

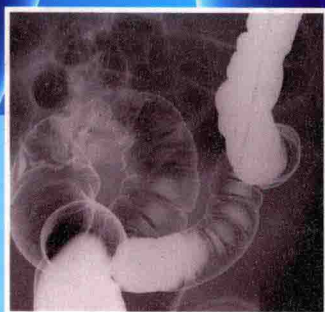
临床医师影像读片指南系列图谱

腹部分册

总主编◎陈自谦 杨熙章 钟 群

主 编◎钟 群 林宇宁

LINCHUANG YISHI
YINGXIANG DUPIAN ZHINAN XILIE TUPU
FUBU FENCE



腹部分册

总主编 陈自谦 杨熙章 钟 群

主 编 钟 群 林宇宁

副主编 聂 玫 黄 莹

编 者 (按汉语拼音排序)

高 炳 黄 莹 林宇宁

聂 玫 聂苗苗 邱清香

王述文 王志敏 张 盼

钟 群

军事医学科学出版社

• 北京 •

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医师影像读片指南系列图谱. 腹部分册 / 钟群, 林宇宁主编.

—北京: 军事医学科学出版社, 2014.8

ISBN 978-7-5163-0469-3

I. ①临… II. ①钟… ②林… III. ①影像诊断 ②腹腔疾病—
影像诊断 IV. ① R445 ② R572.04

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 173168 号

策划编辑: 孙 宇 易 凌 责任编辑: 吕连婷

出 版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路27号

邮 编: 100850

联系电话: 发行部: (010) 66931049

编辑部: (010) 66931039, 66931053, 66931038

传 真: (010) 63801284

网 址: <http://www.mmssp.cn>

印 装: 中煤涿州制图印刷厂北京分厂

发 行: 新华书店

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 45

字 数: 1087千字

版 次: 2015年1月第1版

印 次: 2015年1月第1次

定 价: 270.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者, 本社发行部负责调换

自序

《临床医师影像读片指南系列图谱》是为临床诊疗需要而编写的系列丛书，共5个分册，包括《头颈部分册》、《神经系统分册》、《胸部分册》、《腹部分册》及《骨肌系统分册》。出版本丛书的目的旨在提高临床医师的影像解读水平，理顺读片思路，规范读片程序。本丛书的特色是以寻找影像征象为出发点，从发现病变、定位诊断、定性诊断及鉴别诊断的思维模式入手，进行综合影像分析和解读，为临床医师规范化诊疗提供科学依据，起到抛砖引玉的作用。

本丛书内容丰富、资料详实，配有大量影像和病理图片，从日常实际工作出发，重点介绍常见病、多发病的诊断原则，理清诊断思路，使之更加贴近临床诊断实际需要，有利于提高教学效果。同时强调现代医学影像技术的综合应用，内容涉及经典放射、DSA、CT、MRI、超声及PET/CT等诊疗技术，取长补短，实现多模态影像诊断的最大效应。

本丛书是南京军区福州总医院医学影像中心多名专家学者数十年的工作经验总结，也是在一线工作的年轻医学影像医师的心得体会。内容通俗易懂，主要阅读对象为临床和医学影像医师、进修生、规范化培训人员、研究生及实习生。

本丛书在编写过程中得到了南京军区福州总医院李铭山教授、吴纪瑞教授及王楷堂教授等老一辈专家教授的关心和指导及全科同仁的大力支持，谨在此表示诚挚的谢意。由于水平有限，在编写过程中难免有不妥或错误之处，敬请广大读者给予批评指正，在此深表谢意。

陈自谦 杨熙章 钟群

2015年1月

前 言

本书为《临床医师影像读片指南系列图谱》丛书之一，包括消化系统、泌尿系统及生殖系统的常见病、多发病及部分少见和罕见病。本分册以常见病、多发病的常见典型征象为主，并增加了常见病和多发病一些少见的或不典型的征象分析，以提高对疾病的诊断与鉴别诊断能力。本分册内容丰富、资料详实，并配有大量典型影像图片和新技术图片及病理图片，从日常实际工作出发，重点介绍胸部常见病、多发病的影像解读思路和诊断基本原则，使之更加贴近临床实际需求，以利提高教学效果。同时强调现代医学影像技术的综合应用，包括经典放射、DSA、CT、MRI、超声及PET/CT等诊疗技术，取长补短，实现多模态影像诊断的最大效应。

本分册的撰写是在全科人员的大力配合下，本科室年轻医师、研究生以及来自外单位的规范化培训医师克服各种困难，以“初生牛犊不怕虎”的精神，投入了大量精力和时间完成的，非常感谢他们的辛勤劳动。另外，感谢我院病理科同仁的大力支持；感谢兄弟单位提供了部分极有价值的病例，他们为本书增添了光彩。

编 者

目 录

第一篇 消化系统

第一章 食管.....	1
第一节 发育异常	1
第二节 肿瘤及术后并发症	2
第三节 其他疾病	8
第二章 胃.....	10
第一节 发育异常	10
第二节 溃疡及并发症	11
第三节 肿 瘤	12
第三章 十二指肠.....	18
第一节 发育异常	18
第二节 溃疡及并发症	20
第三节 Crohn病	21
第四节 肿 瘤	22
第四章 空肠和回肠.....	27
第一节 肠梗阻	27
第二节 肿 瘤	29
第三节 外 伤	31

第五章 结肠、直肠	33
第一节 炎症性病变	33
第二节 梗 阻	38
第三节 肿 瘤	39
第六章 阑 尾	42
第一节 炎症及并发症	42
第二节 肿 瘤	43
第七章 肝 脏	47
第一节 先天性发育变异	47
第二节 肝脏血管性病变	48
第三节 肝脏局灶性炎症及脓肿	62
第四节 肝寄生虫病	69
第五节 肝脏弥漫性损害及代谢性疾病	73
第六节 肝脏良性肿瘤及肿瘤样病变	88
第七节 肝脏恶性肿瘤	120
第八节 外伤及术后	163
第八章 胆系疾病	168
第一节 胆囊结石与炎症	168
第二节 胆囊良性病变	181
第三节 胆囊恶性肿瘤	188
第四节 胆道炎症与寄生虫感染	193
第五节 胆道良性病变	197
第六节 胆道恶性肿瘤	203

第九章 胰 腺	206
第一节 胰腺炎症	206
第二节 胰腺良性病变及肿瘤	219
第三节 胰腺恶性肿瘤	242
第四节 胰腺外伤	255
第十章 脾 脏	259
第一节 先天性变异	259
第二节 炎症及感染	261
第三节 良性肿瘤及肿瘤样病变	271
第四节 恶性肿瘤	291
第五节 外 伤	305

第二篇 泌尿系统

第一章 肾上腺	309
第一节 肾上腺增生及良性肿瘤、肿瘤样病变	309
第二节 肾上腺恶性肿瘤	336
第三节 肾上腺外伤	348
第四节 异位肾上腺合并病变	350
第二章 肾脏及输尿管	357
第一节 先天性变异	357
第二节 炎症及结核	366
第三节 良性肿瘤及肿瘤样病变	379
第四节 恶性肿瘤	408
第五节 外 伤	449
第六节 移植肾排斥	451

第三章 膀 胱	454
第一节 膀胱结石、炎症	454
第二节 良性病变及良性肿瘤	457
第三节 恶性肿瘤	468

第三篇 女性生殖系统

第一章 先天性发育异常及畸形始基子宫	476
第二章 炎 症	485
第三章 内膜增生与息肉	490
第四章 妊娠与异常妊娠	493
第五章 子宫肿瘤	497
第六章 附件肿瘤	515
第七章 产后异常	552
第八章 盆底功能异常	555
第九章 阴道、外阴肿瘤	557

第四篇 男性生殖系统

第一章 前列腺疾病	565
第一节 前列腺增生	565
第二节 前列腺肿瘤	568
第二章 精囊腺疾病	581

第三章 睾丸与附睾疾病	584
第一节 睾丸发育异常	584
第二节 睾丸与附睾炎症	586
第三节 睾丸与附睾肿瘤	589
第四节 睾丸与附睾外伤	611
第四章 阴茎与外阴疾病	614

第五篇 腹腔与腹膜后

第一章 腹腔炎症	619
第二章 良性肿瘤	631
第三章 恶性肿瘤	670

第一篇 消化系统

第一章 食管

第一节 发育异常

贲门失弛缓症

(一) 简要病史

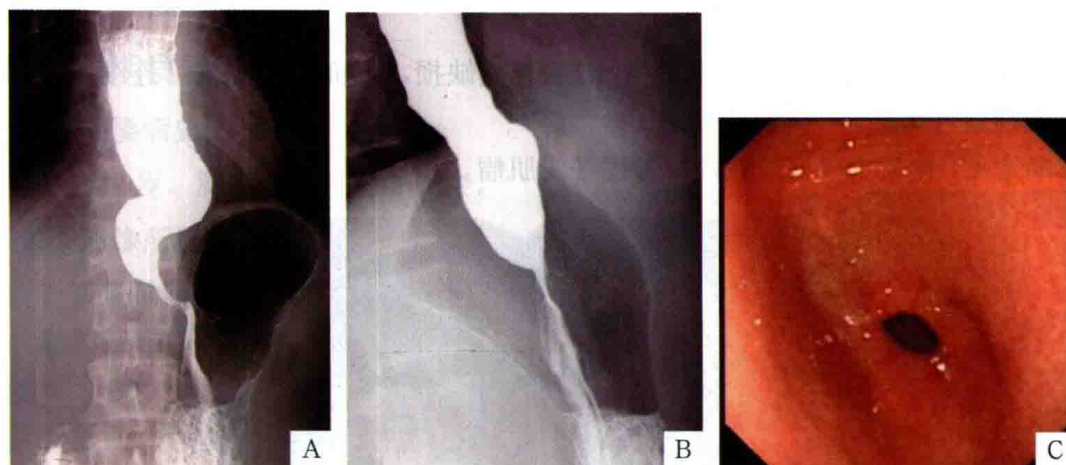
女性，32岁，下咽不畅、梗阻感3个月余。

(二) 影像所见

食管钡餐示：食管贲门口狭窄、扩张受限，呈鸟嘴样改变，狭窄处较对称、边缘光滑，病变以上食管重度扩张，对比剂滞留、通过受阻，胃底贲门处未见明显软组织肿块影。

诊断意见：贲门失弛缓症。

胃镜示：食管黏膜光滑，见液体存留，贲门张弛略紧，加压后胃镜可通过。



(三) 解读思路

1. 有无病变 + 定位诊断 贲门口见管腔狭窄，可以确定存在病变及定位诊断明确。
2. 定性诊断 本例患者较年轻，食管贲门口表现为典型的鸟嘴样狭窄，病变段以上食管扩张，狭窄处对称、边缘光滑，提示黏膜无明显破坏，从常见病及典型影像征象考虑，诊断为贲门失弛缓症。
3. 鉴别诊断 本病主要和贲门癌导致的贲门狭窄相鉴别，后者发病年龄较大，且黏膜破坏改变较明显。

（四）病理诊断

贲门失弛缓症。

（五）述评

贲门失弛缓症（cardia loss-flaccid）是由于食管下端及贲门部肌壁内神经节细胞变性、减少或缺乏，妨碍正常神经冲动的传递，致食管下端和贲门丧失正常迟缓且张力增高，因此而发生的食管体部蠕动功能减弱进而扩张的慢性进行性疾病。本病发病缓慢、病程较长，主要症状为下咽不畅、胸骨后沉重或阻塞感，梗阻严重或进食加速时可引起呕吐，疼痛早期较剧烈，当食管明显扩张时反而减轻。该病的典型影像改变为食管下端逐渐变细，呈鸟嘴形进入膈下，狭窄段较对称，边缘光滑，食管明显扩张，可见钡剂及食物潴留。部分病例给予亚硝酸异戊酯可使狭窄的食管段扩张，其内的黏膜连续无破坏是与癌肿的重要区别点。

第二节 肿瘤及术后并发症

一、食管平滑肌瘤

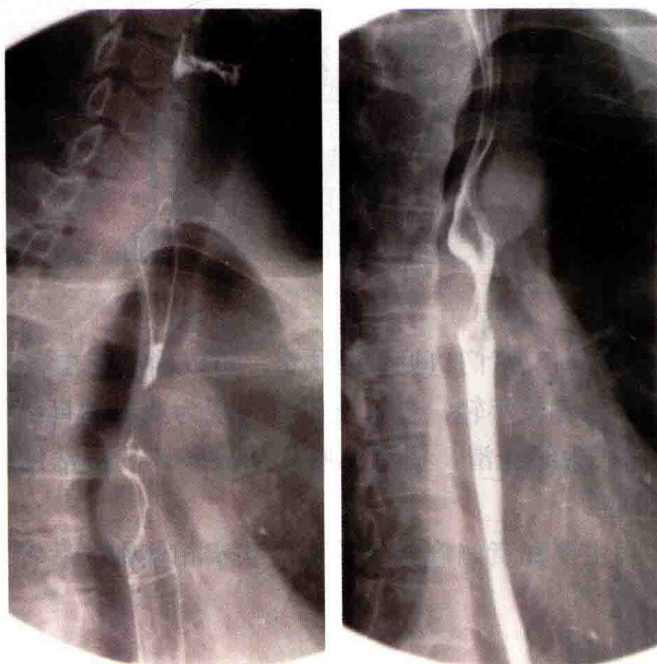
（一）简要病史

男性，26岁。胸骨后不适感1个月余。

（二）影像所见

食管钡餐示：食管中段见一长约4cm的充盈缺损，表面黏膜光滑、连续，局部管壁柔软，钡剂通过良好。

诊断意见：食管中段充盈缺损，考虑平滑肌瘤。



（三）解读思路

1. 有无病变 + 定位诊断 本例于食管中段见充盈缺损，可以确定存在病变及定位诊断明确。

2. 定性诊断 本例患者为年轻患者，病变处食管腔显示偏心性狭窄但无梗阻征象，管壁柔软，黏膜完整无明显破坏，定性诊断为良性病变，食管平滑肌瘤。

3. 鉴别诊断

（1）食管其他良性肿瘤：少见，如食管纤维瘤、脂肪瘤或血管瘤，X线表现与平滑肌瘤接近，CT扫描有助于诊断；

（2）纵隔肿物或淋巴结压迫：病变中心常远离食管，CT扫描有助于区分。

（3）血管压迫：常发生在主动脉弓水平的食管后壁或右壁，多见于迷走右锁骨下动脉对食管的自左下向右上的斜形压迹。

（四）病理诊断

食管中段占位：平滑肌瘤。

（五）述评

食管平滑肌瘤（leiomyoma of esophagus）来自血管壁的肌层，肿瘤向腔内外膨胀性生长，多发生于中下段食管，其表面黏膜正常，也可有糜烂甚至小溃疡的存在，早期临床多无症状或仅为胸骨后不适，长大后可产生吞咽梗阻感但不严重，无消瘦。钡餐上表现为边缘光滑的充盈缺损影，病变周围食管壁柔软，扩张良好，无梗阻征象，肿瘤表面黏膜皱襞间距可加宽，但完整无破坏。

二、早期食管癌 1

（一）简要病史

男性，49岁。胸骨后不适感2周余。

（二）影像所见

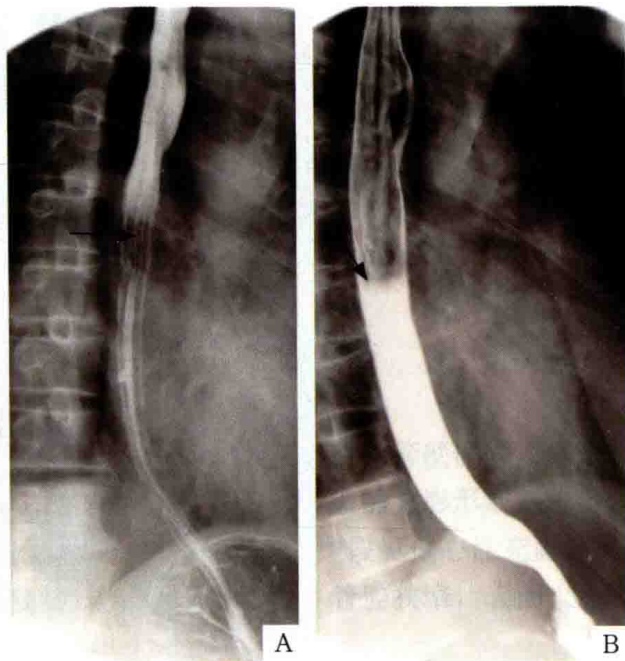
食管钡餐示：食管中段见黏膜局限性隆起、黏膜线中断（图A），局部食管管壁僵硬（图B）。

诊断意见：食管中段黏膜异常改变及管壁僵硬，考虑早期食管癌可能。

（三）解读思路

1. 有无病变 + 定位诊断 食管中段可见黏膜改变及管壁僵硬，可以确定存在病变及定位诊断明确。

2. 定性诊断 病变在双重像上（图A）可见隆起并破坏食管黏膜使之连续性中断，并影响到食管柔软度，符合食管早



期恶性病变 X 线征象（平坦隆起型）。

3. 鉴别诊断 早期食管癌的诊断需要细致、熟练的消化道钡剂检查技术及丰富的诊断经验，必要时需要服较高浓度钡剂，不同体位、动态摄片，甚至行低张 X 线钡餐造影，最好还要多种检查方法的协同和印证。

（四）病理诊断

食管肿物切除标本：食管平坦型中分化鳞癌，累及黏膜下层，食管上下切缘及食管残端均阴性，检出第七组淋巴结（0/7）未见有癌转移；本例肿瘤分期： T_1 、 N_0 、 M_x 。

（五）述评

早期食管癌包括浸润黏膜上皮，深度为约 0.5 mm 的原位癌；癌突破基底膜并累及固有膜的黏膜内癌；浸润至黏膜下层而未达肌层的黏膜下癌。早期食管癌因病变表浅、轻微，如不仔细观察分析常遗漏细微改变，其 X 线表现包括平坦型、隆起型及凹陷型，黏膜像表现为黏膜面粗糙细颗粒状、不规则斑片状扁平隆起，或呈不规则浅钡斑，管壁可僵硬或轻度扩张、收缩受限。

三、早期食管癌 2

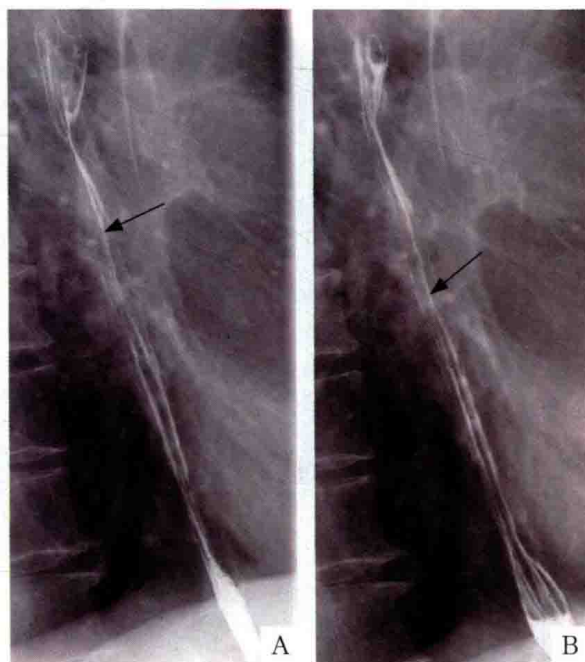
（一）简要病史

男性，58 岁，胸骨后烧灼感 4 周余。

（二）影像所见

食管钡餐示：食管钡餐动态摄片示食管中段见局部黏膜线中断、向外隆起（图 A），食管轻度收缩后见改变不明显（图 B）。

诊断意见：食管中段黏膜异常改变，考虑早期食管癌可能，建议进一步细胞学检查。

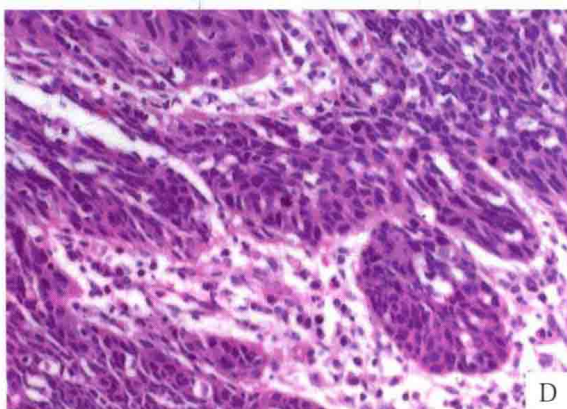
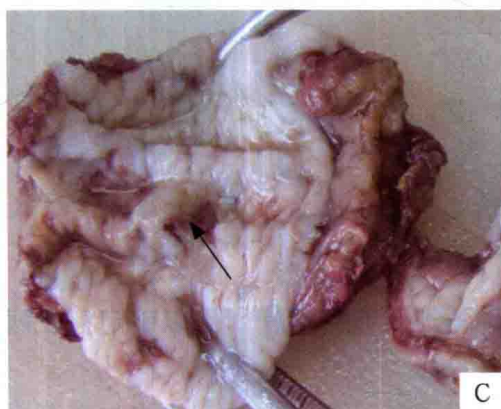


（三）解读思路

1. 有无病变 + 定位诊断 食管中段可见黏膜中断，须仔细判断才可确定存在病变。
2. 定性诊断 病变在食管轻度扩张的双重像上（图 A）可见黏膜连续性中断及轻度的占位效应，符合食管早期恶性病变 X 线征象（隆起型），但收缩后不明显。
3. 鉴别诊断 早期食管癌的诊断需要细致、熟练的消化道钡剂检查技术及丰富的诊断经验，必要时需要服较高浓度钡剂，不同体位、动态摄片，甚至行低张 X 线钡餐造影，最好还要多种检查方法的协同和印证。

（四）病理诊断

食管肿物切除标本：溃疡型中分化鳞状细胞癌，癌组织累及黏膜肌层；食管上下切缘及食管残端均阴性，检出第七组淋巴结（0/7）未见有癌转移；本例肿瘤分期： T_1 、 N_0 、 M_x （图 C、D）。



（五）述评

早期食管癌包括浸润黏膜上皮，深度为约 0.5 mm 的原位癌；癌穿破基底膜并累及固有膜的黏膜内癌；浸润至黏膜下层而未达肌层的黏膜下癌。早期食管癌因病变表浅、轻微，如不仔细观察分析常遗漏细微改变，其 X 线表现包括平坦型、隆起型及凹陷型，黏膜像表现为黏膜面粗糙细颗粒状、不规则斑片状扁平隆起，或呈不规则浅钡斑，管壁可僵硬或轻度扩张、收缩受限。

四、进展期食管癌

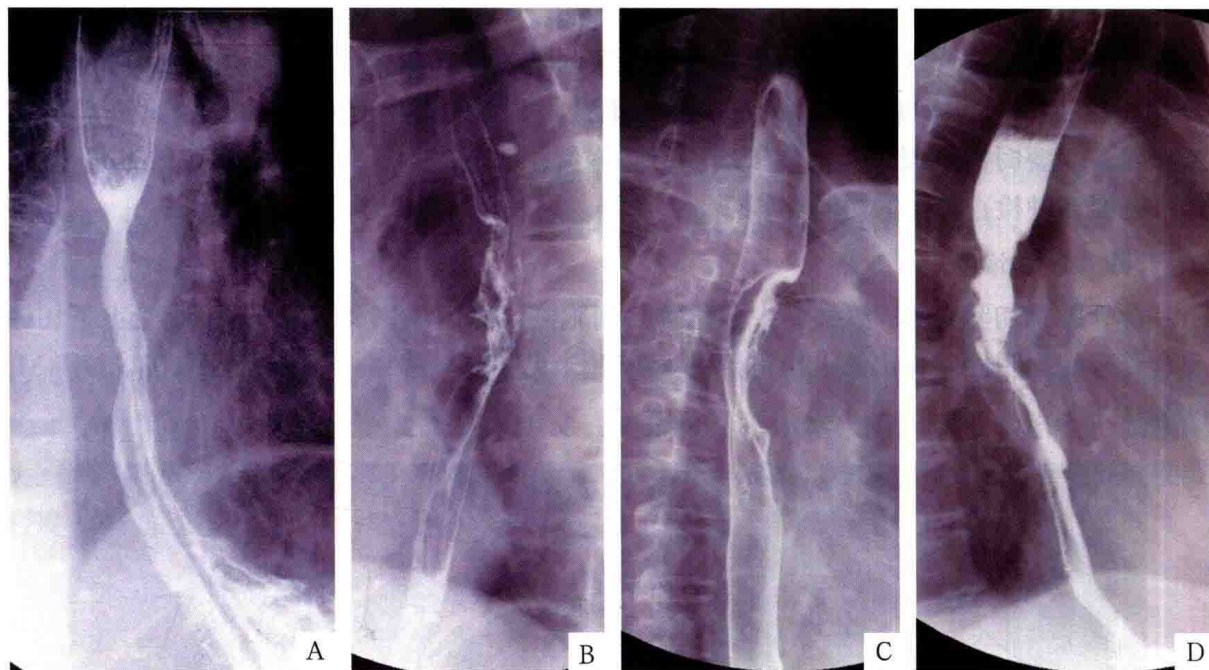
（一）简要病史

4 例不同患者，51 ~ 65 岁。均有不同程度进行性吞咽困难症状。

（二）影像所见

上消化道钡餐示：图 A 表现为食管管腔呈向心性狭窄，表面光滑、管壁僵硬，病变与正常食管分界清楚，狭窄上段食管扩张；图 B 表现为食管腔内见较大的龛影形成并部分位于食管轮廓内，局部黏膜中断、破坏，管壁僵硬；图 C 表现为食管中段见偏心性充盈缺损，边界清楚，表面见小腔内龛影形成；图 D 表现为较长的充盈缺损、管腔狭窄，表面大小不等龛影，周围可见密度增高的软组织肿块影。

诊断意见：进展期食管癌，图 A 为浸润型，图 B 为溃疡型，图 C 为蕈伞型，图 D 为髓质型。



（三）解读思路

1. 有无病变 + 定位诊断 上述 4 例于食管中下段见管腔狭窄，可以确定存在病变及定位诊断明确。

2. 定性诊断 上述 4 例均见食管腔狭窄、黏膜破坏、腔内龛影、功能改变等恶性征象，且病变浸润范围广泛，可诊断为进展期食管癌。

3. 鉴别诊断

（1）食管良性狭窄：常有明确病史，远段狭窄多见于消化性食管炎，溃疡较小，黏膜放射状分布，无中断破坏征象，管腔有狭窄但尚能扩张；长段狭窄多见于腐蚀性食管炎，管壁多光滑呈向心性狭窄。

（2）食管静脉曲张：多发生在食管中下段，有肝硬化病史，黏膜呈蚯蚓、串珠样改变，管壁柔软，无梗阻征象。

（3）食管外压性改变：主要应与纵隔肿瘤、淋巴结及迷走血管鉴别。

（四）述评

食管癌（esophageal carcinoma）好发于中老年患者，发生于食管黏膜，以鳞状上皮癌多见，腺癌或未分化癌少见，偶见鳞腺癌。中、晚期食管癌是指癌肿侵及肌层或达浆膜或浆膜以外，有局部或远处淋巴转移，按 X 线表现分浸润型、溃疡型、蕈伞型和髓质型。浸润型表现为食管腔向心性狭窄，病变表面光滑、僵硬，与正常食管分界较清楚，狭窄上段食管扩张明显；溃疡型表现为食管腔内较大的癌性龛影，龛影位于食管轮廓内，食管壁僵直、管腔轻或中度狭窄；蕈伞型为食管腔内偏心性的充盈缺损，表面黏膜破坏，有浅溃疡；髓质型表现为较长的不规则充盈缺损，管腔狭窄，病变表面大小不等的龛影，由于肿

瘤向外发展，常可见软组织肿块影。

五、食管气管瘘

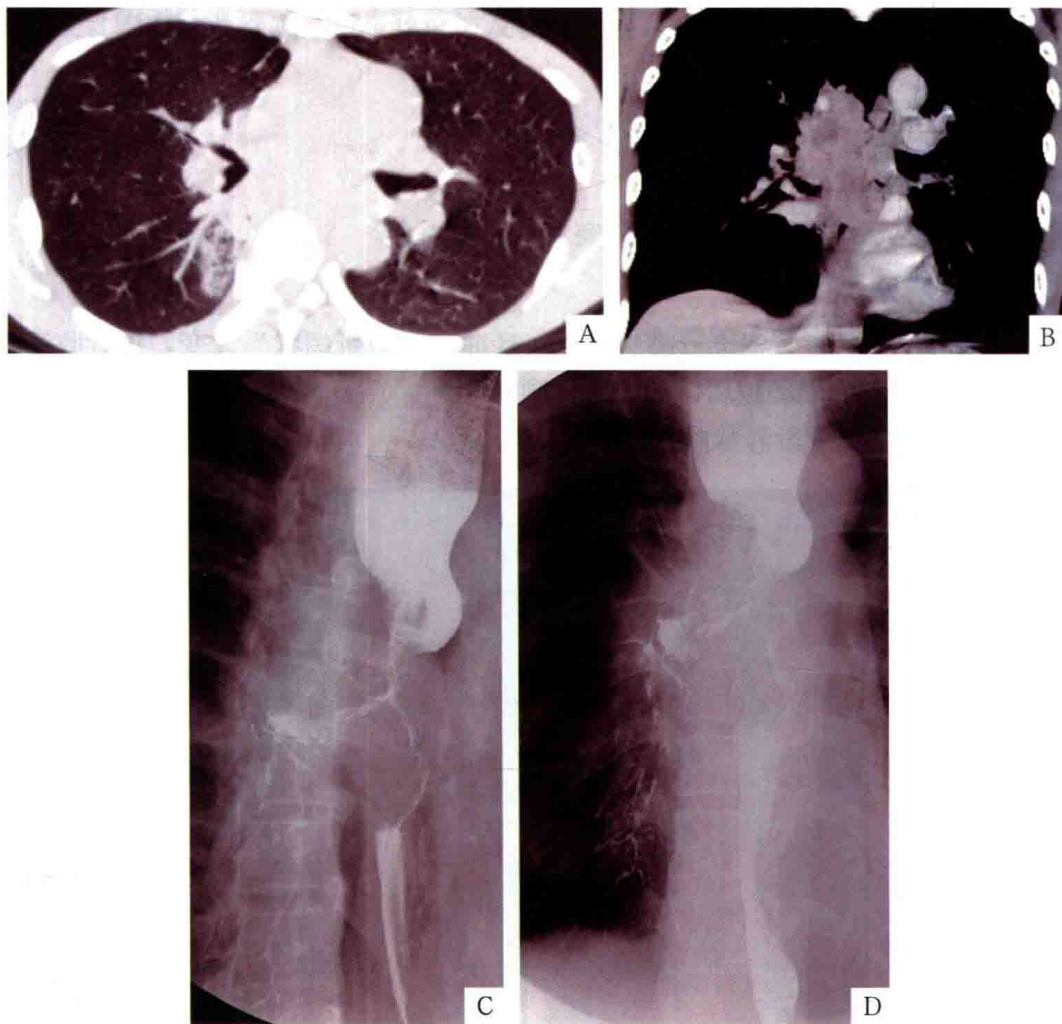
（一）简要病史

男性，65岁。食管癌放疗后发热；进食后呛咳。

（二）影像所见

胸部CT平扫+冠状位重建示：右肺下叶后基底段见多发小斑片状密度增高影，冠状位重建示纵隔内见不规则软组织肿块影；食管钡餐示：食管中段见管腔明显狭窄、黏膜破坏，钡剂经肿块右侧壁一瘘管分流至右肺支气管，后者见钡剂充填显影。

诊断意见：食管癌放疗后，食管气管瘘形成伴右下肺吸入性肺炎。



（三）解读思路

1. 有无病变+定位诊断 本例可明确见一瘘管连接食管与右肺支气管，可以确定存在食管气管瘘。

2. 定性诊断 该患者有明确食管癌放疗病史，现出现进食后呛咳、肺部炎症等临床表现，结合钡餐表现，可以明确存在食管气管瘘。