;②闭塞全下肢深静脉或部份深静脉节段不显影,是深静脉广泛性血栓形成或近端主干静脉完全闭塞,软组织极度肿胀压迫远端深静脉所造成;③中断 静脉腔内造影剂上行受阻,突然中断,是近端静脉血栓性闭塞的间接征象;④再通 静脉边缘毛糙,造影剂密度不均匀和腔内瓣膜影消失,静脉主干可呈不规则狭窄或多枝状,也可呈扩张状甚至扩张扭曲状,是血栓形成后不同程度的修复再通表现;⑤交通枝功能不全和浅静脉曲张 造影剂自深静脉向浅静脉逆流,或显示粗大,扭曲无瓣膜的交通静脉,相应部位的浅静脉曲张,是交通枝直接栓塞、再通或继发于深静脉回流障碍的表现;⑥侧枝循环形成 造影剂通过异常途径回流,是深静脉闭塞或回流障碍的结果。

根据上述X线征象,结合临床表现和血栓形成后的病理演变规律,我们将下肢深静脉血栓形成分为4型:

I型:急性深静脉血栓形成。静脉造影显示充盈缺损,静脉闭塞,而无再通表现。

II型:亚急性深静脉血栓形成。静脉造影显示病变以闭塞为主,伴有早期再通表现,但无充盈缺损征象。

III型:慢性深静脉血栓形成。又可分为2组:

1. 部份再通组:静脉造影显示深静脉大部再通,狭窄及不同程度的闭塞,伴或不伴有交通枝逆流和浅静脉曲张。

2. 完全再通组:静脉造影显示深静脉主干完全再通呈扩张或扩张扭曲状,常伴有交通枝逆流和浅静脉曲张。

IV型:特殊类型深静脉血栓形成。包括局限性髂静脉血栓形成(与其他部位血栓形成不同,其修复慢而再通率低)和慢性深静脉血栓形成继发新鲜血栓等特殊类型。

上述分型的意义在于为合理治疗提供有力的依据。I型以取栓、溶栓、抗凝疗法为主；II型无取栓、溶栓指征而以祛聚、活血化瘀等非手术疗法为主；III型可考虑各种类型的旁路转流术或瓣膜重建术；IV型需酌情处理。

十六、左肺门下移在动脉导管未闭X线诊断中的意义

——附106例分析

第三人民医院放射科 卓祥武 *金德勋 *祖茂衡

指导者 徐惊伯

动脉导管未闭是较常见的先天性心血管病变，其一般X线表现和其特征性的“漏斗征”已广为人知，然而较常出现的“左肺门下移”这一X线征象，却尚未被大家所注意和熟悉。本文根据我院自1976年以来，经手术证实且资料完整的106例平片分析（结合部分心导管和心血管造影资料），观察到这一征象出现率较高，对诊断动脉导管未闭具有重要意义。并可根据左肺门下移的程度和肺充血的轻重来估计导管的粗细和分流量的大小。

文章根据左肺门下移的不等程度，经测量划为0、I、II、III度。0度表示左右肺门呈正常位置关系，即左肺动脉弓上缘与右上叶支气管开口上缘基本在同一水平面；I度表示左肺门轻度下移（儿童下移2—4mm，成人下移2—6mm）；II度表示左肺门较明显下移（儿童下移5—8mm，成人下移7—12mm）；III度表示左肺门明显下移内收，在左上肺野仅能见到少许肺动脉分支（儿童下移9mm以上，成人下移13以上）。按此标准对本文106例动脉导管未闭病例和110例正常胸片分别进行了测量，得出前者左肺门下移率达70.75%，后者为5.45%，经 χ^2 检验确定二组有非常显著的差别（ P 值 <0.001 ）

一般情况下，根据左肺门下移程度即可估计导管粗细和予测分流量的大小。但分流量的多少除导管粗细这一因素外，还与主肺动脉间的压力差密切相关。当肺动脉高压时，左肺门可不下移，左向右分流可很小甚至逆向分流，而导管内经却可较大。因此还应把表示主肺动脉压力关系的另一因素——肺充血程度结合起来考虑。根据不同X线表现，我们把肺充血分为轻度、中度、重度和肺动脉高压。

根据本组92例手术所得未闭导管内经（不包括14例肺动脉高压病例）和26例心导管提供的肺血管压力资料（肺动脉压力皆小于20毫米汞柱），结合测量所得左肺门下移数值和肺充血程度，分别建立了导管内经粗细与左肺门下移程度、肺充血轻重与左肺门下移的程度相关表，并进行了统计学处理。发现导管的粗细与左肺门下移程度有极其显著的相关（ P 值 <0.001 ），导管越粗，左肺门下移越明显；肺充血程度与左肺门下移亦有其显著的相关（ P 值 <0.001 ），肺充血越重，左肺门下移越明显。而当发生肺动脉高压时，虽导管口径很粗，仍可不出现在左肺门下移或仅轻度下移。据此，我们对导管粗细和分流量大小作如下估计：

左肺门无下移（0度）：肺血管正常或轻度充血时，导管内经一般小于6毫米，肺循环血量增加约一倍；在肺动脉高压时，未闭导管内经一般在7毫米以上（大多在13—20毫米），肺循

• 进修医生

环血量甚少增加，甚至减少。

左肺门下移Ⅰ—Ⅱ度：肺充血轻—中度时，导管内径一般在7—12毫米左右，肺循环血量增加2—3倍，当左肺门下移程度很轻，而肺充血明显时，则要考虑合并其它左向右分流的先心病可能。

左肺门下移Ⅲ度：导管口径一般在13毫米以上，重度肺充血不伴有肺动脉高压时，肺循环血量一般增加3倍以上。

文章还对动脉导管未闭时，左肺门不下移的原因进行了分析。认为导管内径过小，造成主动脉血液对左肺动脉冲击力过小，这样就不致引起左肺门下移，肺动脉高压时也使这种冲击力明显减小，且由于肺动脉压力显著增加，使肺动脉主干和近侧肺动脉增粗扩张，使原已下移的左肺动脉上抬，甚至超过正常位置；此外分流量多少还与导管长短和血液粘稠度二者所造成的流动阻力成反比，当导管过长，血液粘稠度过大时，因分流量很小，亦可不造成左肺门下移。

最后，对动脉导管未闭致左肺门下移的发生机理进行了探讨。

十七、胃窦外病变引起胃窦部痉挛性狭窄的X线表现

瑞金医院放射科 江 浩 郑濂元 朱大成

胃窦部狭窄是胃炎和胃癌的常见X线征象，而胃窦部以外的病变也可引起胃窦部的痉挛性狭窄，因而造成某些病例的误诊和漏诊，我们收集了包括贲门、胃体和胃角的溃疡和癌肿以及胃外病变引起的胃窦部痉挛性狭窄30例，其目的着重讨论胃窦部痉挛性狭窄的X线表现和解剖基础，以及引起胃窦部痉挛的机理，从而进一步提高对胃窦部狭窄的正确诊断。

其X线特征如下：①胃窦部呈向心性狭窄为大多数，少数呈不规则狭窄及持久性假憩室样改变，在连续摄片形态大小均可改变，上边缘光滑。②有些病例胃窦部呈线样改变，提示胃窦部胃壁柔软。③大多数病例狭窄段和正常胃壁有移行段，而且粘膜呈纵行的。④狭窄段的粘膜常呈纵引，横形，极少数粘膜粗糙紊乱。⑤痉挛狭窄段一般较长，多数为5—7厘米。⑥钡进入十二指肠较慢。⑦在十二指肠球部底的压迹是对称的。

胃窦部外病变引起胃窦部狭窄的机理：Torgerson曾详细描述了胃窦部的结构，该部中层环肌有个组成部份在幽门前，环肌呈扇形分布，它的大弯侧有二个肌，一个袢围绕幽门管称右幽门肌袢，另一袢和右袢有一定距离，称为左幽门肌袢，这两个袢向胃小弯集中形成所谓幽门肌结，在这二个袢之间还有少许薄弱肌纤维，则形成一个薄弱环状纤维扇形区。胃窦部以外器质性病变引起迷走神经兴奋而使胃窦部环肌痉挛性收缩所致。

胃窦部痉挛性狭窄常误诊为胃炎和胃癌，因此如发现胃窦部狭窄不能以此满足，应作进一步检查，不仅要显示狭窄段，尤其要注意该部的粘膜，还应显示狭窄的远端以及狭窄的近端，胃小弯的病变，甚至贲门部病变等。

放射科列题论文目录

1. 肺、肾综合征——一例报道……………宝钢医院 王之扬 邹 群
2. 原发性心肌病的 X线诊断——11例的平电观察分析
……………宝钢医院 王之扬 邹 群 夏承鑫
3. 胃肠道子宫内膜异位症——文献复习附二例报告
……………市六医院 高晓鸣 尚克中
4. 婴幼儿网状内皮细胞增多症、附 1 例报告
……………宝钢医院 邹 群 王之扬
5. 血友病骨假性肿瘤的X线诊断——10例报道
……………瑞金医院 唐敖荣 王汝德 蔡体栋 张苇琴
6. 脊髓腔碘油造影时斜位摄片在诊断腰椎间盘突出症上的应用
……………宝钢医院 邹 群 夏承鑫 王之扬
7. 八年来(1975—1982年)上海市应用 X线摄影作乳腺癌普查的情况报告
……………上海市 乳腺癌 协作组
8. 再论乳腺癌的放射治疗与外科治疗的配合(附255例临床资料)
……………瑞金医院 徐开堃 管蔚珍
9. 乳腺 X线分型与乳腺乳腺癌发病章的关系的探讨
……………瑞金医院 徐开堃 唐敖荣等
10. XG3—125型300毫安医用诊断 X线机的临床应用
……………新华医院 翟鸿元 何维庶
11. 介绍一种诊断(中耳)胆脂瘤早期病变的裘伦氏 (Gulruen) 投照法
……………瑞金医院 杨燕敏 唐伯荣
12. Mikulcz-Sjögren氏合综合征
……………宝钢医院 邹 群 王之扬
13. 胃囊双对比造影
……………三院 沈谋绩 徐惊伯
14. 胃囊肿——重复胃(附一例报告)
……………三院 朱孝庭 沈谋绩 徐惊伯
18. ERCP的X线表现
……………三院 徐惊伯 沈谋绩