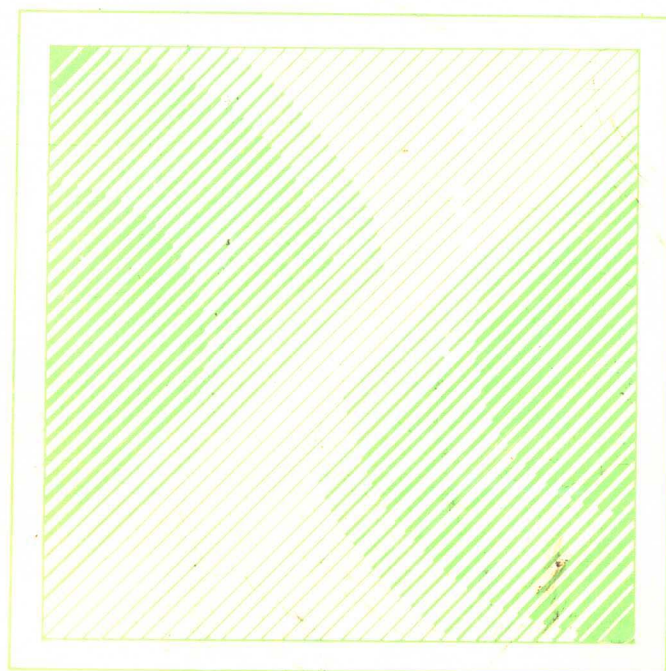


胸部和心脏成像 鉴别诊断图谱

罗纳德·L·艾森伯格著 王定深编译



中华医学会泉州市分会
中国农工民主党泉州市委员会

胸部和心脏成像鉴别诊断图谱

罗纳德·L·艾森伯格著

王定深 编译

参 译 者 （按姓氏笔划排列）

王小东	王永俊	王佳蓉	卢文乾	刘德鑫
许建军	李 平	李华东	李志鸣	李丽春
李鸿江	杨子江	张时秒	陈晓海	周艺军
林夏鸿	林彩梅	郑鲤珍	欧阳宛炯	施进兴
黄水龙	黄天造	赖志辉	蔡思清	魏剑峰

中华医学会泉州市分会
中国农工民主党泉州市委员会

一九九七年十月

本书简介

《胸部和心脏成像鉴别诊断图谱》(Chest and Cardiac Imaging An Atlas of Differential Diagnosis)系美国加利福尼亚州奥克兰高原综合医院放射学会主席、加利福尼亚综合大学临床放射学教授、医学博士罗纳德·L·艾森伯格(Ronald L·Eisenbeg)所著。由福建医科大学附属二院放射科主任医师王定深编译。

本书主要由肺部、心脏和纵隔的X线平片、CT扫描、心血管造影所显示的病变图像组成。它详尽地描述了心胸疾病出现的特征性外观以及一些疾病经常出现的某些细微的差异,或相同疾病出现的许多不同图像表现,作者以其丰富的经验加以说明和阐释,帮助读者对影像学资料作出准确的诊断和鉴别诊断。

全书采用列表式描述,并引证病例插图,兼有互相参照和必要的重复,文字精炼,图文并茂,通俗易懂,具有较强的直观性和可读性。

本书分为两大部分:胸部图谱44章节,心血管图谱21章节。全书引证心肺、纵隔500多个病例、600多幅插图;全面系统地介绍胸部和心血管系统的疾病,是九十年代一部医学新著,是基层影像学医师和临床医师难得的参考书。

“他山之石,可以攻玉。”为提高我市影像学及临床医学工作者的整体水平,特将本书作为内部刊物予以推荐。

陈荣洲

1997年·秋

目 录

第一部分 胸部图谱

C1 局部的肺泡图像	(2)	C19 皮肤损害联合广泛分布的肺病变	(98)
C2 肺水肿图像(双侧对称性肺泡图像)	(16)	C20 半月(新月形空气影)征	(102)
C3 单侧性肺水肿图像	(24)	C21 前纵隔损害	(104)
C4 弥漫性网状或网状结节状图像	(28)	C22 前纵隔损害 CT 图像	(108)
C5 蜂窝肺	(38)	C23 中纵隔损害	(112)
C6 孤立性肺结节	(42)	C24 中纵隔损害 CT 图像	(116)
C7 多发性肺结节	(50)	C25 后纵隔损害	(118)
C8 粟粒状肺结节	(54)	C26 后纵隔损害 CT 图像	(122)
C9 肺空洞损害	(58)	C27 奇静脉食管窝异常 CT 图像	(128)
C10 单侧肺门扩大	(64)	C28 纵隔移位	(132)
C11 双侧肺门扩大	(66)	C29 纵隔气肿	(136)
C12 肺门和纵隔淋巴结肿大	(68)	C30 胸膜基本病变	(138)
C13 单侧肺野、肺叶和局限性肺透亮度增高	(72)	C31 胸膜外损害	(142)
C14 双侧肺野透亮度增高	(78)	C32 胸膜钙化	(144)
C15 肺叶扩大(叶间裂凸出)	(80)	C33 胸膜渗出胸部其他方面正常	(146)
C16 肺叶或肺段不张	(82)	C34 胸膜渗出联合有胸部疾病的其他 X 线征象	(150)
C17 肺实质钙化	(88)	C35 乳糜胸	(154)
C18 嗜酸性细胞增多肺病	(94)	C36 气胸	(156)

C37	气管肿瘤/管腔狭窄	(160)	C41	肺间质病变 CT 图像	(174)
C38	儿童上呼吸道阻塞	(164)	C42	肺泡肺病变 CT 图像	(178)
C39	右气管旁条带影增宽(5mm 或大于 5mm)	(168)	C43	肺囊样病变 CT 图像	(186)
C40	膈肌升高	(170)	C44	腋窝肿瘤 CT 图像	(190)

第二部分 心血管图谱

CA1	右心房扩大	(198)	CA10	小的升主动脉或小的主动脉弓	(228)
CA2	右心室扩大	(200)	CA11	主动脉弓和肺动脉严重畸形 ...	(230)
CA3	左心房扩大	(204)	CA12	先天性心脏病伴有右位主动脉弓(镜 像位分支)	(232)
CA4	左心室扩大	(206)	CA13	肺动脉干扩张	(234)
CA5	紫绀型先天性心脏病,肺血管分布增多	(210)	CA14	上腔静脉扩张	(238)
CA6	紫绀型先天性心脏病,肺血减少	(214)	CA15	奇静脉扩张	(240)
CA7	非紫绀型先天性心脏病,肺血增多	(216)	CA16	新生儿充血性心力衰竭	(241)
CA8	非紫绀型先天性心脏病,正常肺血流	(220)	CA17	高排出量心脏病	(244)
CA9	升主动脉或主动脉弓凸出	(222)	CA18	高血压性心血管病	(246)
			CA19	心血管钙化	(250)
			CA20	心包渗出液	(256)
			CA21	缩窄性心包炎	(259)

第一部份

胸部图谱

局部的肺泡图像

疾 病	成 像 所 见	注 释
细菌性肺炎 葡萄球菌 (图 C1-1)	迅速发展的广泛性肺泡浸润,通常累及一个肺叶或几个肺叶。因为急性炎症渗出物充满气道,引起节段性肺萎陷和肺容积缩小,所以很少有支气管充气征。	好发于儿童,特别是出生后第一年。在成年人,常常侵袭机体抵抗力降低或合并病毒性呼吸道感染的住院病人。儿童期这个疾病特征性表现为肺实质发生薄壁肺气囊,几周内可以自行消失,常常发生胸膜渗出(或脓胸)。
链球菌 (看图 C15-3)	与葡萄球菌感染肺炎困难鉴别,表现均一或斑片状肺实变,以下叶占优势的节段性分布和部分性肺容积丧失。	少有的情况,由下述一些病毒感染:例如麻疹、百日咳、流行性感冒。与葡萄球菌感染肺炎不同,链球菌肺炎较少发生肺气囊。特点是在抗生素应用之前早期积脓和快速积脓。
肺炎球菌 (图 C1-2)	均匀实变,几乎一律与脏层胸膜面邻接,并且常常有支气管充气征。	常见于酗酒者和其他一些抵抗力差的宿主。罕有空洞形成和胸膜反应。在儿童,可以产生通常所说的圆形或球形肺炎,正位和侧位观察境界清楚的球形实变,看上去像肺部或纵隔的肿块(图 C1-3)。
克雷白杆菌 (图 C1-4)	均匀肺实变含有支气管充气征(像肺炎球菌肺炎)。首先累及右肺上叶。典型病例产生大量炎症渗出物,引起受累的肺叶容积增大和邻近的叶间裂特征性膨凸(看图 C15-1)。	常见于酗酒者和慢性肺病变的老年患者。不像急性肺炎球菌肺炎,克雷白杆菌肺炎经常发生和迅速形成空洞,胸膜渗出和脓胸的发生率也很高。
其它肠道革兰氏阴性细菌 (图 C1-5)	非特异性、非一致性肺实变,经常侵犯双肺下叶。少有空洞形成,可能发生胸膜渗出。	大肠杆菌,灵杆菌,肠杆菌科,变形杆菌,绿脓杆菌,沙门氏菌和布鲁士菌。常见于衰弱病人或免疫功能遭受损害的病人。
流感嗜血杆菌 (图 C1-6)	非特异性不规则肺浸润,常常双肺受累。可以单一肺叶或肺段实变,与肺炎球菌肺炎相似。典型病例广泛性胸膜受累,常常表现与有关的肺实质浸润不成比例。	这些严重感染,主要是影响4岁以下的儿童,和经受抗生素治疗或对感染的敏感性普遍增高的年龄较大的病人。致使这种病人发生会厌炎(看图 C35-2),其次是发生儿童中耳炎和常常引起儿童细菌性脑膜炎。
百日咳嗜血杆菌 (百日咳) (图 C1-7)	由肺不张、节段性肺炎和肺门淋巴结肿大若干特征组成。心脏周围肺实变的融合,致使心脏的轮廓异常毛糙。	尽管人们常常认为许多疾病由免疫所消除,但是免疫并不是终身的。百日咳引起成年人支气管炎并非罕见。急性感染常见于两岁以下无免疫力的儿童。

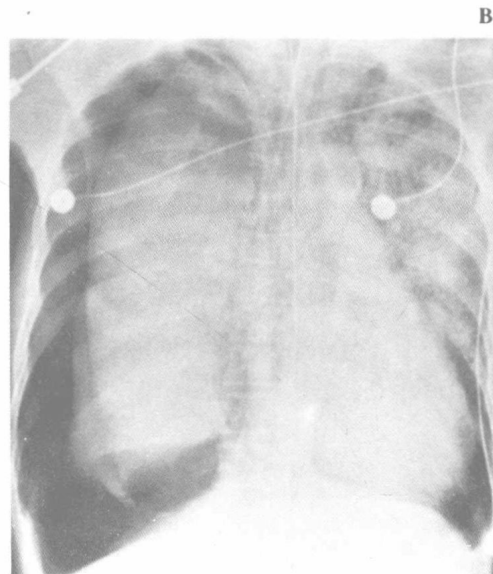
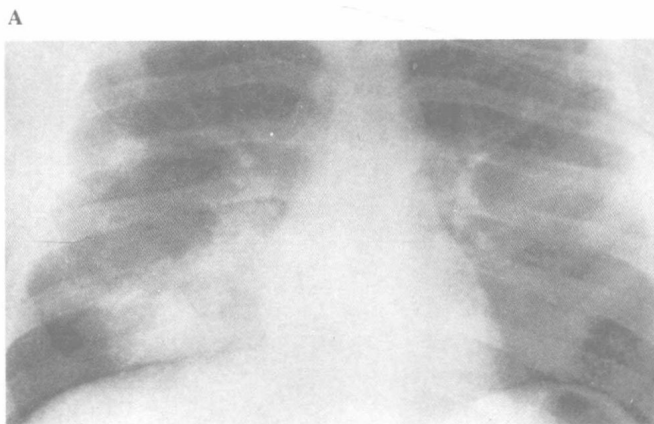


图 C1-1、葡萄球菌肺炎。(A)右肺底部病灶境界清楚的支气管肺炎。(B)另一个病人,左肺上叶和右肺实变,右侧中等量气胸。广泛性肺实变的存在促进右肺萎陷。气胸来自肺气囊的破裂,尽管胸片没有明确的肺气囊。

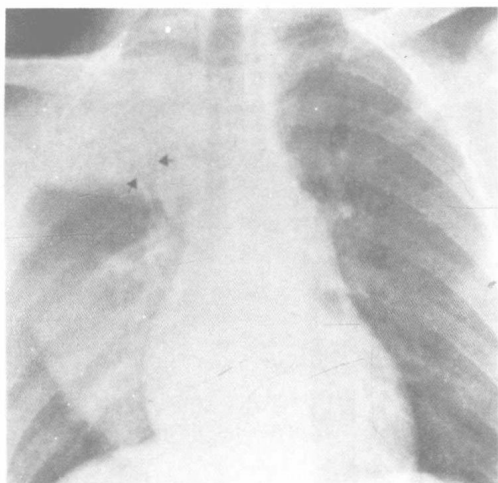


图 C1-2、肺炎球菌肺炎。右肺上叶、中叶和下叶后基底段均匀肺实变。注意到有关的支气管充气征(箭号)。

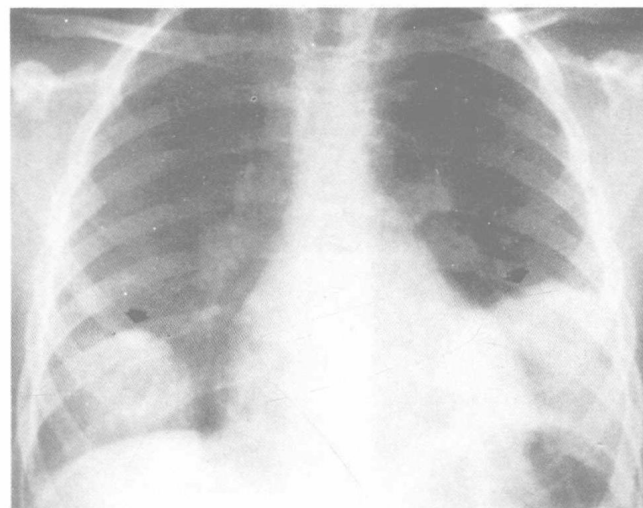


图 C1-3、球形肺炎。胸部正位片双肺下叶后外侧圆形软组织密度阴影(箭号),双侧肺门轻度隆凸。

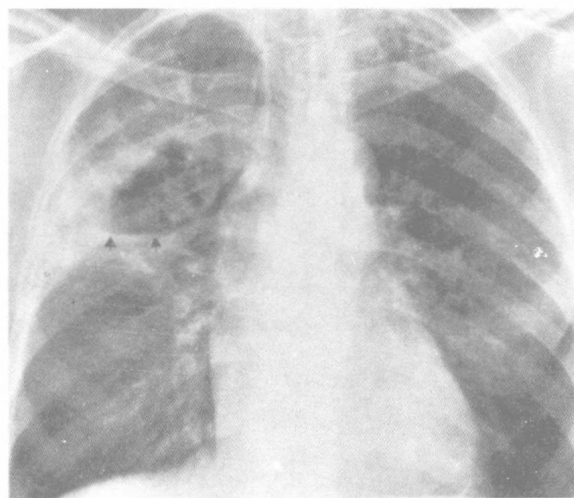
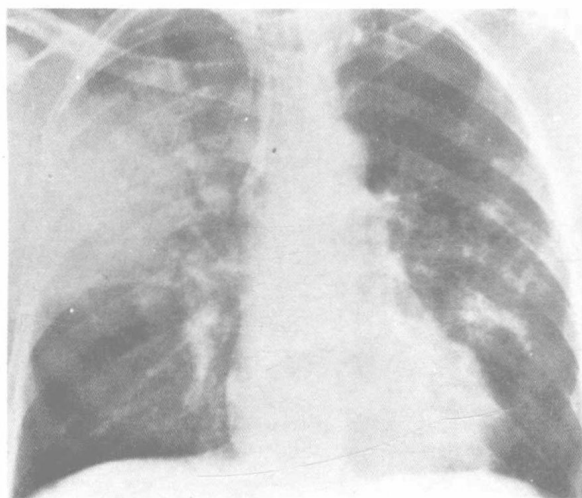
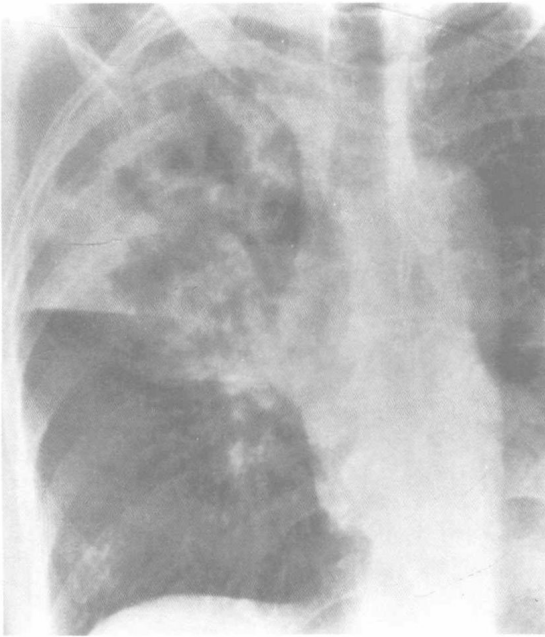
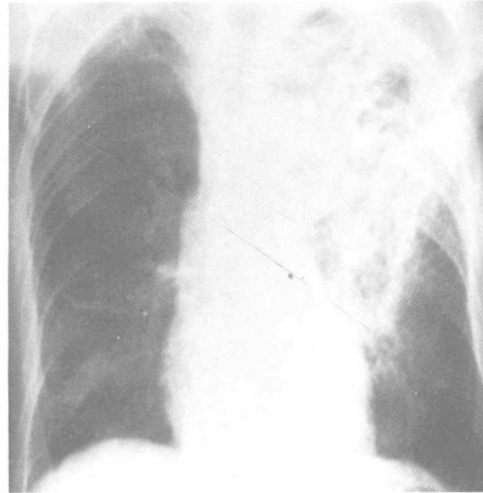


图 C1-4、克雷白杆菌肺炎。(A)右肺上叶大部分肺实变。(B)感染坏死产生带有气液平面(箭号)的巨大脓腔。

疾 病	成 像 所 见	注 释
兔热病 (看图 C12-2)	斑片状肺实变可以双侧、多叶或两者都有。半数病例发生同侧肺门淋巴结肿大和胸膜渗出。	肺炎由血行播散或吸入兔热病菌形成,常常由感染的动物(啮齿动物、小哺乳动物)或媒介昆虫传播给人类。
鼠 疫 (看图 C2-13 和 C12-3)	斑片状节段性肺浸润或浓密的肺叶实变,与肺炎球菌肺炎相似。典型病例有肺门和气管旁淋巴结肿大,常常有胸膜渗出。	肺炎型鼠疫引起严重的肺实变,坏死和出血,常常是致命的。这种微生物目前还在野生啮齿动物中广泛传播。
炭 疽	斑片状肺实质浸润常常与胸膜渗出、纵隔增宽有联系(淋巴结肿大和出血性纵隔炎)。	系牛、羊和山羊的细菌性疾病。最初人受感染是从感染动物或它们的产物(卵、毛、皮)吸入芽孢所致。
退伍军团病 (图 C1-8)	斑片状或绒毛状肺泡浸润,迅速发展累及邻近肺叶和对侧。	急性革兰氏阴性细菌肺炎,发生于地方性暴发流行或散发性的病例,可能引起严重肺炎,常常是致命的。普遍有少量胸膜渗出,罕有空洞形成和肺门淋巴结肿大。多数病人红霉素的疗效良好,尽管 X 线照相的吸收经常迟于临床反应。
多形杆状菌 (图 C1-9)	斑片状或融合的肺实变,通常局限在肺下叶。常常有空洞形成和脓胸。	革兰氏阴性厌氧菌常见于胃肠道和生殖器。肺炎由吸入感染物,或从扁桃体周围或骨盆的静脉血栓发生梗死腐败发展而来。
霉菌性肺炎		
组织胞浆菌病 (图 C1-10)	主要形式,经常在下肺野单一或多发性肺实变联合肺门淋巴结肿大。	显著的肺门淋巴结肿大,可能压迫支气管,可以没有肺实质病变的 X 线征象。尽管这些征象看上去像原发型结核病,但组织胞浆菌病罕有胸膜渗出。
芽生菌病 (图 C1-11)	非特异性肺实变的斑片状阴影。	偶有空洞形成和粟粒状小结节。芽生菌病可以出现单独肺部肿块。如果联合单侧淋巴结肿大时,可能像支气管肺癌。
球孢子菌病 (图 C1-12)	肺部受累通常开始是短暂的斑片状肺炎,常常伴有同侧肺门淋巴结肿大,少有胸膜渗出。	薄壁空洞没有周围反应提示是这种微生物感染(看图 C9-5)。
隐球菌病 (图 C1-13)	肺段或肺叶实变,好发于肺下叶。	通常在肺周围和肺底胸膜产生单独的、境界相当清楚的团块。与其他霉菌病相比,罕有空洞形成。
放线菌病/诺卡氏(放线)菌病 (图 C1-14 和 C1-15)	非节段性肺实变(可能像肺炎或肿瘤团块)。如果没有适当治疗,常常空洞形成和脓胸。	感染蔓延到胸膜产生脓胸,传统地导致肋骨骨髓炎和窦道形成。



A



B

图 C1-5、肠道革兰氏阴性细菌。(A)变形杆菌。(B)假单胞菌。

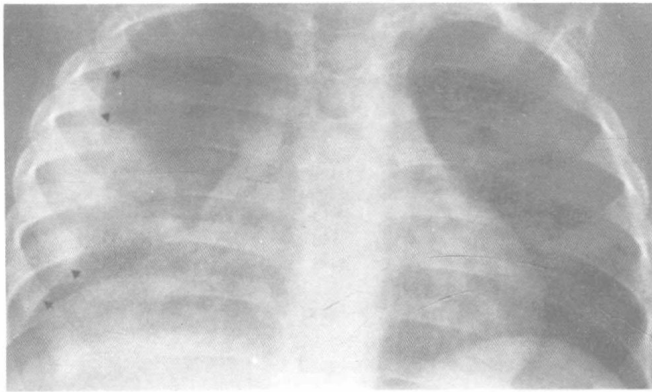


图 C1-6、流感嗜血杆菌肺炎。除了病变境界清楚的右下肺实变以外,还注意到广泛的胸膜增厚或纤维蛋白渗出物(箭号)与有关的肺实质浸润不成比例。

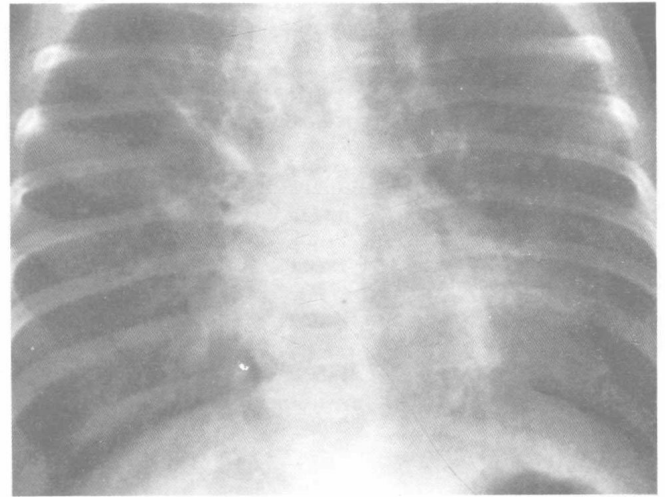


图 C1-7、百日咳嗜血杆菌肺炎。两肺中央部肺实质浸润和线状肺不张致使正常锐利的心脏边缘模糊、心脏轮廓毛糙。

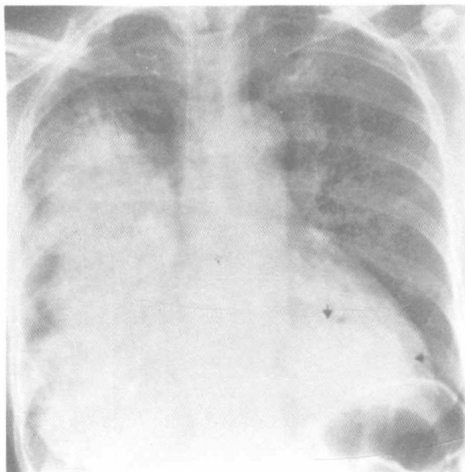


图 C1-8、退伍军团病。右肺广泛性肺实变,和左肺基底小面积肺浸润(箭号)。

疾 病	成 像 所 见	注 释
念珠菌病	斑片状、节段性、均匀肺实变。	考虑血源性播撒。可能空洞形成和肺门淋巴结肿大。
曲霉病 (看图 C20-1)	单发性或多发性边缘模糊境界不清的肺实变。	几乎总是真菌移殖损害支气管树引起的继发性感染,肺病变病人可能发生肺囊肿或空洞形成。肺部足分支菌病胸部照片特点是实质性均匀的圆形肿块由月牙形气腔与空洞壁分隔开。
毛霉菌病 (看图 C9-7)	进行性严重性肺炎,广泛播撒,互相融合,常常空洞形成。	常见于糖尿病或恶性肿瘤(白血病、淋巴瘤)的病人,常常起源于鼻或副鼻窦。这种感染可能破坏鼻窦,其表现像恶性肿瘤。
孢子丝菌病 (看图 C9-6)	各种各样非特异性表现(纤维结节样浸润,空洞形成,密集的小结节,慢性肺炎),常常有肺门淋巴结肿大,可能引起支气管阻塞。播撒可以通过胸膜进入胸壁,形成窦道。	慢性感染通常局限于皮肤和引流淋巴管。一些少见的病例,播散性病变可能累及双肺和骨骼系统(广泛破坏性关节炎伴有大量关节渗出液)。
支原体/病毒感染 (看图 C1-16 和 C1-17)	斑片状肺实变,常常呈节段性分布,主要累及双肺下叶。经常双侧性和多叶受累。	早期急性间质性炎症表现纤细的或粗糙的网状结构。多数感染是轻度的,尽管X线照片表现比物理检查更加广泛。
单核细胞增多症	非特异性斑片状肺实变。	全身性淋巴结肿大和脾肿大系非特征性的表现,约15%的病例可以证实有肺门淋巴结肿大,通常双侧性(看图 C11-1),很少并发肺炎。
水 痘	双肺广泛性绒毛状结节样浸润,肺门附近和肺基底部的病变有融合的倾向。	治愈的水痘肺炎典型的表現是细小粟粒状钙化(看图 C17-5),于急性感染后几年遍布双肺。
巨细胞病毒	在成人,迅速发展的双肺弥漫性肺泡浸润,通常出现在双肺野的外1/3带。	主要是侵袭有潜在网状内皮疾病或免疫缺陷或接受免疫抑制治疗的病人(特别是肾移植后)。X线表现难与卡氏肺囊虫肺炎鉴别。

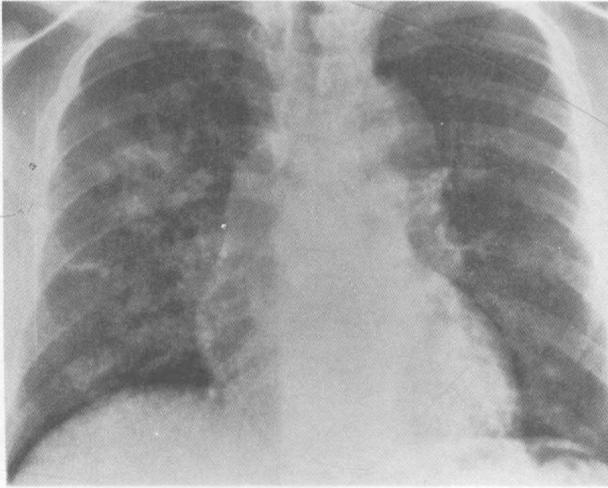
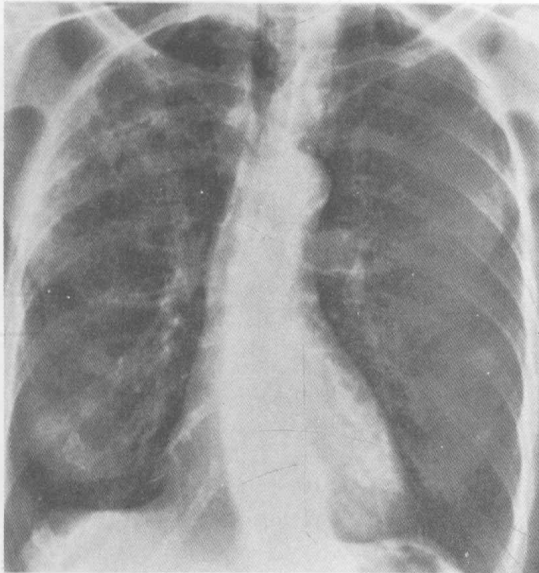
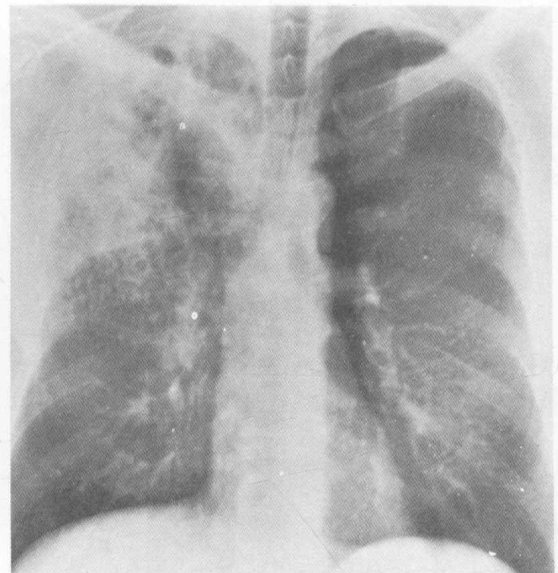


图 C1-9、细菌性肺炎。主要累及右肺中下野呈斑片状肺实变。

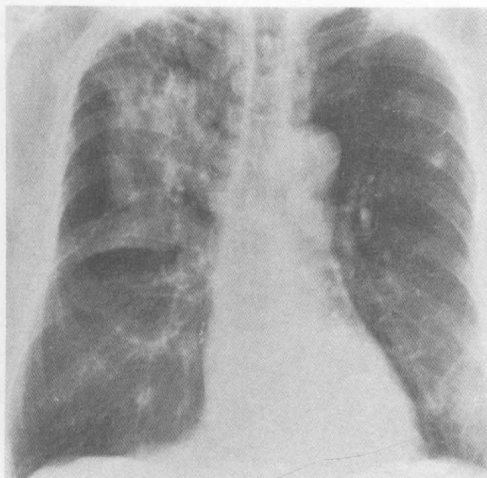


A

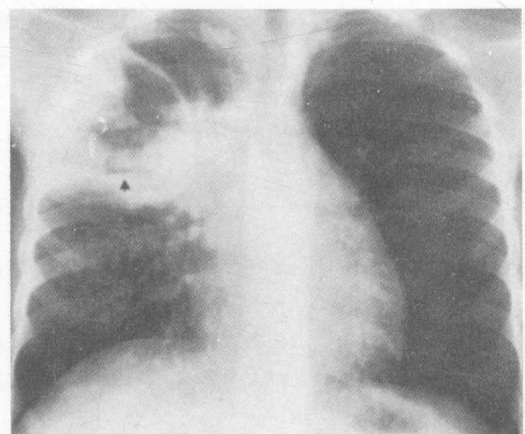


B

图 C1-10、组织胞浆菌病。(A)最初胸片,右肺上叶境界不清的肺实质实变。(B)三周后,显示广泛性肺浸润,累及右肺上半部的大部分。



A



B

图 C1-11、芽生菌病。(A)右上肺斑片状肺实变,左上肺若干小结节。(B)另一病人,右肺上叶一厚壁空洞,带有明显的小液平面(箭头),沿着空洞的外侧壁有软组织团块。

疾 病	成 像 所 见	注 释
立克次体感染 (看图 C1-18)	致密的、均匀的、节段性大叶性肺实变,像肺炎球菌肺炎,主要是侵袭肺下叶,可能双侧性。	大约有一半 Q 热病人发生肺炎,大约有 1/3 病人出现胸膜渗出,罕有肺门受累和局限性小病灶。
寄生虫肺炎 卡氏肺囊虫 (图 C1-19, 看图 C2-14 和 C4-19)	早期,肺门周围模糊颗粒样浸润,播散到外周,表现显著的间质性病变。晚期,斑片状肺实变伴有支气管气相。广泛肺实变实际上是肺没有气体,可能是晚期的表现。	卡氏肺囊虫是免疫抑制病人常见的致病菌(特别是那些 AIDS 和淋巴增生性疾病受治疗或肾移植病人)。罕有肺门淋巴腺病和显著的胸膜渗出,否则,应当提出替换诊断。因为不能培养出致病菌,如果没有治疗常常是致命的。如果病人怀疑这种疾病并且多次痰检查得不到致病菌,常常需要开胸活检。
阿米巴病	右肺下叶肺实变,可能因大量的胸膜渗出液致使影像模糊。	常常因肝脏感染通过右膈肌直接蔓延到肺(偶而是血源性感染)。
弓形体病	肺间质和肺泡联合病变,常常有肺门淋巴结肿大。	特别是免疫损害的病人遇上致病力强的病原体。经常累及中枢神经系统,可能导致脑脓肿。
蛔虫病 (看图 C18-4)	常常双侧性斑片状或广泛性肺实变。	由幼虫游走穿过肺部引起的变态反应。
幼虫在皮肤游走 (爬行发疹) (看图 C18-7)	暂时性游走性肺浸润,伴有肺部和血液嗜伊红细胞增多。	狗和猫的钩虫幼虫(巴西钩虫)的游走和穿越皮肤引起皮肤发疹后大约一周,约有一半病人肺部受累。
类圆线虫病 (看图 C18-5)	境界不清的斑片状肺实变或微小的粟粒样结节。	当幼虫游走阶段发生肺部病变(大多数病人胸部照片仍然正常)。
肺吸虫病 (看图 C7-3 和 C9-9)	斑片状的肺实变,首先是侵袭双肺基底段,特征性表现“环形阴影”,由薄壁囊肿和沿着囊壁的一侧显著的月牙形阴影组成的。	吸虫引起的慢性肺感染是由吃生的,或煮不熟的,感染的蟹或小龙虾获得的病。虽然许多严重感染的病人是没有症状的,其他的表现是咳嗽、胸痛、咯血或咳带棕色的痰。
肺结核 原发性肺结核 (图 C1-20)	原发性肺结核通常是均匀的、致密的和境界清楚的肺叶或肺段实变。肺门或纵隔淋巴结肿大很常见。(看图 C10-1 和 C10-2)特别是成人经常发生胸膜渗出(看图 C33-1)。	原发肺结核可以侵袭任何肺叶,上叶没有感染不能排除结核的诊断。尽管传统考虑结核是儿童和年青成年人的疾病,可是结核病流行率已经戏剧性地减少(尤其是儿童和年青成人)。原发性肺结核可以发生于任何年龄的人。

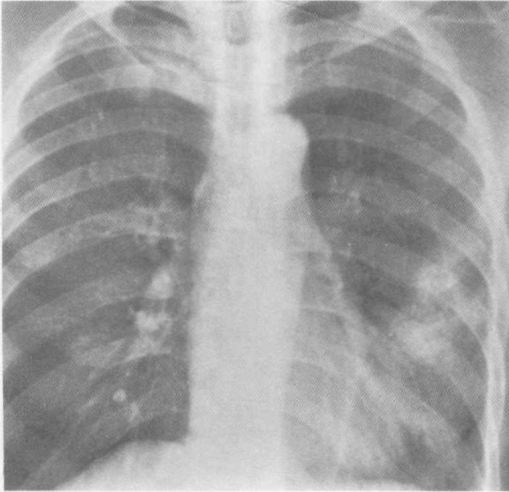
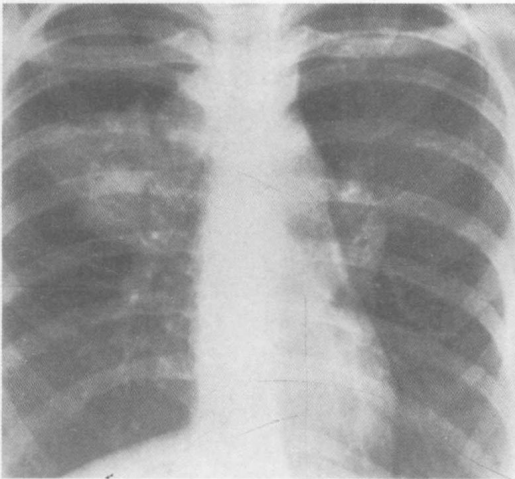


图 C1-12、球孢子菌肺炎。左下肺野境界不清斑片状浸润病变。



A



B

图 C1-13、隐球菌病。(A)最初 X 线胸片,右上肺野肺实变。(B)随着感染进一步发展,右上肺炎空洞形成和左肺下叶肺实变。

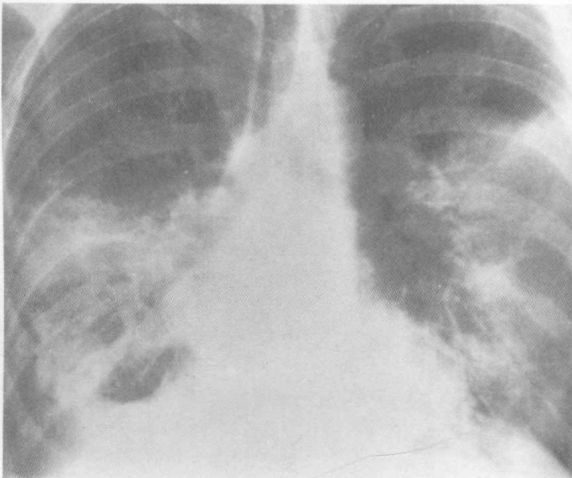
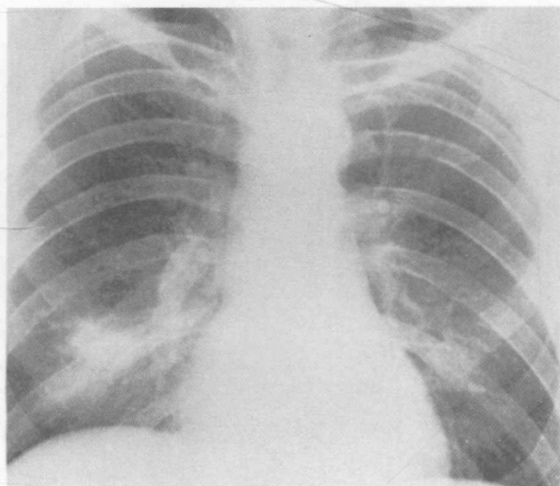


图 C1-14、放线菌病。双肺非节段性肺实变。

疾 病	成 像 所 见	注 释
继发性肺结核 (再活化)	开始呈非特异性模糊的边缘不清的肺泡浸润，常常侵袭上叶，尤其是顶端和后段。经常空洞形成(看图 C9-3)，可能发生多发性斑片状浸润为特征的支气管播散。	双肺(虽然常常对称)上叶病变比较常见。几乎都是诊断再活化肺结核。因为肺顶端病灶可能因锁骨或肋骨重叠而显示不清，前弓位观察肺顶端病灶常常是有价值的。继发性肺结核罕有胸膜渗出和淋巴结肿大。
非典型分支杆菌 感染(看图 C9-4)	X 线照片很难与原发型肺结核区别。可是胸膜渗出和肺门淋巴腺病相当少见。	常常产生薄壁空洞，周围有小的肺实质病变，不典型分支杆菌感染的病人结核菌素试验阴性。抗结核治疗不起反应。
阻塞性肺炎 (图 C1-21)	肺密度一致性增高区与肺叶或肺段或几个肺段的病变部位相应，通常肺容积实际上是丧失。	支气管内阻塞过程是慢慢进展的，例如支气管肺癌和支气管腺瘤。感染是常见的，可能仅轻微或中度的肺容积丧失。通常是充分阻塞，至少是部分性阻塞后发生肺炎，支气管扩张，肺脓肿。气体吸收导致肺萎陷。“阻塞性肺炎”特征性 X 线图像应当马上提示支气管内存在阻塞病变。一些非肿瘤的病因包括粘液嵌塞(过敏性曲霉病)，吸入异物和气管细支气管淀粉样变性。
肺梗塞 (图 C1-22)	肺实变最常累及双肺下叶，常常联合胸膜渗出和同侧膈肌升高。非常特征性表现是(尽管罕见)有一个圆形顶点的楔形阴影[汉普顿(Hampton)驼峰]，阴影基底贴近胸膜面，经常位于肋膈沟。许多病例，梗塞产生非特异性肺实质致密阴影像急性肺炎。	尽管人们常说肺梗塞总是延伸至脏层胸膜面，这一点没有多大诊断价值，因为与大多数的肺炎表现相似。肺实变消散图像的价值在于区别急性肺炎、肺出血、肺水肿和症状明显的坏死。肺梗塞倾向于逐渐地吸收缩小，而保留了最初观察看到的病变的形状(梗塞和保存与胸膜基底一起的周边吸收)。相反地，肺炎的吸收倾向于斑片状，X 线照片以遍及整个受累区的致密影渐渐地消失为特征；肺实质出血和水肿一般在 4—7 天内完全吸收；肺组织坏死的吸收通常需要 3 周或 3 周以上。
肺挫伤	从各种形式的不规则斑片状肺实变到几乎累及整个肺野的广泛性密度均匀的阴影。	胸部钝伤最常见的肺部并发症是水肿渗出液和出血进入肺实质和肺间质。在缺乏适当的临床损伤史或肋骨骨折征象时，肺挫伤不容易和肺炎鉴别。肺挫伤可以典型地迅速吸收，两周以内完全消散。



A



B

图 C1-15、诺卡菌病。(A)最初 X 线胸片,右肺下叶非特异性肺泡浸润。(B)无适当治疗,感染蔓延累及双肺呈弥漫性斑片状浸润和多发小空洞。

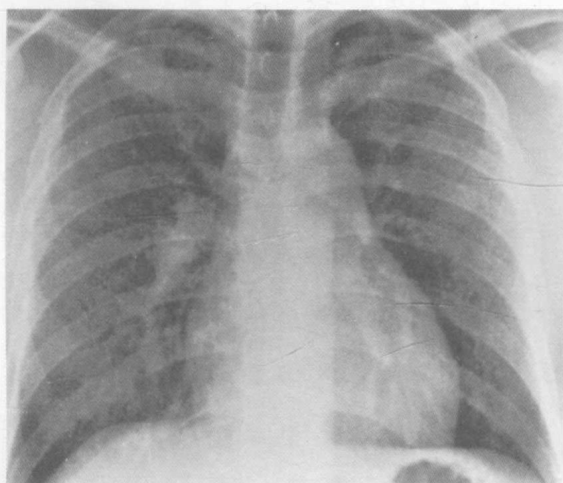


图 C1-16、支原体肺炎。开始急性间质性炎症表现弥漫性细小的网状结构。

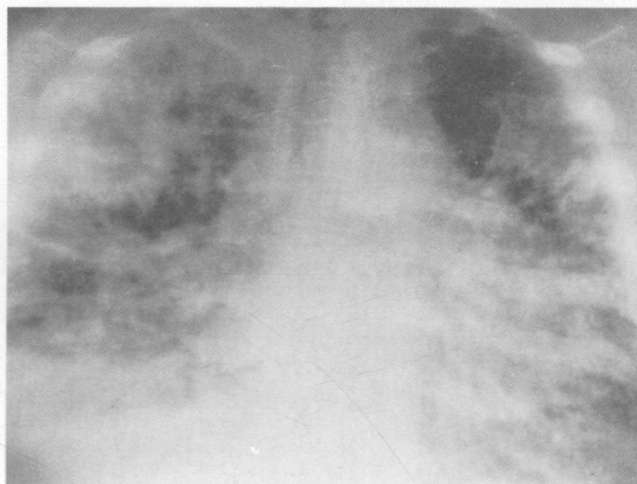


图 C1-17、病毒性肺炎。支气管周围弥漫性浸润,伴有肺实变心脏边缘模糊(蓬发心)。右上肺野斑片状肺泡浸润。

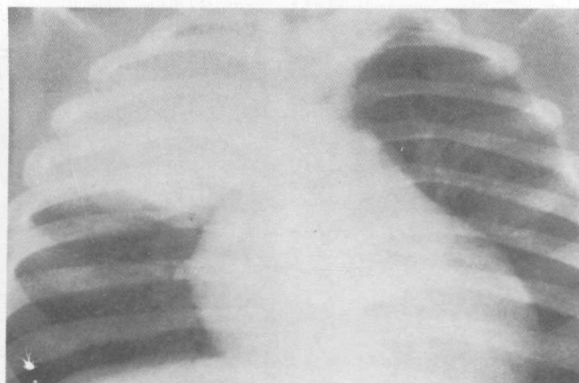


图 C1-18、Q 热(发热性立克次体感染)。右肺上叶肺实变,像似肺炎球菌的肺炎。

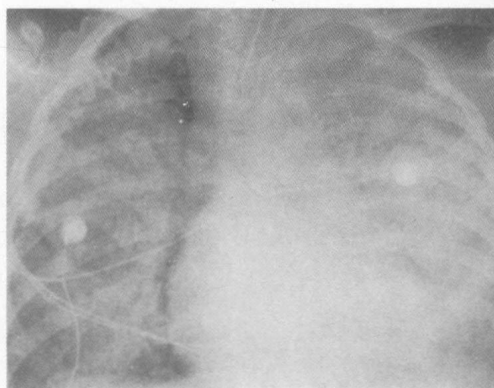


图 C1-19、卡氏肺囊虫肺炎。严重的双肺肺实变,伴有支气管气相。由于病人患淋巴瘤施行免疫抑制治疗,于 X 线照片后不久死亡。

疾 病	成 像 所 见	注 释
类脂质肺炎 (图 C1-23)	主要发生在肺下叶及肺门周围小颗粒状、散在性肺泡致密阴影。	由肺部吸入各种植物油、动物油或矿物油而产生的。吞噬细胞从肺泡内吞噬的类脂质传输进入肺间质间隙,因而产生细网状结构。但很少形成巨大的类脂质性肉芽肿团块,它可能像支气管肺癌(看图 C6-15)。
肺扭转	假如肺扭转不能缓解,血液供应遭致损害,受累性肺密度增高。	几乎总是儿童罕见的创伤并发症,可能因为他们的胸廓骨架构造容易压缩。通过发生 180 度的扭转,扭转肺的基底转到胸腔顶部,而肺顶部转向基底。肺阴影是因为血液渗出进入肺泡和肺间质。
局限性肺水肿 (图 C1-24)	非对称性、不典型的肺泡实变。	最常发生在以前有肺病的病人,如慢性肺气肿。单侧肺水肿是最常见的从属相关。
细支气管肺泡 (肺泡细胞)癌 (图 C1-25)	较少弥漫性形式,从遍布双肺散在性境界不清的小结节到不规则的肺浸润,常常带有支气管气相。	经常表现为界限清楚,常常含有支气管气相的周围性孤立性结节(看图 C6-13)(与支气管肺癌或肉芽肿产生的孤立性肺结节无关)。尽管肿瘤的边缘境界是清楚的,但肿块的境界可能不清,像似局灶性肺炎。
淋巴瘤	肺实质斑片状浸润可能融合形成大的、均匀的、非节段性团块。可能空洞形成和胸膜渗出。	胸膜肺受累通常是由纵膈淋巴结沿着支气管血管鞘的淋巴管直接蔓延产生的。有时它可能难与连续播散的淋巴瘤组织放射治疗或化学治疗接着的重迭感染区别开来。然而,在任何一个已知淋巴瘤病人的肺泡肺浸润很可能代表感染而不是淋巴瘤过程。原发性肺淋巴瘤罕见,表现匀质性肿块,很少阻塞支气管树,并且几乎总是含有支气管气相。当一个肺段或一个肺叶的大部分或全部受累时,病变的表现可以像似急性肺炎。
假性淋巴瘤	从肺门向外延伸的节段性实变和含有支气管气相。	系罕见的良性疾病其组织学像似恶性淋巴瘤。虽然明显地节段性,但大多数病人肺实变突然终止于肺外周脏层胸膜。