DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.02.027

良好，未出现任何不良反应。结果表明，ZGT吸收良好，其生物利用度高，是一个良好的补锌剂。

参考文献

1. 任志才，等。葡萄糖酸锌的制备及其含量测定。中国医院药学杂志 1989；9(1)：31
2. 王晓波，等。葡萄糖酸锌兔体内药物动力学及生物利用度研究。中国医院药学杂志 1989；9(2)：51
3. 李苇，等。葡萄糖酸锌冲剂的生物利用度研究。医药工业 1988；19(8)：359
4. 严宝霞，等。硫酸锌片剂的制备及临床疗效观察。药学通报 1984；19(5)：15
5. Sammans, et al. The effects of zinc supplements on plasma zinc and copper levels and the reported symptoms in healthy volunteers. Med J Aust 1987; 146(5): 246
6. 王向东。外科病人的锌代谢。中华外科杂志 1986；24(10)：629

(收稿：1989.06.30；修回：1989.08.19)

原发性纵隔肿瘤及囊肿的X线诊断（着重误诊病例分析）

孙清荣 范德良 易习之 （新桥医院 放射科）

纵隔肿瘤发病率较高，为研究X线定性诊断，本文收集我院手术、病理证实76例及临床证实4例共80例，着重对误诊病例进行分析。

1 临床资料

男51例，女29例。年令13～70岁，平均37岁。有胸闷、胸痛、肩背痛、咳嗽，纳差及颈部淋巴结肿大等症状者55例68.8%，重症肌无力者5例6.2%，体检发现者20例25%。

1.1 发病部位

本组病例均摄有正侧位片，14例摄有斜位片及21例分层片。采用纵隔七分法[1]，以肿块中心确定所在纵隔部位。

1.2 各类肿瘤X线表现

①畸胎类瘤19例：除1例位于后纵隔，余均位于前纵隔。肿块较大，多呈类圆形，边缘多呈分叶。1例穿破支气管相通，囊内有液平面，并有咳出头发史；7例肿瘤内有钙化；3例与升主动脉根部或肺动脉紧密相连。②神经源肿瘤17例：除2例位于中纵隔，余均位于后纵隔。多呈类圆形，边缘光整。2例见钙化，数有邻骨受压吸收及变形。③淋巴类肿瘤16例：除2例位于前纵隔，余均位于中纵隔。双侧或单侧突出者少各半数。肿块边缘毛糙、分叶或毛刺。多有肺门淋巴结肿大，支气管受压移位或狭窄。6例放疗均迅速消失。④胸腺瘤14例：肿块均位于前纵隔，呈类圆形。4例见“类三角征”，6例肿块有小分叶，2例有钙化。⑤其它肿瘤14例：6例支气管囊肿中4例位于气管旁，余2例位于前中及后中纵隔，肿块呈圆形，边缘光滑。4例心包囊肿，均位于前纵隔中下部，边缘光滑，3例计波呈传导性搏动。1例胸骨后甲状腺肿位于中上纵隔与颈部肿大甲状腺相连，并有气管移位。纤维脂肪血管瘤、血管外皮细胞瘤及纤维瘤各1例均位于后纵隔，肿块均具良性肿瘤表现。

2 讨论

本组80例除2例误诊为肺部病变外，所有病例（97.5%）均定位准确。80例中60例（75%）定性准确。20例误诊或未定性，回顾20例失诊原因：5例畸胎类肿瘤其中1例有杂音，另1例透视见搏动，而误为血管性病变。此种前纵隔肿瘤产生搏动或杂音，与肿瘤紧贴大血管有关，记波显示为传导性搏动，故不能依据杂音或搏动即认为血管性病变。1例左上

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

前纵隔畸胎瘤，累及中纵隔与左肺上叶，并发支气管瘘而误为纵隔胸膜积液。文献报道[2]畸胎瘤合并感染者占16.3%，畸胎瘤可破入肺、胸膜或心包，使X线表现复杂化，易误诊为慢性炎性感染。余2例中1例为右侧前中下纵隔分叶状肿块，未作定性，另1例后纵隔皮样囊肿肿块突出右肺尖区，密度均匀，误诊为肺部良性肿瘤，此例难与其他良性肿瘤区分。2例胸腺肿瘤，其中1例肿块紧贴胸骨后，分层见边缘毛糙，由于认识不足未能定性；另1例胸腺囊肿位于右前上中纵隔，边缘弧状钙化，误诊为畸胎瘤。2例巨大神经鞘瘤均误诊为畸胎瘤，其中1例肿块居脊柱前方右中下纵隔内，边缘毛糙，分叶，内有大量斑块状钙化；另1例巨块占据右上前中后纵隔，边缘光滑，内有少许点状钙化。此2例由于部位不局限后纵隔，且有钙化导致误诊。文献报道[3]神经鞘瘤自肋间神经起始部发生，距肋椎沟相当远，距纵隔腹膜板更远，而神经节瘤则不然，它由交感神经链发生，与纵隔胸膜板接近。5例淋巴类肿瘤中3例病变部位广泛，累及颈部、气管、食管、肺及胸膜，误诊为甲状腺肿瘤、肺癌转移及未定性各1例，余2例为前纵隔较大肿块，与前纵隔肿瘤不易区别，此2例均未定性。1例支气管囊肿居后纵隔，呈卵圆形，边缘光整，有一条索向中纵隔伸延，手术见肿块与支气管间有一硬性管道，由于未识别而未定性。1例心包囊肿位于大血管根部，未能定性。心包囊肿虽以心隔角多见，但可发生心脏周围心包膜任何部位。此外血管外皮细胞瘤、纤维瘤、脂肪血管瘤，透明管型巨淋巴结各1例均在后纵隔，均误诊或未定性，此种少见病例，平片定性受限。

有作者报道[4]128例纵隔肿瘤中20例15.6%未能定性，14例10.9%术前未能诊断纵隔肿瘤。本文20例误诊，8例未能定性，综合其主要原因：①X线表现较清楚，由于认识或经验不足未能确诊者10例次。②因肿块不在好发部位而误诊或未定性者7例次。③由于肿块不典型的X线表现而误诊者5例次。④少见病例难以定性者4例次。20例中6例兼有上述1～3项中的两项原因。

过分强调定位推测定性是误诊主要原因之一，纵隔肿瘤好发部位是相对的，少数其它部位亦可发生。本组常见纵隔肿瘤位于不典型部位者6例，如2例神经性肿瘤累及中纵隔，1例心包囊肿发生在主动脉起始部，1例淋巴肉瘤居前上纵隔并累及颈部、气管及食管，上述情况如强调肿块位置来推测定性容易失误。同时肿块大者，如占据3个区以上，其原发部位也难以判定。恶性淋巴瘤病变范围广泛，除中纵隔外，还可累及前后纵隔、颈部、食道、肺及胸膜等处，使X线表现复杂化，需与肺部病变区别。肿块钙化亦非畸胎瘤所特有，如本组胸腺瘤及神经性肿瘤各有2例钙化，其它囊肿的囊壁亦有偶见钙化。文献报道[5]胸腺瘤钙化率可达28%。提高X线检查技术，有助于纵隔肿瘤定性，如采用高千伏正侧位照片、分层照片或加摄斜位片等，能较清楚显示肿块密度、轮廓与周围脏器关系。目前CT检查可补充常规分层的不足，更可提高定性的正确率。

参 考 文 献

1. 陈金诚，等。改进的侧位纵隔分区对纵隔肿瘤定性的价值。中华放射学杂志 1983；17(11)：8
2. 刘王文，等。纵隔畸胎瘤和皮样囊肿的X线诊断。中华外科杂志 1984；22(12)：593
3. 孙玉鹗，等。纵隔神经源性肿瘤。中华外科杂志 1984；22(10)：588
4. 孙衍庆，等。原发性纵隔肿瘤与囊肿的诊断与鉴别诊断。中华外科杂志 1984；10(10)：581
5. Conble DM Primary malignant tumors of mediastinum. Arn Thoracic Surg 1972; 14:553

(收稿：1989.3.25；修回：1989.12.10)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net