

影像诊断读片精粹系列

# 胸部影像

## 诊断读片精粹

总主编 蒋学祥 肖江喜

主 编 向子云 雷 剑

XIONGBU YINGXIANG ZHENDUAN DUPIAN JINGCUI



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

R560.4  
X283



影像诊断读片精粹系列

# 胸部影像诊断读片精粹

XIONGBU YINGXIANG ZHENDUAN DUPIAN JINGCUI

总主编 蒋学祥 肖江喜

主 编 向子云 雷 剑



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

R560.4  
X283

---

**图书在版编目 (CIP) 数据**

胸部影像诊断读片精粹/向子云, 雷 剑主编. —北京: 人民军医出版社, 2010.10

(影像诊断读片精粹系列)

ISBN 978-7-5091-4274-5

I. ① 胸… II. ① 向…②雷… III. ① 胸腔疾病—影像诊断 IV. ① R560.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 192797 号

---

策划编辑: 郭 威 文字编辑: 郁 静 王红芬 责任审读: 余满松

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经 销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮 编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8037

网址: [www.pmmp.com.cn](http://www.pmmp.com.cn)

---

印、装: 三河市春园印刷有限公司

开本: 889 mm × 1194 mm 1/16

印张: 27 字数: 564 千字

版、印次: 2010 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~2500

定价: 159.00 元

---

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

# 前 言

网络正在改变我们的学习、工作和生活,也拉近了我们彼此的距离,多年来“医影在线”网站就像一个朝气蓬勃的年轻人迅速成长起来,并走入我们的视线,走进我们的生活。目前网站注册总会员已达 7.6 万人,已成为国内医学影像最知名的专业网站之一。“医影在线”是一个链接网络与现实的快乐驿站,《影像诊断读片精粹》就是链接我们大家的会诊台。

《影像诊断读片精粹》是由“医影在线”网站组织撰写的国内第一部网络版的影像书籍,全部病例选自“医影在线”,是全国各地医学影像资料的精华汇总,覆盖面广,参与编写的人员众多。所有病例的影像学诊断与点评均出自专业同行的评述,贴近实际,是同行们工作经验的总结,而不是对专家论述的简单引用。

《影像诊断读片精粹》是一套丛书,共分为 4 个分册,即中枢神经系统分册、胸部分册、腹部分册以及骨关节肌肉分册,出书的顺序是根据网站病例的情况而定。本书是继《腹部影像诊断读片精粹》出版之后的又一分册,全书共选病例 191 例,图 1 000 余幅。本书分 9 章,内容涉及气管支气管疾病、先天性疾病及肺血管性疾病、感染性疾病、肿瘤和肿瘤样疾病、弥漫性肺部疾病、纵隔疾病、胸膜(腔)及膈肌疾病、心脏及大血管病变、胸部外伤性疾病。每一个病例后面都标注了网站链接地址,使书本与网络形成一个整体。

在本书编写和出版过程中,得到许多专家、同仁以及各界朋友的大力支持,在此我们表示衷心地感谢;著名医学影像专家祁吉教授在百忙之中为本书作序,我们深表谢意。

由于时间较仓促,参编人员多,水平有限,对书中不足和错误之处,敬请同道批评指正。

编 者

2010 年 7 月

# 目 录

第 1 章	气管支气管疾病	1
第 2 章	肺血管性疾病及先天性疾病	29
第 3 章	肺部感染性疾病	61
	第一节 肺炎	62
	第二节 肺结核	78
	第三节 肺部真菌感染	104
	第四节 肺部其他感染	124
第 4 章	肺部肿瘤和肿瘤样疾病	131
	第一节 肺癌	132
	第二节 肺部其他恶性肿瘤	192
	第三节 肺部转移瘤	204
	第四节 肺部良性肿瘤及肿瘤样病例	220
	第五节 肺部炎性假瘤	230
第 5 章	弥漫性肺部疾病及不明原因疾病	239
第 6 章	纵隔疾病	267
第 7 章	胸膜(腔)及膈肌疾病	325
第 8 章	心脏及大血管病变	365
第 9 章	胸部外伤性疾病	381

## 第1章

# 气管支气管疾病

- 病例 1 气管神经鞘瘤 /2
- 病例 2 气管腺瘤 /4
- 病例 3 气管下段肌上皮瘤 /6
- 病例 4 气管平滑肌瘤伴右肺中央型肺癌 /8
- 病例 5 气管浆细胞瘤 /11
- 病例 6 支气管黏液表皮样癌 /13
- 病例 7 支气管肺囊肿 /15
- 病例 8 支气管闭锁伴支气管黏液囊肿 /17
- 病例 9 支气管扩张 /19
- 病例 10 卡塔格内 ( Kartagener ) 综合征 /21
- 病例 11 左侧支气管异物并阻塞性肺不张 /24
- 病例 12 支气管异物 /27

## 病例 1 气管神经鞘瘤

【临床资料】女，20岁。咳嗽、胸闷3个月余，3个月前无明显原因出现轻度咳嗽，活动后感胸闷，无气促、发热。查体：体温37.1℃，血压110/67 mmHg，锁骨上淋巴结无肿大，肝、胆、脾、胰、心脏B超、生化检查及三大常规检查均未见异常。CT检查见图1-1。

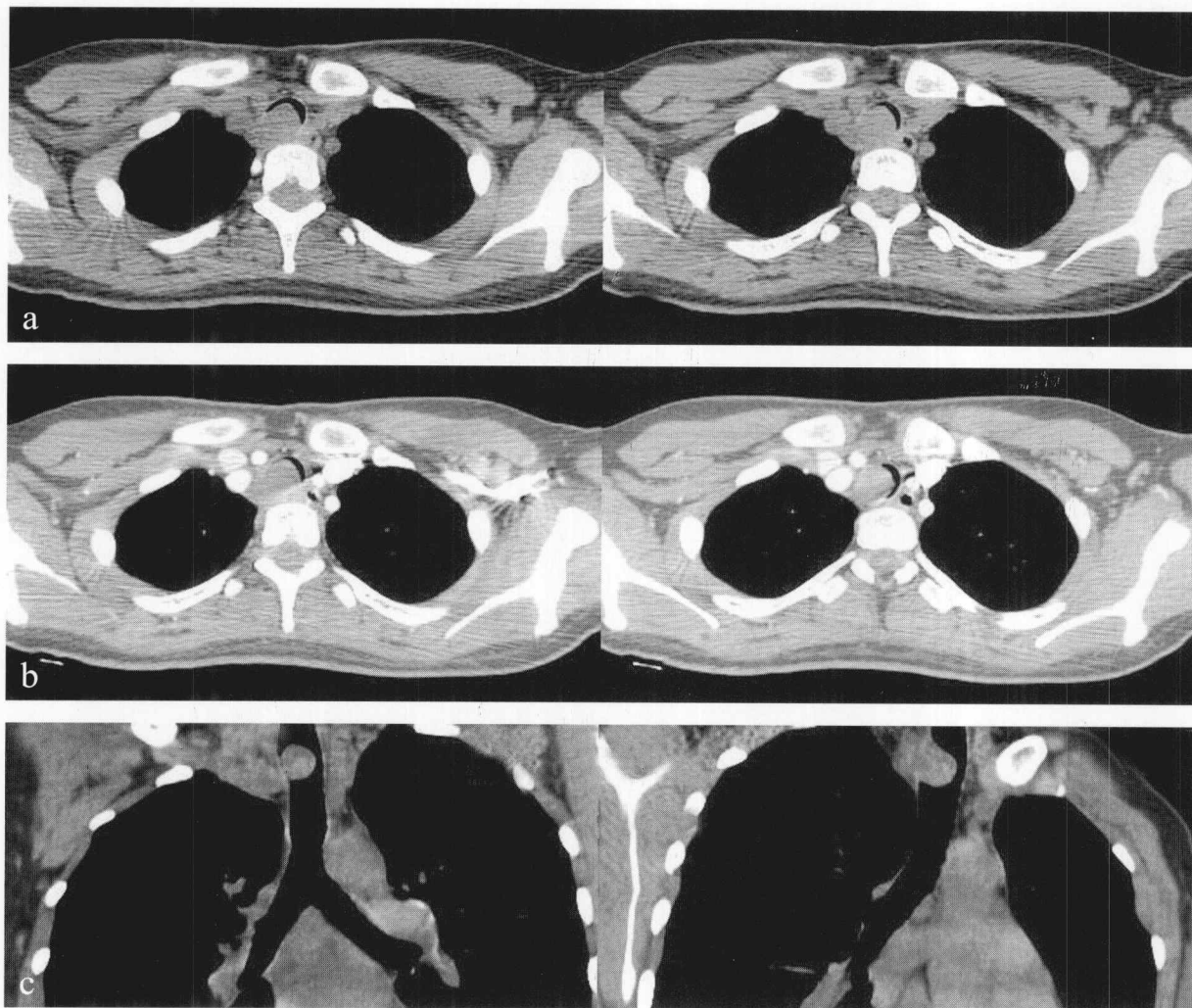


图 1-1 气管神经鞘瘤

a. 平扫；b. 增强；c. 冠状位二维重建

**【影像所见】** 气管上段右后壁见一类圆形软组织团块状影突向气管腔内，约 0.6 cm × 0.5 cm，肿块边缘光整锐利，宽基底与气管右侧壁相贴，其内密度较均匀，无明显坏死灶或钙化灶，局部气管腔新月形狭窄。增强扫描显示肿块轻度均匀强化，与相邻血管分界清楚。

**【网站会员发言】**

杀毒软件：基底贴于气管右后壁的软组织肿块突入气管腔内，无明显蒂，肿块边界光整锐利，无分叶，基底与周围组织分界清，轻度强化，气管腔偏心性狭窄。首先考虑气管恶性肿瘤——鳞癌可能性大。

克山：气管占位性病变，腔内外发展，边缘光整，密度均匀，增强后无明显强化，考虑气管腺瘤，当然，结果还要看病理。

向医生：本例气管占位性病变位于胸廓入口以下，基底较宽，肿块向管腔内外生长，气管软骨环有破坏，这些均支持气管上段恶性肿瘤的诊断。

**【最后诊断】** 气管神经鞘瘤（术后病理结果）。

**【点评】** 神经鞘瘤可发生在任何年龄，常见于 20 ~ 50 岁，无性别差异。是一种生长缓慢、起源于神经鞘膜许旺细胞的良性肿瘤。肿瘤呈球形或椭圆形，单发，表面光滑，有完整包膜。由两种成分构成，即细胞成分和疏松的黏液成分，肿瘤较大时常见坏死液化，镜下多有梭形细胞组成，分化良好，颅内神经鞘瘤主要发生在蜗神经，脑桥小脑三角和三叉神经等。发生于周围神经的神经鞘瘤多见于四肢屈侧较大的神经干。此外，神经鞘瘤是椎管内最常见的肿瘤，其发生率占椎管内肿瘤的 25% ~ 30%，发生于气管壁的神经鞘瘤比较罕见，以往文献少有报道，主要应与以下几种气管良、恶性肿瘤鉴别：气管恶性肿瘤如鳞状上皮细胞癌、腺样囊性癌、黏液表皮样癌、腺癌、淋巴瘤等；良性肿瘤如鳞状细胞乳头状瘤、多形性腺瘤、纤维瘤、血管瘤等。一般发生于气管的鳞状上皮细胞癌、腺样囊性癌年龄相对较大，男性多见，有吸烟史，临床有咯血、咳嗽、声音嘶哑，CT 表现形态欠规则，边界欠光整。而发生于气管的神经鞘瘤边界光整锐利，密度均匀，形态呈类圆形，与其病理基础相一致。增强后轻度强化，不同于腺瘤的明显强化，神经鞘瘤生长于气管毕竟罕见，确诊还须病理细胞学检查。

**病例来源** 浙江省临海市台州医院 黄善强 提供

**网站地址** [http://www.radinet.com.cn/forum\\_view.asp?forum\\_id=33&view\\_id=47390](http://www.radinet.com.cn/forum_view.asp?forum_id=33&view_id=47390)

（黄善强 向子云 蔡 和）

**参 考 文 献**

- [1] 吴恩惠. 医学影像诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001:976.
- [2] 李玉林. 病理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003:360-361.



## 病例 2 气管腺瘤

【临床资料】 女，62岁。呼吸困难，加重10天。胸部X线片、CT检查见图1-2。

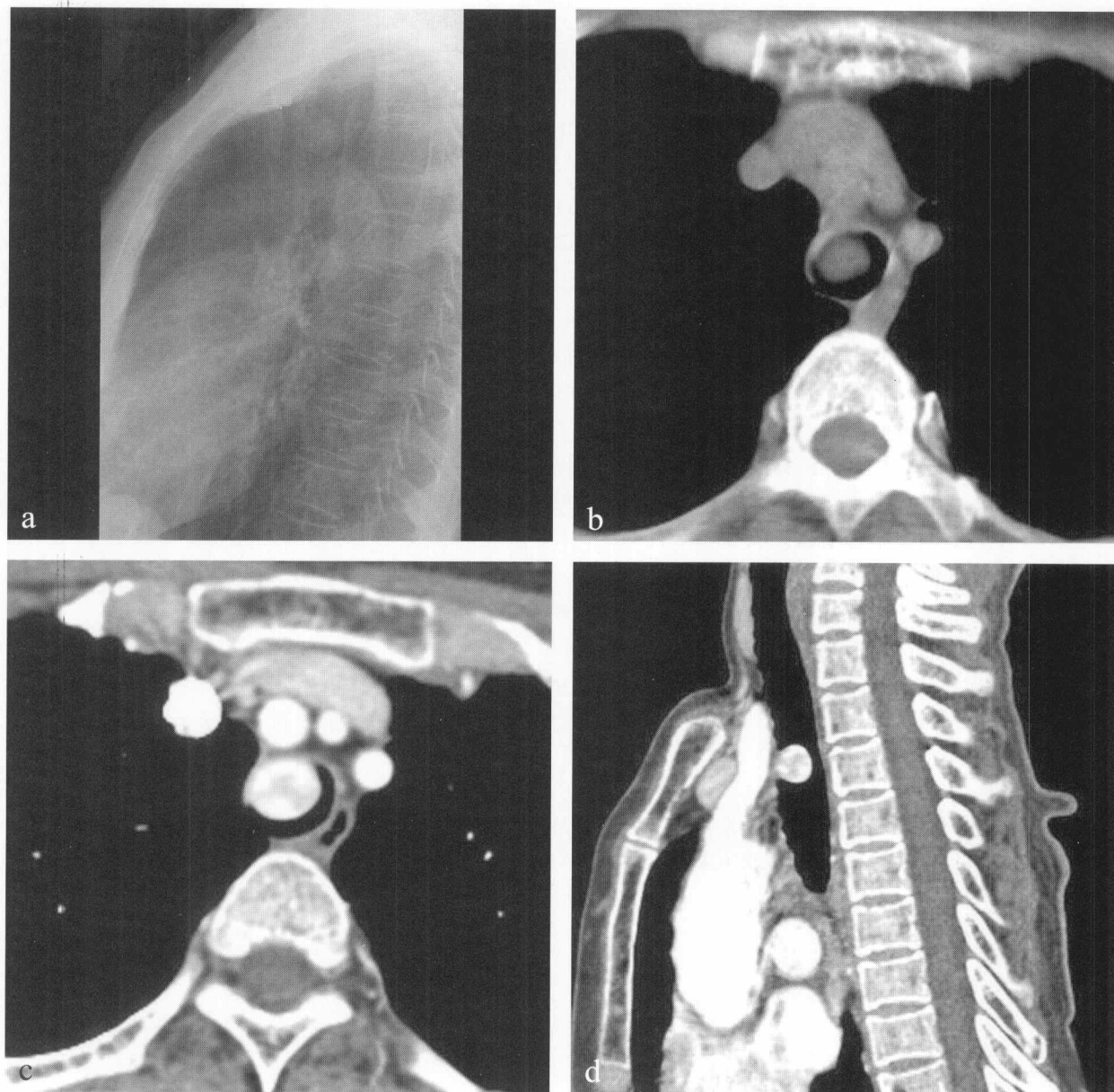


图 1-2 气管腺瘤

a. X线胸部侧位片；b. 横断位（平扫）；c. 横断位（增强）；d. 矢状位重建（增强）

**【影像所见】** 上段气管内自右前壁向腔内生长一息肉样软组织肿块，表面光滑，密度均匀；气管软骨环无破坏，颈部未见肿大淋巴结；增强扫描见肿块明显强化，CT 值几近邻近血管密度；CT 后处理矢状位重建显示肿块呈乳头状向气管腔内突入，气管腔狭窄。

**【网站会员发言】**

Yxwsd: 主动脉弓平面气管内一边缘锐利的类圆形软组织肿块，密度均匀，增强后明显强化。考虑气管内良性肿瘤，血管瘤可能大。鉴别诊断：①气管内血凝块或痰块。②气管内恶性肿瘤，恶性肿瘤多呈菜花样。

陈一文: 气管内类圆形软组织肿块，边缘光整，气管壁未见明显破坏，增强肿块明显强化，考虑气管息肉。

蓝色忍狐: 考虑气管腺瘤（类癌）。

**【最后诊断】** 气管腺瘤（术后病理结果）。

**【点评】** 气管肿瘤少见，常常由于定位体征模糊，常规胸部 X 线检查无异常发现而漏诊或误诊。Weber 指出，当定位体征出现时，管腔梗阻常达 75%，这是由于气管具有较好的弹性和伸缩性。X 线片上气管肿瘤与支气管肿瘤不同，即使有一些早期通气异常征象，由于系双侧性，缺乏对比而被忽略。因此，对一些呼吸困难、声哑、喘鸣、刺激性咳嗽，咯血患者，胸部 X 线片无异常发现或表现为双侧肺气肿者，放射科医师应提高警惕。选择适当影像学检查方法，排除气管病变。

近些年影像技术不断发展，检查手段增多，检出率也相应地提高，但气管肿瘤的诊断关键还在于对其认识程度，否则检查手段应用不当，仍不能发现病变。当怀疑气管肿瘤时，应首先选用气管 CT 扫描，而不是常规胸部检查。CT 检查能了解肿瘤的细节形态和其与气管壁的关系。本例腺瘤显示肿块与管壁关系优于 X 线片。

气管病变定性较难，诊断时应考虑多方面因素。有研究显示，气管病变发病年龄在 40 岁以上占 73%，其中 63% 为恶性。40 岁以下占 27%，其中 83% 为良性。说明年龄在区别良、恶性方面具有一定的意义。在病程方面，恶性病变平均为 12.4 个月；良性病变为 39 个月，恶性病变病程明显短于良性病变。但在一些低度恶性病变如腺样囊性癌，病程可较长；总之未分化癌生长速度最快；软骨瘤最慢。就发病部位，颈段气管以良性病变为主，而胸腔入口以下则主要为恶性病变。

气管病变的影像学诊断应以形态为基础。气管病变病理类型分布广泛，多数病变无特征性征象，但就整体而言，还是有一些规律。病变向管腔内生长呈高低不平之隆起、环形狭窄常为恶性病变。突入管腔之局限性不光滑结节者，见于恶性病变或良性病变，共同的特征为基底宽，略呈扁平状。管壁明显增厚或向管腔内外生长者几乎都是恶性肿瘤。良性病变主要表现为向腔内生长之局限性光滑结节，肿瘤常常显示较圆，基底窄，本例符合这一改变。但也有少数良性病变为宽基底，如结核，淀粉样变性。总之，气管良、恶性病变的鉴别诊断须根据年龄、病史、形态特点进行全面分析，才能做出较可靠的诊断。

**病例来源** 福建省莆田市解放军第 95 医院放射科 郑向东 提供

**网站地址** [http://www.radinet.com.cn/forum\\_view.asp?forum\\_id=33&view\\_id=42710&page=1](http://www.radinet.com.cn/forum_view.asp?forum_id=33&view_id=42710&page=1)

（向子云 郑向东 蔡 和）

**参 考 文 献**

- [1] 李润明, 陈君宏, 于伟利, 等. 原发性气管肿瘤及肿瘤样病变的 X 线与 CT 诊断[J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(4): 196-198.
- [2] 朱巧洪, 曾庆思, 关玉宝. 原发性气管肿瘤的多层螺旋 CT 诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2006, 14(2): 97-100.

### 病例 3 气管下段肌上皮瘤

【临床资料】 男，30岁。反复咳嗽、咳痰、痰中带血1个月余，无气喘、发热、胸痛。CT检查见图1-3。

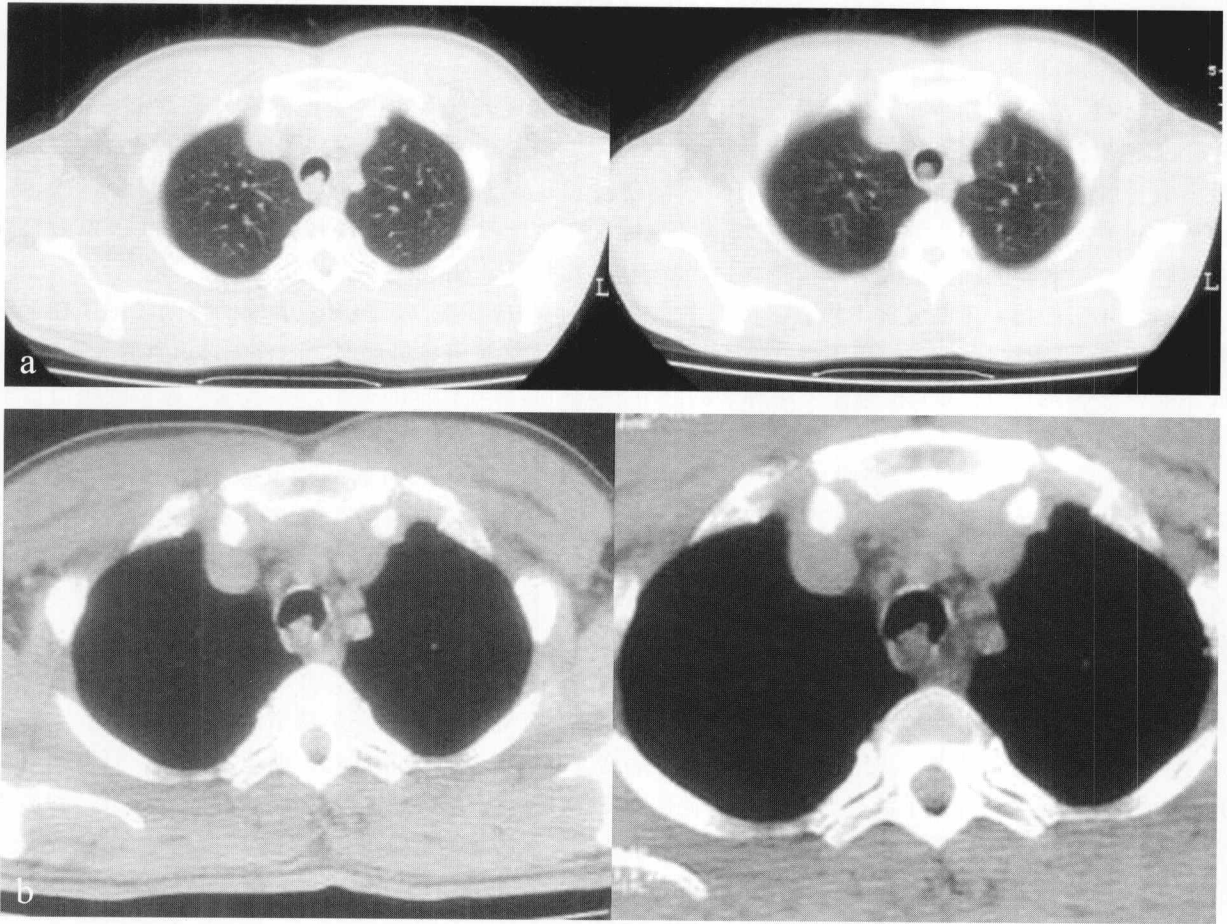


图 1-3 气管下段肌上皮瘤  
a. 肺窗；b. 纵隔窗

**【影像所见】** 气管中下段后壁见一突入气管腔内的乳头状影，病灶密度欠均匀，形态不规则，边缘稍凹凸不平，该影后壁见“弧线形”低密度影。气管腔似呈“新月”形改变。两肺、纵隔无特殊发现。

**【网站会员发言】**

拾荒者：气管后壁乳头状肿块，局部管壁无明显增厚，考虑良性病变，乳头状瘤或血管瘤可能，建议结合气管镜检查除外气管鳞癌。

zsl6918：气管中段后壁可见一乳头状肿物，形态欠光整，累及后壁并向外生长，内部密度不均匀，考虑气管内恶性占位可能性大——鳞癌？不除外其他良性病变（乳头状瘤）。

zhangnianqiu\_2007：气管中段见一乳头状软组织肿物，宽基底，向腔内生长，形态欠光整，外缘凹凸不平，内部密度不均匀。考虑恶性占位性病变，鳞癌可能性大，建议支气管镜检查。

**【最后诊断】** 气管下段肌上皮瘤（手术病理结果）。

**【点评】** 气管肌上皮瘤极少见，常发生于支气管黏膜腺体的肌上皮细胞或肺小支气管至终末细支气管黏膜上皮细胞间的 Actin 阳性细胞。1987 年 Stricker 描述完全由梭形肌上皮细胞构成的支气管肌上皮瘤。近年来，国内外学者多认为，本瘤是由支气管腺体内的肌上皮细胞发生的一种多形性腺瘤，这种肌上皮细胞具有向腺上皮和肌上皮双向分化，可能是多源性。大多数肌上皮瘤为良性，如有核分裂、肿瘤的局部浸润则是恶性肌上皮瘤。该瘤在光镜下的复杂变化主要是肿瘤性的肌上皮细胞、间质的多样性所致。其细胞类型可归纳为 4 型：实体型；多形性腺瘤样型；腺管样型和混合型。

临床上气管良、恶性肿瘤常有咳嗽、咳痰等症状，有的有咯血、气喘、气短，发热、胸痛少见。X 线检查常漏诊。气管肌上皮瘤 CT 表现常无明显特异性，但与气管其他肿瘤比较仍有不同之处。成人气管肿瘤恶性居多，以鳞癌最常见，CT 表现为气管后外侧壁软组织肿块，呈球形或菜花状，瘤体与气管壁分界不清，肿瘤基底多较宽或沿气管内壁呈环形生长、增厚，纵隔淋巴结常受侵。而本例肿瘤源于气管后壁肌上皮细胞，CT 表现为气管后壁见“弧线形”低密度影，相邻气管壁无增厚，气管“C 形”软骨、纵隔淋巴结未受侵可鉴别；良性气管肿瘤中的乳头状瘤常发生于黏膜上层，CT 表现为肿瘤基底部多与气管壁锐角相交或带蒂连于气管壁，形态较规则、光整；错构瘤可见钙化和脂肪密度不均匀影；软骨瘤则见骨化和钙化影以资鉴别。另外，本病须与气管内血凝块、痰块鉴别：扫描体位改变或嘱病人咳嗽，血凝块、痰块形态位置可发生变化。MRI 检查，气管肿瘤在 T<sub>1</sub>WI 图像呈高信号，T<sub>2</sub>WI 图像信号强度欠均匀或升高，如有钙化则表现无信号区。

有关研究表明，肌上皮瘤免疫组化染色显示 Vim、CK、Actin、S-100 蛋白常呈阳性反应。肌上皮瘤的诊断主要依靠病理确诊。

**病例来源** 江西省铅山县中医院影像科 邓奇凯 蔡 和 提供

**网站地址** [http://www.radinet.com.cn/forum\\_view.asp?forum\\_id=4&view\\_id=37822](http://www.radinet.com.cn/forum_view.asp?forum_id=4&view_id=37822)

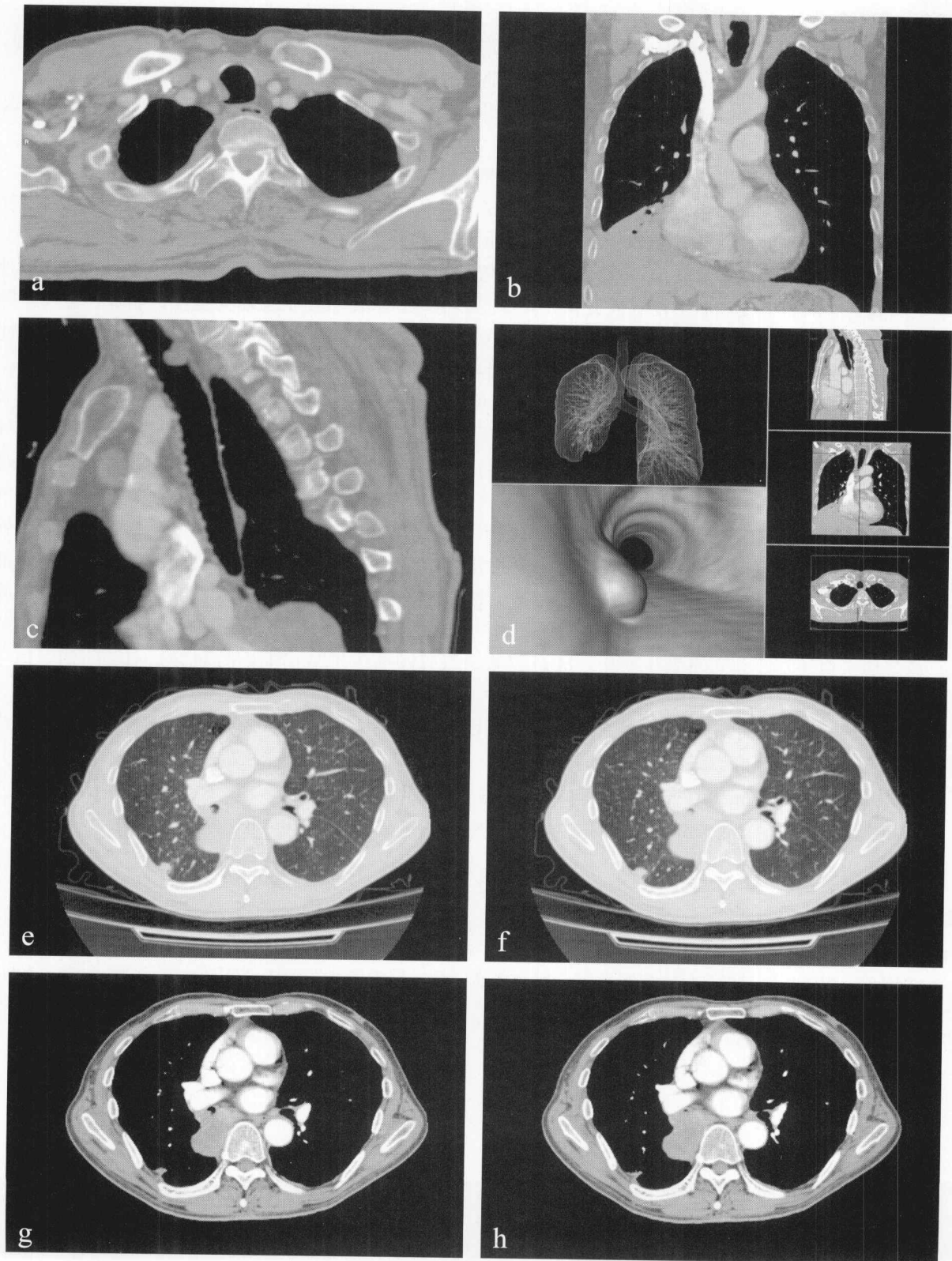
（邓奇凯 蔡 和 向子云）

**参 考 文 献**

- [1] 邓仲端，熊 敏．外科病理学[M]．第 2 版．武汉：湖北科学技术出版社，1999，7(2):388．
- [2] 杨国仪，俞培娟，王学广．支气管上皮—肌上皮瘤—附 1 例报道及文献复习[J]．诊断病理学杂志，2000，7(3):192．
- [3] 杭俊德，陈培青，陈炽贤．气管原发性良性肿瘤：CT/MRI 评价[J]．中国医学影像杂志，1995，3(3):158．

## 病例 4 气管平滑肌瘤伴右肺中央型肺癌

【临床资料】 男，73岁。痰中反复带血丝，右胸痛2个月余。CT检查见图1-4。



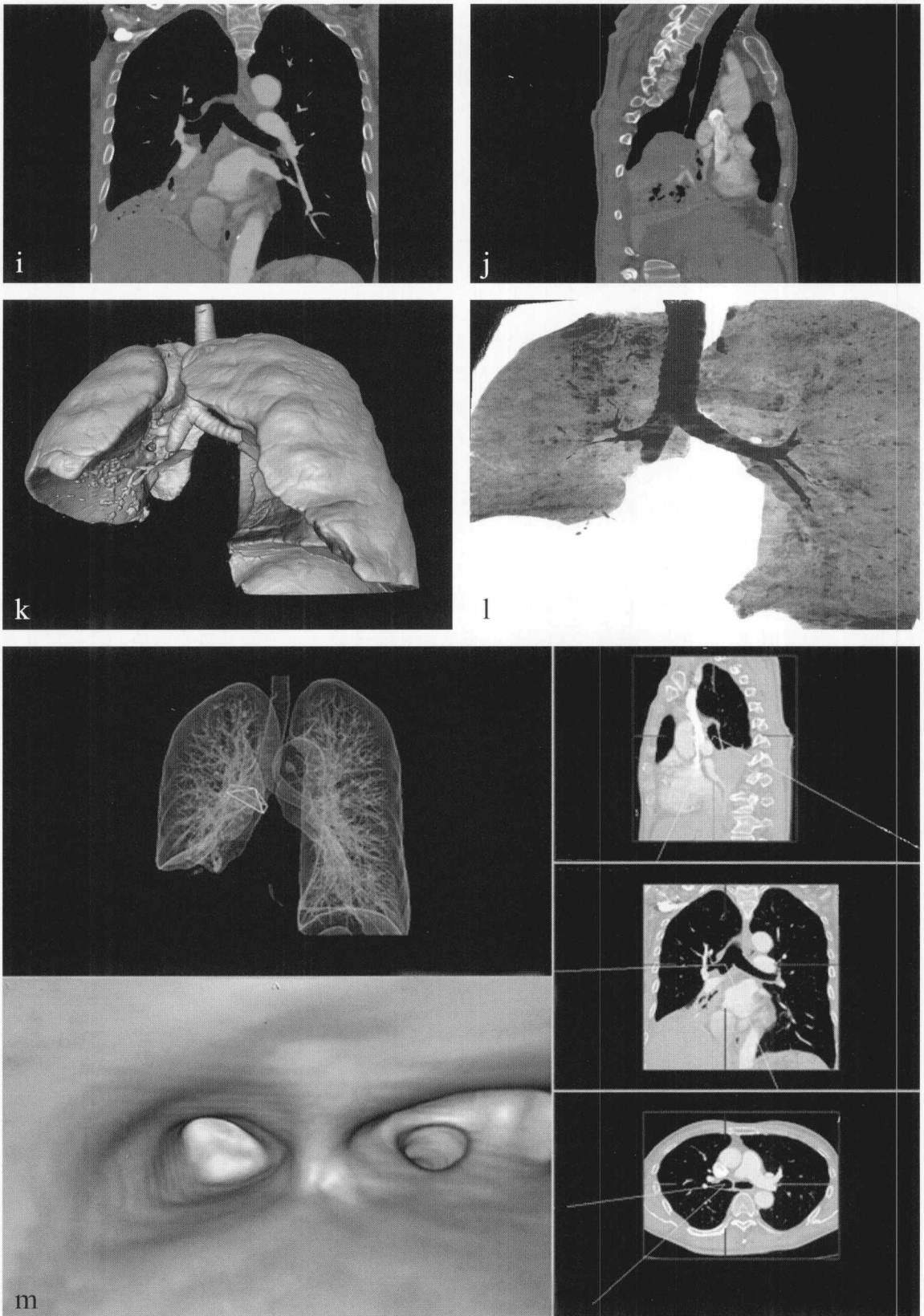


图 1-4 气管平滑肌瘤伴右肺中央型肺癌

a. 纵隔窗; b, c. MPR; d. 透明化处理后 MPR、CTVE; e, f. 肺窗; g, h. 增强; i, j. MPR; k. SSD; l. Min-IP; m. 透明化处理后 MPR、CTVE

**【影像所见】** 气管中段右后侧壁可见一宽基底、表面光滑结节影突入腔内，该影基底部气管后脂肪间隙存在。右肺中间段支气管腔内可见乳头状结节影，管腔狭窄及中断，其后方可见团块状软组织样密度影，右肺下叶见密度不均匀增高影，右下叶肺体积变小，其内亦见含气支气管征。右后胸见一边缘欠光整乳头状影，增强见胸膜凹陷、牵拉征象。

**【网站会员发言】** (略)

**【最后诊断】** ①气管黏膜下平滑肌瘤；②右中间段支气管高分化鳞癌（支气管镜检及病理结果）。

**【点评】** 本病例病灶显示应用了多层螺旋 CT(MSCT) 后处理部分技术：如多平面重建 (MPR)、支气管透明化处理 (VR)、仿真内镜 (CTVE)、表面遮盖法重建 (SSD)、最小密度投影 (Min-IP) 等。MSCT 后处理技术能从各方位较好地显示气管、肺部占位性病变，对病变定位、定性诊断提供了较多的影像征象。

气管平滑肌瘤较为罕见。病理表现为有完整包膜的实质性肿块，多数起源于气管肌层的平滑肌，偶尔来自黏膜下或血管的平滑肌组织，肿瘤表面气管黏膜完整，极少有溃疡、出血及钙化。根据其起源及部位分为 4 型：①肺实质型；②支气管内型；③气管内型；④肺血管内型。气管平滑肌瘤的临床表现主要是由呼吸道阻塞及刺激引起的咳嗽、呼吸困难。本病例平滑肌瘤属气管内型，影像表现为气管中段右后侧壁表面光滑的宽基底结节突入腔内，病变基底部气管后脂肪间隙存在。从 CT 平扫、MPR、支气管透明化处理及 CTVE 的影像分析，病变定性为良性。最终依赖于支气管纤维镜活检及病理诊断。鉴别诊断需与气管恶性肿瘤鉴别。

中央型肺癌系指发生于肺段以上支气管的肺癌，以鳞癌和未分化癌居多。不同部位的肺癌可有以下几种生长方式。①管内型：癌瘤自支气管黏膜表面向管腔内生长，形成息肉或菜花样肿块，逐渐引起支气管阻塞。②管壁型：癌瘤沿支气管壁浸润生长，有时侵犯管壁较浅，使管壁轻度增厚，管腔轻微狭窄。侵及管壁全层，使管壁增厚，管腔明显狭窄或阻塞。③管外型：癌瘤穿透支气管壁向外生长，主要在肺门区形成肿块。影像表现取决于肿瘤发生部位而不同：当肿块阻塞支气管腔会导致阻塞性肺气肿、阻塞性肺炎、肺不张。癌瘤亦可向支气管腔外生长或伴有局部淋巴结转移，则在肺门区出现边缘清楚或模糊块状影，常见分叶、扫帚征。

总之，本病例应用 MSCT 后处理技术清楚显示了气管、肺部占位性病变，对病变的定位、定性及鉴别诊断有较大的帮助。

**病例来源** 陕西渭南市中心医院 CT MR 室 张耀森 提供

**网站地址** [http://www.radinet.com.cn/forum\\_view.asp?id=12350&view\\_id=12350&forum\\_id=7](http://www.radinet.com.cn/forum_view.asp?id=12350&view_id=12350&forum_id=7)

(张耀森 蔡和 刘瑞铭)

## 参考文献

- [1] 龚洪翰, 蒋海清, 韩萍. 多层螺旋 CT 后处理技术临床应用 [M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2004: 87-99.
- [2] 周康荣. 胸部颈面部 CT [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1996: 172.
- [3] 戚良晨, 张全, 韩振国, 等. 支气管平滑肌瘤的诊断及治疗 [J]. 中国肿瘤临床杂志, 1999, 26(3): 225.

## 病例 5 气管浆细胞瘤

【临床资料】 男，54岁。因气管肿瘤行气管镜烧灼治疗，半年后复发，准备再次手术。患者因剧烈咳嗽咳出一块软组织后症状改善而放弃治疗。3个月前再次出现刺激性咳嗽，呼吸困难。CT检查见图 1-5。

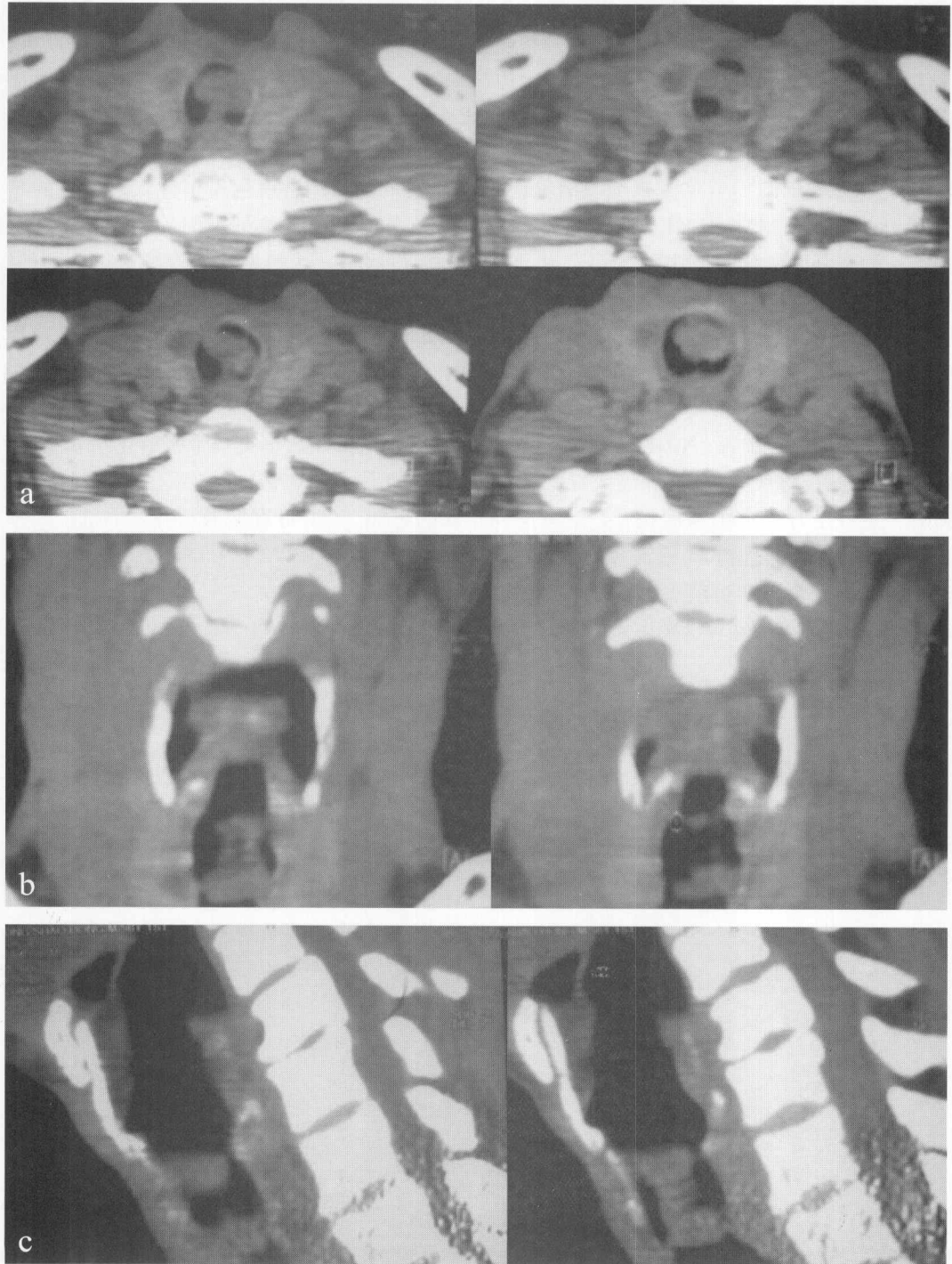


图 1-5 气管浆细胞瘤

a. 横断位; b. 重建冠状位; c. 重建矢状位



**【影像所见】** 气管上段左后壁见一菜花状软组织密度影，窄基底与气管壁相连，最大截面约1.6 cm×1.6 cm，气管腔呈不规则月牙状，气管软骨环完整。

**【网站会员发言】**

Xiaoni: 气管上段软组织密度肿块突入气管腔内，密度不高，考虑：支气管黏液表皮样癌。黏液表皮样肿瘤是一种起源于上呼吸道浆液和黏液腺或唾液腺的少见的肿瘤，可以起源于气管支气管树的小唾液腺，最常见于气管后壁黏液腺。此类病人常常有渐进性呼吸困难、支气管扩张、哮喘、复发性肺炎等临床病史，其治疗方法依赖于外科手术。婴幼儿患者应与气管异物鉴别。

拾荒者: 气管上段腔内肿物，有细蒂与管壁相连，周围黏膜无增厚，气管软骨环无破坏，气管周围组织结构清晰，右侧甲状腺内见囊性低密度影，边缘规整，甲状腺无明显增大，气管内病变考虑良性肿瘤（气管内乳头状瘤）。右侧甲状腺病变考虑为腺瘤或囊肿。

**【最后诊断】** 病理结果：气管浆细胞瘤。

**【点评】** 气管浆细胞瘤罕见。浆细胞瘤是由于浆细胞系统的异常增生所引起，最常见的是骨髓内病变—多发性骨髓瘤（MM）和孤立性骨髓瘤，其次髓外表现—髓外浆细胞瘤等。髓外浆细胞瘤是指发生于骨髓外的浆细胞肿瘤，其中约85%发生于口腔和上呼吸道，也可发生于胃肠道、中枢神经系统、眼结膜、甲状腺、乳腺、纵隔、阔韧带、膀胱、睾丸及淋巴结等器官。

气管浆细胞瘤的临床症状与气管其他原发性肿瘤相仿，临床表现以气喘、喘鸣、刺激性咳嗽、痰中带血、吸人性呼吸困难为主并逐渐加重及服用支气管扩张药物不能缓解等特点；可继发肺部感染、声音嘶哑、吞咽困难等表现。

本病例的临床表现为刺激性咳嗽，呼吸困难。CT示气管上段左后壁见一带蒂菜花状软组织肿块影。气管浆细胞瘤需与气管腺癌、黏液腺瘤或纤维瘤鉴别，但鉴别诊断无明显特异性。对老年患者有气管内软组织肿块、急性上呼吸道阻塞症状者，应考虑到本病的可能。CT可直接显示肿块的部位、形态及邻近关系，定性诊断仍需病理检查。

**病例来源** 山东东平泰美宝法肿瘤医院放射科 崔光辉 提供

**网站地址** [http://www.radinet.com.cn/forum\\_view.asp?forum\\_id=4&view\\_id=20591](http://www.radinet.com.cn/forum_view.asp?forum_id=4&view_id=20591)

（崔光辉 蔡和 向子云）

**参 考 文 献**

- [1] 李单青, 于洪泉, 刘贞, 等. 气管浆细胞瘤的手术治疗及文献复习[J]. 肿瘤防治杂志, 2002, 8: 407-409.
- [2] 李胜利, 白友贤, 赵青. 支气管内浆细胞瘤一例[J]. 中华放射学杂志, 2003, 4: 362.