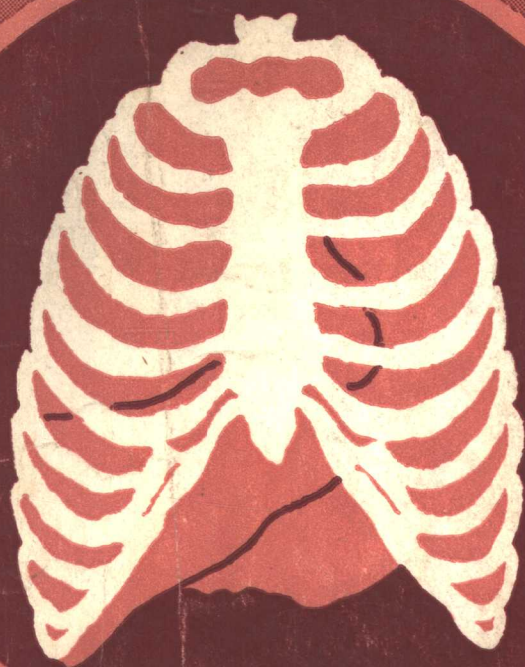




XIONGQIANG
YINAN
BINGLI
X XIANZHENDUAN

胸腔疑难病例X线诊断

赵珩 朱尔梅 编著

安徽科学技术出版社

胸腔疑难病例X线诊断

赵 珩 朱尔梅 编著

安徽科学技术出版社

责任编辑：储崇华

封面设计：赵玉敏

胸腔疑难病例X线诊断

赵珩 朱尔梅 编著

*

安徽科学技术出版社出版

(合肥市跃进路1号)

安徽省新华书店发行 安徽新华印刷厂印刷

*

开本：787×1092 1/16 印张：6 插页：28 字数：142,000

1984年10月第1版 1984年10月第1次印刷

印数：1—11,500

统一书号：14200·68 定价：1.65元

序

对于肺科疾病而言，胸部X线检查在很大程度上具有高度的诊断意义，而善于综合推论、分析理解，往往可得出逻辑性、科学性的结论。对疑难病例最可靠的诊断依据还有赖于病理、微生物或病原性的印证。有准确的诊断才能有针对性的治疗。本书的编写满足了上述要求。

朱尔梅教授和赵珩主任将自己临床实践中搜集的多种肺部疾病的病例(其中有些是罕见的)编入本书，并对胸部多种疾病的诊断详述了自己的认识、体会和经验，这对于肺科医师、放射科医师、内科医师和医学生在临床工作中的鉴别诊断及处理有着极大的帮助和参考价值。为此，我愿热忱推荐。

吴绍青

1979年10日于上海

编 著 者 的 话

本书以肺科疾病为主，不包括心血管疾病。全书共分七章。

第一章介绍52例胸腔疑难病例的诊断和鉴别诊断。这52例系我们多年来在临床上所遇到的资料比较完整的部分病例，其中有长期被误诊的；有诊断比较困难，经过各种检查和特殊检查后始作出明确诊断的；也有诊断始终不能明确，最后经过剖胸探查和病理组织学的检查始确诊的。对于这些病例，我们从临床病史、X线表现，结合临床各种检查进行了分析。

第二章重点对肺部疾病易误诊为肺结核的原因进行了探讨和提出如何避免误诊。

第三、第四、第五、第六等四章介绍一些易与肺结核相互误诊的若干常见病，尤其对慢性支气管炎、支气管-肺畸形、支气管囊肿、支气管扩张和肺癌阐述得比较详细。因这些疾病在临床工作中日见增加，其X线胸片上的表现也极为多样化和复杂化，既不易诊断，又易引起误诊，故特加详述。

第七章介绍了一些比较常见的霉菌病和地方性寄生虫病。目前因大量采用抗生素及激素治疗，霉菌病的发生有所增加，而每每在临床上仍常被忽视，故着重提出以重视对其诊断。

依据上述七章，我们搜集了X线图片近200张，以便读者对照文字内容，提高鉴别诊断能力。

本书资料主要来源于上海第二医学院附属新华医院肺科、上海第二医学院附属第九人民医院肺科、安徽省职业病结核病防治所及安徽省立医院肺科。此外，尚有部分病例资料承蒙参加上海肺科读片处理会议的有关单位提供，特此致谢并说明。

本书可供肺科、内科及放射科医师参考。由于我们的业务水平有限，其中难免有不足和错误之处，望能不吝提出批评和指正。

目 录

第一章 疑难病例	1
病例1 肺隐球菌病	1
病例2 支气管囊肿	1
病例3 胸腔内包裹性寒性脓疡	2
病例4 腺 癌	2
病例5 无肺症(肺不发育)	3
病例6 慢性肺脓疡	3
病例7 炎性假瘤	4
病例8 先天性膈疝	4
病例9 鳞 癌	5
病例10 转移性肺癌	5
病例11 中叶、舌叶同时肺不张	6
病例12 肺隔离症	7
病例13 黄色纤维瘤	7
病例14 支气管扩张、气管憩室	7
病例15 畸胎瘤	8
病例16 鳞 癌	9
病例17 肺结核和肺癌	9
病例18 韩-薛-柯氏病	10
病例19 支气管囊肿	10
病例20 无肺症(肺发育不全)	11
病例21 支气管囊肿	12
病例22 粘液囊肿	12
病例23 皮样囊肿	13
病例24 胸腺瘤	13
病例25 肺泡微石症	14
病例26 肺结核空洞	15
病例27 结节病	15
病例28 肺结核	16
病例29 淋巴转移性肺癌	17
病例30 弥漫性肺间质性纤维化	18
病例31 先天性支气管囊肿	19
病例32 肺结核和肺癌	19
病例33 包裹性脓胸	20
病例34 心包囊肿	20

病例35	肺结核	21
病例36	大气管囊肿	22
病例37	红斑性狼疮	22
病例38	巨型食管、巨型结肠	23
病例39	肺 癌	24
病例40	白色念珠菌病	25
病例41	支气管结石	26
病例42	肺内迷走性甲状腺肿瘤	26
病例43	横膈膨出症	27
病例44	巨型支气管囊肿合并巨型肺大泡	27
病例45	支气管囊肿	28
病例46	错构瘤	28
病例47	叶间胸膜间皮瘤	29
病例48	皮样囊肿	29
病例49	胸壁神经纤维瘤	30
病例50	肺结核	30
病例51	结核性支气管扩张	31
病例52	腺瘤(粘液表皮样瘤型)	32
第二章	误诊为肺结核的问题	34
第一节	病案总括	34
第二节	误诊病案分析	35
第三节	X 线征象归纳	36
第四节	误诊的其他原因	37
第五节	如何避免误诊	39
第三章	肺先天性发育畸形	41
第一节	肺不发育和发育不全	41
第二节	肺隔离症	42
	肺内型肺隔离症	42
	肺外型肺隔离症	43
第四章	支气管疾病	44
第一节	慢性支气管炎	44
第二节	肺囊肿	45
	肺泡囊肿	45
	支气管囊肿	47
第三节	支气管扩张	51
	化脓性支气管扩张	51
	结核性支气管扩张	56
第五章	肺不张和中叶不张	59
第一节	肺不张	59
第二节	中叶不张	61

第六章 肿 瘤	62
第一节 肺部肿瘤	62
〔良性肿瘤〕.....	62
错构瘤	62
腺 瘤	63
纤维瘤	64
软骨瘤	64
脂肪瘤	64
血管瘤	64
神经瘤	65
平滑肌瘤	65
〔恶性肿瘤〕.....	65
〔肺内淋巴瘤〕.....	71
第二节 纵隔肿瘤	72
神经源性肿瘤	75
畸胎样瘤	76
胸腺瘤	76
胸腔内甲状腺肿瘤	77
淋巴瘤细胞瘤	78
气管、支气管囊肿.....	79
心包囊肿	79
第七章 其 他	80
第一节 肺霉菌病	80
肺曲菌病(肺第菌病)	80
肺念珠菌病	81
肺隐球菌病	82
肺放线菌病	82
肺组织胞浆菌病.....	83
肺奴卡氏菌病	84
第二节 肺原虫病和寄生虫病	84
阿米巴肺脓疡	84
肺血吸虫病	84
肺吸虫病	85
肺包虫病	86
第三节 钩端螺旋体病	86

第一章 疑难病例

病例1 肺隐球菌病

患者女性，21岁，知识青年。1968年去黑龙江插队落户，得风湿性关节炎及肾病综合征，长期服用激素(强的松)，病退回家后继续服用激素。1975年5月胸部X线摄片：肺部无异常。1976年3月开始发热，38℃左右，持续1周不退，有头痛、思睡及脑膜刺激症状，颈项有抵抗。住院检查：脑脊液涂片及培养，发现大量隐球菌；胸部X线摄片，发现左肺上部有1圆形结节病灶，诊断为新型隐球菌脑膜炎合并肺部感染(图1)。静脉滴注5-FC 1个月，因产生耐药性而改用二性霉素静脉滴注。住院治疗半年，患者症状完全消失，脑脊液检查已属正常，肺部病灶亦有缩小，出院。出院后肺部病灶还在继续缩小中。

此外，自经以上治疗后，尿液多次检查均已正常，肾功能检查亦已正常，说明肾病综合征也已痊愈。

评论：病史如前。患者长期使用激素治疗风湿性关节炎及肾病综合征，在治疗过程中出现低热、头痛、思睡及脑膜刺激症状，胸部摄片发现左上肺出现1处圆形结节病灶。对青年的肺部球形病灶，往往首先考虑结核球。故此例本应考虑有因免疫抑制而使潜在的或已稳定的结核病灶重行复燃，并血行引起结核性脑膜炎之可能。因患者既往病史从未患过肺结核；肺部病灶轻微且同时出现血行性结核性脑膜炎者之可能性也很小；患者并未接受抗结核治疗，而是通过抗霉菌治疗后症状方得以消失，肺部病灶趋于吸收稳定，显然本病不是结核的恶化结果。

在激素的长期治疗后出现中枢神经系统的症状，应注意到霉菌的感染，尤应考虑为新型隐球菌感染。中枢神经系统为隐球菌的好发部位，但波及肺部的比较少见。本例通过腰椎穿刺得以确诊，所以诊断性腰椎穿刺是必要的。

病例2 支气管囊肿

患者男性，18岁，学生。1958年5月因头晕到某医院检查，发现右肺有病灶，按结核病治疗；后到另一医院检查，认为是肺肿瘤，须手术治疗，乃来我院求治。体格检查无异常发现。实验室检查：痰结核菌4次均阴性，血沉2毫米/第1小时，血、尿及粪便常规均正常。采取剖胸手术切除。肉眼观察，右肺下叶背段有1囊肿，直径为5.0×4.5×2.5厘米，腔中充满淡黄色坏死物，并有少量肉芽组织，囊腔边缘有炭末沉着，腔内有小梁，囊腔与支气管相通，引流支气管内亦有坏死物充填；显微镜检查，粘膜下有少量炎性细胞浸润，部分有结缔组织增生，囊壁有软骨及柱状纤毛上皮细胞被覆，其间有钙化灶。根据病理组织学检查，诊断为支气管囊肿(图2)。

评论：患者因体格检查偶尔发现右肺中下部圆形致密阴影，边缘整齐，轮廓清楚，似有分叶状(实际为大小2个块影相互重叠)；短期内胸部X线复查，病灶有扩大现象，肺肿瘤应予考虑。因患者为一青少年，血沉2毫米/第1小时，恶性肿瘤似不可能。患者痰结核菌检查4次阴性，且无症状可询；虽接受抗结核治疗，但块影仍不断增大，边缘清晰，周边无子灶；亦无其他病灶播

散，结核的可能性不大。

根据X线胸片所示，分叶状病灶似为大小2个块影所重叠，体层摄片显示亦然如此，遂考虑为支气管囊肿。因感染后内容物增加，排出不易，囊肿有扩大趋势，颇似肿瘤生长迅速。术后肉眼直观和显微镜检查均证明了诊断和推论。

病例3 胸腔内包裹性寒性脓疡

患者男性，工人，36岁。1953年7月住院检查，自述身体一向健康，无低热及呼吸道症状史，近年来自觉易疲劳，但无胸痛及其他不适感。体格检查胸透时发现右肺上部有一致密而均匀块状阴影，约 8.0×6.0 厘米大小，不呈圆形，上缘与肺尖胸壁、内缘与纵隔相紧贴，外缘及下缘与肺组织分界明显；心肺正常；颈部及腋窝下可触及到肿大淋巴结；血沉22毫米/第1小时；血、尿及粪便常规检查均属正常范围；痰结核菌涂片检查5次阴性；痰液检查癌细胞3次阴性；支气管镜检查无异常发现。患者有吸烟史10余年，每天15支以上。考虑为右上肺肿瘤。在剖胸切除手术中发现肺尖部有小儿拳头大小肿块1枚，因剥离时不慎撕破肿块包膜，从中流出浓稠黄绿色脓液，即取脓液作结核菌及一般致病菌培养，并将脓液吸净；经探查发现脓腔由瘻管与第四胸椎相连。切除脓腔作病理检查，清除瘻管及椎体坏死组织，并封闭通向胸椎的管道。术后病理检查属结核性，脓液结核菌培养阳性，确诊为胸椎结核合并胸腔内包裹性寒性脓疡(图3)。

评论：据患者的病史及胸片所示，首先应考虑肺癌可能。块影下缘不呈圆弧形，肺门淋巴结不肿大，肿块虽在肺尖部但无各种神经压迫症状，肋骨无被侵蚀毁损现象，无呼吸道症状，血沉略加速，痰癌细胞检查3次均阴性，这些皆不支持肺部肿瘤。

患者无发热、咳嗽、咯血或咳脓性痰病史，结核菌检查5次阴性。慢性脓疡、机化性肺炎及肺结核均可以排除。

右肺门在正常位置，上肺叶的肺纹理仍然存在，块影位置太高，均不支持肺不张。

剖胸探查初仍疑为肺部肿瘤，因发现包块中有脓液流出，脓腔与第四胸椎由瘻管相通，特别是脓液培养结核菌阳性，最后病理标本的确认，才证实为胸椎结核及胸腔内包裹性寒性脓疡。

一般椎体结核所引起的寒性脓疡，因重力关系，其脓液多沿椎体肋角沟向下沉降，形成沉降性寒性脓疡，很少有穿过纵隔进入胸腔，形成胸腔内包裹性寒性脓疡的。本例实为少见。本脓疡因慢性刺激与肺尖发生粘连，在X线胸部平片上形成一致密的块状阴影，酷似肿瘤。对本例在手术前后胸椎无压痛和无自痛，难以解释。因此对此类无症状的肺部肿块，一旦考虑为寒性脓肿时，胸椎或腰椎的摄片及腰椎压痛点的检查皆是不可缺少的。

病例4 腺 癌

患者女性，55岁，持家务。1962年曾因咳嗽、咯血诊断为右上肺结核，予抗结核治疗，曾注射链霉素100克并服异烟肼。1964年1月始咳嗽、气促、持续痰中带血4个月；胸部摄片示右肺上部呈稀淡而密度不均的片状阴影，诊断为浸润型肺结核，仍继续抗结核治疗。同年5月患者体重自76市斤渐增至109市斤；支气管镜检查阴性；痰结核菌检查3次阴性；胸部摄片为右上叶不张并有球形病灶凸出，呈横S状，即考虑为肺癌，遂采取胸腔手术。术后病理标本检查证实为右肺上叶腺癌(图4)。

评论：据患者病史，首先应考虑为肺结核。因经注射链霉素100克以上和长期服用异烟肼后病

灶仍不见好转；痰多次检查结核菌阴性；症状日渐加重，出现咳嗽加剧、气促和痰中持续带血4个月之久，则不能完全由肺结核解释。

体层摄片显示为一密度不均及与周围肺组织分界尚清楚的块状阴影，中间部分密度较深；以后观察又发展为肺不张，且在肺不张边缘有弧形块影向肺组织突出，尤其阴影下缘呈横S状。结合症状日渐加重，应考虑有肺癌的可能。术后病理标本检查予以证实。

一般肺癌阴影的轮廓比较清楚，都呈圆形块状病灶。本例阴影轮廓表现比较模糊，与结核性浸润和炎症很难鉴别，此类多见于腺癌或支气管癌。如果能采用高千伏摄影或体层摄片，有时可将病灶周围的稀淡阴影透过，而显示出肿瘤的本身块影，从而提高肿瘤的诊断率。因此对一些经抗生素或抗结核药物久治不愈或反见恶化的病例，必要时应采用高千伏摄影或体层摄片来加以鉴别。肺癌早期可以出现体重增加的现象，但不能因此表现而迷糊了诊断。

病例5 无肺症(肺不发育)

患者女性，41岁，职业不详。自幼开始即有经常反复发作的咳嗽史，此外无其他特殊不适。1954年因发热、左侧胸痛、易乏力并有咯血，经某医院胸部X线摄片诊为左侧急性胸膜炎而收住院治疗，行左胸腔穿刺术后获得少量黄色液体，注射链霉素80克及服异烟肼，于症状改善后出院，出院后身体一直很好。1964年，患者胸部X线摄片复查，认为左侧毁损肺，建议手术治疗。因术前做支气管造影，发现左侧支气管无造影剂显示；体层摄片亦未发现有左侧主支气管分支，方才认为是左侧先天性无肺症。肺动脉血管造影不显示左侧肺动脉，证实了此诊断(图5)。

评论：患者为41岁的中年妇女，因发热、胸痛、易乏力等症状以及胸腔穿刺取得少量胸水，被诊断为左侧胸膜炎，经抗结核治疗有效。胸部X线摄片检查：整个左侧呈模糊阴影，支气管、纵隔、心脏向左侧移位，横膈上升，故可诊断为胸膜炎后胸膜粘连增厚。患者有咳嗽及咯血史，故亦可诊断为毁损肺。病者身体一直很好，特别是当胸膜粘连增厚和毁损肺时，纵隔移位又如此明显的情况下，其左侧肋间隙仅轻度狭窄，两侧胸廓尚属基本对称，这实属少见。

根据胸部X线平片所见，结合患者自幼开始就有的呼吸道病史，应考虑到此病可能为患者自幼甚至出生后即有的现象。患者肋间隙仅轻度狭窄或甚至不变狭，此点对诊断无肺症很重要。体层摄片未见左侧主支气管分出，左侧胸腔阴影均匀，无大量纤维化、纤维干酪和空洞可见；支气管造影左侧主支气管无造影剂显示；最后作肺动脉造影，左侧肺血管亦不显示，进一步说明左侧为无肺。虽然国内外文献记载无肺症迄今只发现了百余例，但不要因为其极稀少就轻易放弃对本病的诊断。

病例6 慢性肺脓疡

患儿男性，5岁。1961年8月初因发热、咳嗽在某医院胸透，发现右肺上部大片状实变阴影。因其父患有浸润型肺结核，遂考虑患儿所患为原发综合征，给予链霉素、异烟肼和对氨基水杨酸钠治疗。2周后，发热未退，始终保持在38~39℃左右，另咳嗽明显。在儿童医院经胸部X线摄片示病灶继续发展，仍认为是右上肺原发综合征，继续予以链霉素、异烟肼的治疗，不久热退，热退后继续单用异烟肼治疗3个月。同年11月检查，肺部病灶无变化；结核菌素试验1:1,000、1:100重复2次，均为阴性；血沉120毫米/第1小时，血常规检查白细胞总数16,200/立方毫米血液，中性粒细胞67%，淋巴细胞31%，单核细胞2%；胃液结核菌培养阴性；超声波检查为右肺上部实

质性变化，乃收治入院。

据其母代诉，患儿出生后5~6个月始经常容易感冒，从未患过肺炎，亦无异物吸入史，未曾接种过卡介苗，其父及邻居均患有肺结核病。

体检：一般情况可；气管居中，右上肺部语颤加强、叩诊浊音、呼吸音减低、听诊闻有管音及少许湿性罗音；心腹无阳性体征；轻度杵状指。体层摄片看到右上支气管阻塞现象，支气管造影剂不能进入上叶支气管。诊断为右肺上叶支气管阻塞、慢性化脓性肺炎。患儿接受手术治疗，病理检查证实为右肺上叶肺脓疡(图6)。

评论：据患儿年龄、症状、未接种过卡介苗、有结核接触史、有关化验检查及胸部平片提示，应考虑其患有原发综合征的可能。可是抗结核的治疗用药情况和结核菌素试验及胃液结核菌培养等结果均排除了原发综合征。胸片中淋巴结未见肿大也支持排除。

因无特征性的症状及体征出现，加之病程过长，亦不去考虑大叶性肺炎。

对患儿的症状、体征和多种检查结果进行综合分析，考虑患儿所患是右肺上叶支气管阻塞和引流不畅所造成的右肺上叶化脓性变化。手术结果证实了这一诊断。术中发现实变肺内有一脓腔。

病例7 炎性假瘤

患者男性，44岁，三轮车工人。1963年9月因体检发现右上肺部异常阴影而入院。患者诉右胸疼痛、发闷，行走时气促，晨起轻咳、咳少量白色粘痰，无咯血，不发热，胃纳佳，大小便正常。追述病史，患者1年前曾因寒战发热被送往某医院急诊治疗，胸透认为右侧肺炎，经治疗症状消失后出院。本次入院体检，病人一般情况良好，无气促现象，气管居中，两侧胸部对称，右上肺部叩诊浊音、听诊呼吸音减低，无杵状指。实验室诊断检查：尿、粪及血常规均属正常范围，血沉6毫米/第1小时；痰结核菌浓缩法18次中3次阳性，结核菌培养阴性；胸腔试穿得少量胸水，淡黄色、微混，李凡他试验阳性(+)，白细胞计数162个/立方毫米、中性粒细胞40%、淋巴细胞60%。支气管镜检查，右上肺叶及中叶支气管开口处粘膜充血、潮红，未见溃疡面及赘生物。诊断为包裹性胸膜炎。经抗结核治疗后，效果不明显，再摄片检查见右上肺病灶仍无改变，遂认为是肿瘤，乃采取手术治疗。术后标本病理检查是炎性假瘤(图7)。

评论：患者为中年男性病人，2年多来右肺上部外侧呈浓深致密阴影，与肺组织分界明显，曾胸腔试穿取得少量胸液，李凡他试验阳性，可以考虑包裹性胸腔积液。只是抽得极少量积液，其余胸膜未见有增厚现象，抗结核治疗效果不显，肋间隙未变狭，均与胸膜炎不符。

右上肺阴影周围无结核病灶，块影中无钙化灶，这与肺结核的纤维干酪灶或结核球不符。

块影无分叶状，边缘无短毛刺，肺门淋巴结不肿大，胸痛不明显，胸壁与肋骨未受侵犯，血沉正常，故亦不是肺肿瘤。

患者2年来除反复发生右上肺部炎症外，平时症状很轻；X线胸片表明右上肺块影与周围肺组织分界明显，提示块影周围有完整的包裹，对周围肺组织亦无压迫或侵犯现象，应当考虑机化性肺炎或炎性假瘤。手术结果证明了诊断。18次痰浓液中3次找到抗酸杆菌，不易解释，可能是假阳性。

病例8 先天性膈疝

患者女性，16岁。1961年4月因腹胀、腹痛10余天，恶心、呕吐6天，多日无排便，此外气

促不能平卧致端坐呼吸1天,遂来院检查。X线正位胸片显示:气管、心脏及纵隔明显向右侧移位,右肺被挤压缩小,但无异常病灶阴影;左胸腔内显示多房性包裹性气囊,大量充气,内无液平可见。侧位胸片显示左侧胸腔内为多腔性气囊,左侧横膈不显影,亦未见到胃泡。诊断为左胸膈疝、胸腔内肠曲大量积气,估计为膈疝嵌顿。因病人一般情况较差,故未做钡餐造影。行剖胸横膈修补术,术中证实为左侧胸腔内充满积气肠曲,乃进行复位和横膈修补等。术后一般情况良好,数天后出院。因患者从无外伤史,所以诊断为先天性左侧膈疝、小肠进入左侧胸腔(图8)。

评论:据患者症状、体征、现病史、个人史、胸片显示,应考虑为先天性膈疝。

左侧胸腔出现多房性大量积气的气腔,亦须考虑为自发性气胸所引起的多房性气胸或为多发性肺囊肿或肺大泡等可能。因患者从无呼吸道症状,且突然发生的呼吸困难并无诱因,亦无胸痛,相反地其主诉主要为胃肠道症状,故自发性气胸和肺囊肿或肺大泡之可能应予排除。对此类病人,医者如不慎重,冒失地进行胸腔穿刺或抽气,势必人为地造成自发性气胸甚至脓胸,因此务必引起警惕。

病例9 鳞 癌

患者男性,59岁,商店职员。1960年10月因咳嗽、咳痰、胸痛而就诊,胸部X线摄片发现右肺病变,诊断为浸润性肺结核,痰结核菌检查阴性。采用异烟肼口服及链霉素肌注2克/1周联合疗法,3个月后复查,病灶吸收、痰结核菌检查3次均阴性,继续予以异烟肼、对氨水杨酸钠治疗。1961年4月,因咳嗽、痰中带血、胸痛,再次胸部X线摄片,发现左肺中野圆形阴影,病灶中有透亮区,伴有液平,拟诊为支气管囊肿合并化脓性感染,未同意住院治疗。同年8月间胸部X线摄片,左侧病灶扩大,痰浓缩法查结核菌3次中有1次阳性,痰结核菌培养阴性,诊断为浸润型肺结核空洞形成,给予抗结核治疗,但咳嗽、胸痛等症状继续增剧。同年11月间痰带腥臭味,血液检查白细胞计数12,000/立方毫米血液、中性粒细胞85%、淋巴细胞13%、嗜酸性细胞2%,经青霉素治疗后症状有好转,白细胞亦渐降低,但痰中经常带血;胸部X线摄片示左肺大片模糊阴影,诊断为肺脓肿。1962年2月胸部X线摄片,左肺中部病灶继续扩大,与周围肺组织边界清楚,并有分叶状出现,左侧前第二、三肋骨有被侵蚀现象;痰癌细胞检查2次阴性;经皮肤胸壁病灶穿刺,取得活体标本,病理检查为鳞状上皮细胞癌(图9)。

评论:据患者最初的症状、检查、胸片提示及抗结核治疗结果等资料来分析,初诊为肺结核、支气管囊肿感染是有道理的。此后病情发展、恶化,继续抗结核及抗生素治疗失败等,则必须重视肺癌的可能。病灶穿刺活检标本病理报告提供了确诊肺癌的证据。

本例教训:老年嗜烟患者,痰中经常带血,肺部病灶经抗结核、抗生素治疗不能控制者,首先应高度警惕肺癌的可能。

病例10 转移性肺癌

患者女性,39岁,杂务工。1962年4月收院治疗。主诉为咳嗽、气急渐增2月余。患者从1月以来腹泻,每天达10余次,粪便为黄色粘冻状,无腹痛及里急后重感。检查患者消瘦;肝脏肿大肋下8厘米、剑突下8厘米,质硬、表面呈结节状、无压痛,脾脏肿大肋下5.5厘米;两肺听到少许湿罗音;粪便查有成堆的脓细胞和找到溶组织阿米巴包囊;X线胸片检查示两肺有弥漫性大小不等的结节状和团絮状阴影,以中、下肺野分布较多,内带多于外带,且有融合趋势,两肺

病灶分布基本对称；血液检查、肝功能、血浆蛋白均正常；碱性磷酸酶7.5金氏单位；痰浓缩法找结核菌3次阴性；找癌细胞2次，亦为阴性；胃肠道钡餐造影检查，无异常发现；肝超声波检查为密集波；经肝穿刺病理报告证实为肝细胞性肝癌。诊断为①原发性肝细胞肝癌肺部转移；②阿米巴肠炎(图10)。

评论：因患者粪便镜检找到溶组织阿米巴包囊，则可以诊断为阿米巴肠炎。阿米巴肠炎可以引起肝脓肿，并可由此直接引起胸腔及肺阿米巴脓肿。经血行引起的肺阿米巴病灶极为罕见。因本例呼吸道症状发生在前，阿米巴肠炎发生在后，故肺部病灶不能以阿米巴肠炎的血行播散来解释。患者肝脏检查体征，超声波检查结果，最终经肝穿刺标本的病理报告，证实为肝细胞肝癌。肝脏血液供应丰富，常可引起肺部血行癌肿转移，此种血行转移一般分布以中、下肺野为多，病灶很快发生融合，因此原发性肝细胞肝癌，继发肺部血行转移的诊断可以成立。

本病例肺部病灶播散虽两侧对称，形似粟粒性肺结核胸片所示，但本例的播散以中、下肺野为多，上肺野较少；内、中带较多，外带较少，不是后者那种应当两肺均匀对称播散的性质。又本例都呈絮团状融合，尤以内中带为显著，肺部不会出现纤维化，此与后者也不相同。另外两者症状、体征、病程也不尽相同。故本病不可能为粟粒性肺结核。

支气管炎发病急骤，有高热，呼吸系统症状比较明显。本例症状与此不太符合。前者X线胸片的肺部病变虽亦多见于两中、下肺野，沿肺纹理分布，并以内、中带密集，多半呈不规则的小片状或斑点状模糊致密阴影，如病灶广泛密集，亦可融合成节段或大片状阴影，但密度深浅不一。而本病者病灶的形状初为结节状或絮片状阴影，以后逐渐出现融合而成絮团状阴影，且密度较深而均匀，加之同时伴有肝肿大和肝穿找到癌细胞，故支气管炎可以排除。

病例 11 中叶、舌叶同时肺不张

患者男性，43岁，干部。因慢性咳嗽、咳痰、中等量咯血多次，近一个月来畏寒发热、咳嗽、胸痛、少量咯血，于1964年5月入院。患者1961年亦曾因上述相同症状在某医院就诊，被诊断为肺结核，予以抗结核治疗。1962年4月前症复发。1963年再度复发，且咳大量脓性黄痰。上述每次发作均按肺结核治疗，但皆无明显好转。本次入院前X胸片示：左肺中、下肺野异常阴影，右肺下部内侧大片模糊阴影，心脏与纵隔左移，考虑为右肺中叶不张和左肺舌叶不张。入院后检查一般状况良好，心肺叩诊、听诊均正常；痰浓缩找结核菌3次均阴性，培养1次阴性；血沉5毫米/第1小时；右侧位片显示认为右肺中叶不张；支气管造影剂不能进入右肺中叶及左肺舌叶支气管。证实为右肺中叶和左肺舌叶同时存在不张(图11)。

评论：患者曾被诊断为肺结核，并予以抗结核治疗，可是症状始终不见好转。1964年5月，X线胸片示两肺未见活动性结核病灶，血沉5毫米/第1小时，痰浓缩法及培养均未找到结核菌，故肺结核的诊断不能成立。

1964年5月，入院后的X线胸部侧位片及支气管造影均证实右肺中叶不张；胸片示左侧肺门钙化淋巴结，左肺中、下部有小片状阴影，左肺下部局限性肺气肿，心脏向左偏移，同时左侧横膈角封闭。这说明左肺舌叶或下叶可能有肺萎缩存在，而左侧肺的萎缩可能出现在右肺中叶不张之前，因心脏纵隔的移位不向右移而向左移。支气管造影也证实了左肺舌叶存在不张。右肺中叶、左肺舌叶同时出现不张比较少见。本例主要借助于两侧支气管造影术，才得出了上述的诊断。

病例 12 肺隔离症

患者女性，33岁。平时无呼吸道症状，1971年7月体检时，胸部亦未发现异常，同年9月，因患感冒，出现咳嗽、咳痰，经对症治疗后症状消失。1972年4月，因右下胸呈针刺样疼痛去医院检查，经X线胸部摄片，发现右下肺圆形块状阴影，按结核治疗后，阴影未见缩小，入院检查认为有肿瘤可能，决定剖胸探查。在剖胸探查时，发现右肺下叶内侧基底段有1块状物，直径约7~8厘米，有实性感，肿块后内方相当于第十一胸椎相平处，有两支动脉直接自胸主动脉分出与之相连。手术后病理检查证实为隔离肺(图12)。

评论：患者为33岁中年妇女，1971年7月体检时，未发现肺部病灶(可能漏诊)。1972年胸部X线摄片发现右下肺部圆形阴影，可以考虑结核。因肺结核孤立地位于下肺野者较少见，且经抗结核药物治疗无效，浸润型肺结核或结核球应当排除。

右侧膈疝或膈膨出因圆形块影的边缘与肺组织分界不甚清晰，且块影与横膈相交成锐角，尤其在右侧位X线胸片中，显示右侧横膈阴影与块影相重叠，不为腹部肝脏向胸腔突出的现象，故膈疝或膈膨出亦可排除。

因患者从无急性发作病史，对慢性肺脓肿或机化性肺炎亦不作考虑。

支气管囊肿、各种肿瘤与隔离肺的鉴别诊断颇为困难。X线胸部平片、体层摄片，甚至支气管造影都无法鉴别，只有进行人工气腹或主动脉造影始可予以鉴别，剖胸探查是最后的鉴别方法。隔离肺一般都发生在左肺下叶基底部，右肺少见。

病例 13 黄色纤维瘤

患者女性，49岁。既往病史：20岁时常感腹痛、腹胀，30岁曾施行过阑尾切除术，32岁曾检查认为有盆腔炎；从无呼吸道症状。1964年体检发现右肺上部肿块；结核菌素试验1:2,000强阳性，局部反应激烈，且出现高热等全身症状。自发现肿块后，下午自觉发热及乏力等。住院检查：无阳性体征发现；支气管造影，造影剂未能进入肿块内。根据X线胸片、临床症状及结核菌素试验结果，认为结核性包围性干酪病灶的可能性较大，肿瘤亦不能排除。手术切除治疗，病理标本检查证实为黄色纤维瘤，内有空腔(图13)。

评论：患者为49岁的中年妇女，平时无呼吸道症状。偶因体检发现右肺肺门上方有1半圆形块状阴影，其基底部紧贴纵隔，与纵隔相交呈钝角，密度中等而不均匀，与肺组织分界尚清楚，纵隔未见移位。支气管造影，造影剂未能进入块影内，说明该块影位于肺的边缘部位。结核菌素试验强阳性，块影附近有少量钙化灶，因而结核性包围性干酪病灶是无法排除的。

肿瘤的可能性似乎不大，因肿瘤紧贴纵隔而无压迫症状出现则是很少见的。

术后确诊为黄色纤维瘤。病者从无呼吸道疾病发作史，可能是病者不能清楚地回忆而已。

病例 14 支气管扩张、气管憩室

患者男性，52岁，工人。因咳嗽、气促、胸痛、畏寒、发热于1962年5月入院。患者自幼起经常有慢性咳嗽，咳白色泡沫痰，冬季发作较频，夏季稍减。1957年4月后，患者咳嗽加剧，痰量增加达40毫升/天，并有发热，服氯霉素后体温趋于正常；经X线胸部摄片，诊为两肺结核，给

予异烟肼、对氨基水杨酸钠治疗。1959年12月，因病灶恶化再添加链霉素50余克肌注。1961年9月后，因病情改善，停止抗结核治疗，并恢复半天工作。1962年起恢复全天工作。1957年以后的历次X线胸片显示，肺部病灶基本无变化。1962年4月，患者畏寒、发热(39.5℃)，伴有咳嗽，咳白色泡沫状痰，后又咳铁锈色痰，来我院内科急诊时体温39.5℃，胸透诊断为两肺患有肺炎和支气管肺炎，经青霉素、链霉素合并治疗后，病情逐渐好转。1个月后胸部摄片，与1957年胸片相比基本上无变化，即认为有肿瘤可能，乃转肺科门诊。当时患者气促、咳嗽，痰不易咳出，痰浓缩找结核菌阴性，血沉正常。当时体征：两肺闻有广泛干、湿性罗音，以右肺较为明显，心尖区可听到Ⅱ级收缩期杂音， $P_2 > A_2$ ，其他检查正常。支气管造影：右肺上叶柱状支气管扩张，相互收缩靠拢；中叶及下叶支气管均有轻度支气管扩张；右肺尖部气管旁有3×2厘米大小囊性病灶1处，显示有造影剂进入，为气管旁憩室。左侧支气管未予造影。诊断为支气管扩张、气管憩室(图14)。

评论：患者自幼开始就有慢性咳嗽、咳痰史，10余年来反复发作，并伴有发热；X线胸部摄片示呈条索状、斑片状及云雾状阴影，数年来多次复查，基本上无变化。病灶系按支气管血管的分布而散布，两侧肺门向上牵引，这应考虑为支气管疾患，并以支气管扩张的可能性为最大。两侧肺门向上牵引，中下肺部的肺纹理呈垂柳状，两肺上部阴影比较密集且加深，说明两上肺有轻度萎缩现象，可能为支气管扩张因反复炎症而致纤维化萎缩。支气管造影证实右肺有支气管扩张，并以上部为明显。气管旁憩室的诊断较困难，只有通过支气管造影或体层摄片始可证实。气管旁憩室因与气管相通，可以反复感染；憩室内的脓液，顺沿气管、支气管流入小支气管，招致支气管肺炎的发生。

此例结核的可能性很小，两肺病灶无纤维干酪现象，这一点提示支气管扩张的可能性为最大。10余年来病情基本无变化，且两肺病灶如此广泛，未见空洞，痰结核菌检查多次阴性，亦不易用肺结核来解释。

肺炎和支气管肺炎，可能为支气管扩张的合并症，不是独立的疾病。

至于肺癌，不论从病史、病程、X线胸片的表现，以及实验检查的结果，都不予支持。

病例 15 畸胎瘤

患者男性，30岁，工人。1958年8月体格检查时发现右上肺部结核，但痰结核菌检查阴性，曾不规则服异烟肼。1960年9月发现病灶较前有所发展，但无临床症状，曾注射链霉素6克并继续服用异烟肼。1961年1月X线胸部摄片，因无变化而加服黄连素。1963年4月停药服异烟肼，但病者仍有低热、盗汗、咳嗽并有胸隐痛感并向颈部放射。经某医院检查，发现其右肺中野近肺门处，有1肿块阴影，似与大血管有关连；计波摄片示块影无主动及被动波，说明此与主动脉无关。曾先后用青霉素、氯霉素，四环素等药物治疗达1个月，后改用强的松、异烟肼、对氨基水杨酸钠及链霉素等抗结核治疗。痰结核菌检查20余次均属阴性。1963年7月突然咳咖啡色血痰，1天量约200毫升，内容物未检查；X线胸部摄片示右肺门肿块阴影已消失，在原处出现1大透亮区病灶，继续抗结核治疗。1967年12月因痰中带血而入院。查病人发育中等，营养尚好，血压120/70毫米汞柱，心肺无阳性体征；血沉24毫米/第1小时，血常规检查属正常范围；痰浓缩法找结核杆菌阴性；支气管造影，证明支气管无异常。1968年2月做剖胸探查，病理检查确诊为：①纵隔畸胎瘤；②右肺上叶前段陈旧性肺结核；③支气管扩张；④慢性肺组织炎症、肺组织纤维化；⑤肺组织内见到少量血吸虫卵(图15)。

评论：对患者右肺门处1半月状肿块阴影行计波摄片，排除了升主动脉瘤的可能；患者的症状、体征及胸片所示和抗结核治疗无效，痰结核菌检查20余次均为阴性等结果可以排除结核；支气管造影排除了支气管囊肿的可能。最后经剖胸探查，明确诊断为纵隔内畸胎瘤。

本例术前未能确诊的原因：主要是在侧位片中未能看到肿块阴影并进而肯定其部位；未做纵隔充气造影，以证明此肿块是在纵隔内；1963年7月咳大量咖啡色痰时，未能详细观察痰的内容物（有无头发等）。

患者右肺结核，业经抗结核治疗而痊愈。

病例 16 鳞 癌

患者男性，59岁，炊事员。1959年2月突然咯血10余口，肺部X线检查示右肺下野有片状阴影，经对症治疗，咯血止。同年5月，开始有咳嗽，并咳少量脓血痰，经对症治疗后有好转。同年9月间，经再度胸部摄片，诊断为肺结核，服异烟肼1个月。1960年2月，因受凉感冒，咳嗽增加，咳黄绿色脓性痰，并夹杂有血，右胸下部疼痛，如此反复多次。1961年4月，因咳脓血痰，被收住某医院，诊断为慢性肺脓疡，注射青霉素后症状好转而出院。1962年1月间，患者感到右肺下部突然剧烈疼痛，数天后咳出大量臭脓痰，量约400毫升左右，并夹杂有血，乃来我院求治。

体检：一般情况尚好；口有恶臭，周围表浅淋巴结不肿大，无杵状指；胸部两侧对称，右侧呼吸运动略受限；叩诊右下胸部浊音；在右下前胸部可听到细湿罗音；在右腋下区域有水震荡音，语颤亦减弱。左侧体征无异常。心及腹部无异常发现。

历年来X线胸片显示的情况：1959年2月，右下肺野横膈附近小片状模糊阴影；1960年2月，阴影略有扩大；1962年2月，右下片状阴影变成圆形空腔病灶，并有液平，侧位片该病灶似在下叶前基底段，同年10月，胸部摄片示圆形阴影较前更为扩大，内容物几乎充盈全部空腔，仅有空腔上部尚可见到少许气体，极象被感染的支气管囊肿，或泡性气肿混合感染。

肺穿刺得少量液体，细胞学检查证明为鳞状上皮细胞癌（图16）。

评论：据患者症状、反复发作并持续4年之病程、早期X线胸片所示以及青霉素治疗有效等，诊断其患慢性肺脓疡是完全合理的。该病灶形成空腔，中有液平后，经X线胸片显示，系为原有病灶扩大所致，故肺大泡、支气管囊肿继发感染的可能性较少。孤立的下肺叶基底部结核亦属少见，且痰结核菌检查一贯阴性，经抗结核治疗亦无效果，故肺结核可以排除。最后，经胸壁穿刺在脓腔内抽得少量内容物，经细胞学检查证实为鳞状上皮细胞癌。因此，须考虑原诊断之慢性肺脓疡有脓腔形成，因长期的慢性刺激，使得空洞壁单独或和其相通的引流支气管一并发生癌性变之可能性。癌性空洞的内壁较厚，有时凹凸不平，而本例缺少此征象，此点应特别注意。

病例 17 肺结核和肺癌

患者男性，58岁，教员。患肺结核已有20余年之久。不规则抗结核治疗，共用过链霉素100克以上，口服对氨基水杨酸钠2年，断续口服异烟肼4年余。临床症状：一般情况尚好，略消瘦；慢性咳嗽，近年来增加并咳脓性痰；不发热，易疲劳，经常反复咯血。体检：心脏听诊无杂音；两肺听诊，呼吸音粗糙，偶闻湿性罗音。患者1955年10月的X线胸片示：两肺纤维增殖干酪病灶，病灶播散比较广泛，左肺上部有轻度萎缩现象，纵隔、大气管及心脏向左移位，左肺下野有肺气肿。1956年1月，患者胸片示右肺中部近肺门处出现 2.0×2.0 厘米直径圆形阴影1处，阴