

疑难病例 临床 线手术 病理分析

许有生 主编

四川科学技术出版社



疑难病例临床 X 线手术病理分析

✎

审 阅 关恩惠

主 编 许有生

副主编 姜兆侯 周康荣 李森华 许存森

四川科学技术出版社

1992 年·成都

(川) 新登字 004 号

特邀编辑: 徐黎明 韩 川 史兰英

责任编辑: 康利华

封面设计: 曹辉禄

技术设计: 兰 草

责任校对: 明 烨

疑难病例临床 X 线手术病理分析

许有生 主编

四川科学技术出版社出版发行 (成都盐道街三号)

四川省卫生管理干部学院印刷厂印刷

开本 787×1092 毫米 1/32 印张 6.5 插页 22 字数 148 千

1992 年 9 月第一版 1992 年 9 月第一次印刷 印数 1—2600 册

ISBN 7-5364-2088-9/R·307

定价: 7.00 元

努力提高对临床疑难
病例的诊断水平

为《疑难病例临床与病理
分析》所作

湯 鈞
九·八·四

编写者名单

(以姓氏笔划为序)

马强华	王伯胤	方春富	文学良	王土兴	张汉良
张炳鑫	张彩英	张伟强	冯国灿	许 健	许月珍
许存森	许有生	许竞雄	朱苗进	李森华	陈培友
陈根生	陈家林	杜会富	宋惠珍	沈纪林	杨其根
吴金兴	吴景凯	吴静远	周怀琪	周康荣	姜兆侯
康月兰	徐宏庆	黄锡仁	詹嘉树		

序

由许有生副主任医师主编，吴恩惠教授审阅的《疑难病例临床X线手术病理分析》一书是一本较好的理论与实践紧密联系的医师参考书。作者选择了日常工作中亲自经手的难以确诊的误诊病例，采用与手术及病理学检查对照研究的方法，以病人的主诉为题，以病例摘要、诊断分析、手术及病理学所见、讨论为顺序，加以叙述，符合实际工作和认识事物的过程。书中介绍了如何面对每一个具体病例的错综复杂的情况进行诊断分析，并通过与手术及病理学对照，最后证实原先的诊断分析是错误的，从而进一步复习文献，结合自己病例的实际情况，找出误诊原因，总结出教训和经验，把认识提高一步，丰富了现有的影像学知识。所以本书知识性、科学性强，具有很高的学术价值，并且读起来很有趣味性，有“一看到底”的吸引力。本书适合于临床医师和放射科医师参考，特别是对年轻医师，有助于提高分析和解决实际问题的能力。在此愿向广大读者推荐。

邹 仲

1990年3月



前 言

至今，教科书和大多数专业参考书都是一个疾病一个疾病地进行叙述。X线鉴别诊断书是以一个X线征象着手，分别列出几个、十几个乃至几十个疾病的诊断要点，供读者参考。而在实际工作中，病人是带着主诉来就诊的。医师还要对病人进行各种检查，包括X线检查。同一疾病，不同病人有不同表现；而不同疾病也可有相同表现，真所谓病情千变万化，这就是临床医学的特点。对一个医生来说，如何根据每一个病人的具体错综复杂的情况，进行综合分析、推理判断是至关重要的，这就要求医生要灵活运用现有的医学知识。认识来源于实践，一个好的医生必须参加临床实践工作。反过来只有理解了的东西，才能深刻地认识它。如果一个医生盲目地实践，不进行总结，不从理论上进行深化提高，往往要把错误的东西当作正确的，而犯狭隘的经验主义错误。有鉴于此，作者选择在临床工作中亲自经手的难以确诊的误诊病例，以主诉为题，以病历摘要、诊断分析、手术及病理学检查、讨论为顺序加以叙述。这符合实际工作中认识事物的过程。一方面介绍如何根据每一个病例的具体情况进行分析；另一方面，选择的都是一些难以确诊的误诊病例，虽然作者最初的诊断分析似乎合乎情理，但通过与手术及病理学所见

对照,却发现原先的诊断分析是错误的。吃一堑,长一智,通过文献复习和对具体病例的进一步探讨,把认识提高一步,从而丰富了现有的影像学知识。

本书与其他的临床X线病理讨论也有不同。后者是几个医生发言,手术及病理学所见常常是证实其中一个医生的发言是正确的或比较正确的。而本书作者以第一人称的口吻来叙述,介绍自己的认识过程、最后的手术及病理学所见。所以本书融知识性和趣味性为一体。本书若能对读者诊断水平的提高有所帮助,那将是对作者的最大鼓舞。

作者很荣幸地邀请到天津医学院放射学教授、中华医学会放射学会常务委员、北美放射学会荣誉会员吴恩惠教授担任本书的审阅者。吴教授在百忙中挤出时间,对本书作了全面审阅,并提出了宝贵的修改意见,这无疑保证和提高了本书的质量。作者承蒙我国放射学界前辈、著名放射学专家、原中华放射学会副主任委员和上海市放射学会主任委员、现上海市第六人民医院专家委员会副主任委员邹仲教授为本书作序,还承蒙浙江省放射学会主任委员汤钧主任医师为本书题词,作者深受鼓舞。在此,作者对三位专家深表谢意。

在本书出版过程中,得到了徐黎明、韩川二位编辑同志的鼓励和支持,还得到了浙江省嘉兴市科委、嘉兴市卫生局、嘉兴市第一医院等单位的支持和帮助,也在此一并致谢。

由于作者水平有限,书中难免有错误之处,敬请专家们和广大读者批评指正。

许 有 生

1990年3月

目 录

胸透发现胸壁肿块 2 个月.....	(1)
咳嗽、左胸痛及胃纳稍减 4 个月	(4)
术前胸片发现右下肺阴影.....	(7)
右上腹肿块 1 个月,黑便 3 天.....	(10)
右小腿肿胀 3 年	(13)
腹泻 2 个月,腹痛 1 个月,加剧 3 天	(17)
右膝酸胀 38 年,关节畸形近 3 年	(21)
吸气时音调增高伴轻度胸痛 6 月	(25)
发热、胸痛、咳嗽伴痰血 10 余天.....	(29)
下腹部胀痛 13 个月,伴腹泻 3 个月	(35)
自幼活动后心悸、气促,偶发紫绀	(39)
右颈部肿块 2 年余	(43)
腹痛、腹泻 8 个月,发现腹部肿块近 1 月	(47)
左腋窝无痛性肿块 1 年	(50)
心悸、气急 10 年	(54)
发热、干咳 1 月余.....	(58)
自觉胸闷气短 1 年,短暂晕厥 3 次.....	(62)
胸透发现左胸肿块 15 天.....	(66)
排尿障碍 1 年,左臀部疼痛不适 3 周.....	(69)
腹胀 10 天,伴血尿 2 次,黑大便 1 次,呕吐数次	(73)
左肘部肿块逐渐增大 4 个月	(79)
颈部酸痛伴右上肢无力 3 周	(83)

发热、咳嗽、痰血 1 月余	(87)
左上腹胀痛 1 年	(93)
间歇性上腹隐痛 3 年,黑便 5 次.....	(97)
活动后心悸、气急 7 年,加重 6 个月.....	(101)
发现下腹部肿块 40 余年	(105)
上腹部疼痛 2 年.....	(108)
右臀部肿块进行性增大 8 个月.....	(112)
进食后恶心、呕吐 15 日.....	(118)
右下腹痛 10 余年,加剧 2 个月.....	(122)
咳嗽伴咯血 18 个月	(128)
左下腹肿块伴疼痛逐渐加重,发热、纳差 10 天	(135)
体检胸片发现右肺门下肿物.....	(141)
臀部肿物逐渐增大伴疼痛 2 年余.....	(144)
食道下段良性狭窄术后 4 年,再次吞咽困难	
2 个月	(147)
穿孔性腹膜炎后,高热、全身骨关节疼痛、鼻衄	(150)
反复右上腹痛 6 年,恶心、呕吐 2 日.....	(154)
左腋下胸痛 2 月余.....	(157)
上腹部间歇性隐痛 10 余年,持续性发作 1 周,	
伴血便.....	(162)
自觉左上腹有肿块伴左下腹痛 2 天.....	(166)
左上肢多发性结节逐渐增大 2 年,伴皮肤溃疡	
6 月余	(169)
体检发现右上纵隔肿物 4 个月,消瘦、乏力 1	
月余.....	(175)
劳累后乏力、气急 1 年	(181)

活动后心悸、气急 4 年,加剧近 1 月	(186)
右腰部持续胀痛 2 年,绞痛反复发作 4 个月	(190)
腰痛、乏力,偶有痰中带血 6 个月	(193)

胸透发现胸壁肿块 2 个月

病 历 摘 要

男，30 岁，于 2 个月前胸透偶尔发现右胸壁肿块，无自觉症状，拍片显示右侧第九后肋骨有囊状扩张性破坏而入院。查体：一般情况佳，周身淋巴结无增大，皮肤、巩膜无黄染。心、肺及腹部未发现异常。右侧腋中线第九肋部位可触及一 4.5cm×3cm×1.5cm 大小之肿物，边界尚清，压痛（+），无波动感，质韧，移动性差，局部皮肤色泽及皮温正常。实验室检查：白细胞 $7.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.67，淋巴细胞 0.30，单核细胞 0.01，嗜酸性细胞 0.02。尿本周氏蛋白（-）。血清总蛋白 81g/L，白蛋白 36g/L，球蛋白 45g/L，白

蛋白/球蛋白比例为 0.8 : 1。血清钙为 3.0mmol/L，血清磷 1.0mmol/L，血清碱性磷酸酶 6 单位（金氏）。骨髓检查：反应性浆细胞增多。X 线检查：右侧第九后肋可见局限性囊状破坏，膨胀明显而呈卵圆形约 4.7cm×8cm 大小，呈密度不均匀的毛玻璃状，无骨性间隔（可见肺纹理重迭）及钙化，其内侧虽无骨包壳，边界仍清楚，外侧残存菲薄骨包壳，其他肋骨未见异常（图 1）。颅骨、脊柱及骨盆未见骨质稀疏及破坏。

诊 断 分 析

患者为中年男性，一般情况良好，除肋骨有肿块及轻度压痛外无其他自觉不适。X 线片见单一肋骨呈囊状扩张性破坏，其横径为正常肋骨的 3 倍，仍可见到残存的骨包壳，边界清，未见骨膜反应及软组织肿块。实验室检查未见异常。这些临床及 X 线表现常见于良性骨肿瘤（包括肿瘤样病变），偶尔也可见于生长缓慢或恶性度低的骨肿瘤。在临床上骨巨细胞瘤相当常见，而且膨胀扩张明显，可有完整或不完整的骨包壳，无或仅有轻度的骨膜反应或硬化，与本病例有许多相似之处，因此，应首先考虑骨巨细胞瘤。动脉瘤样骨囊肿膨胀扩张也较明显，具有完整或不完整菲薄的骨包壳，与本病例也相似，是第二个要考虑的病变。此外，骨纤维异常增殖症较常发生于肋骨，也可无自觉症状而被偶然发现，其 X 线表现与本病例亦有相似之处，难以完全排除此患。

手术和病理检查

肿瘤表面血管丰富，有静脉怒张，未见包膜，与肋间肌及胸膜有粘连。肿瘤近体表一侧有极薄的骨壳残留，而近胸

腔一侧已完全破坏。剖开的肿瘤为实质性，里面组织为灰白色鱼肉样，质韧，无沙粒钙化感，无坏死、大片出血及囊性变。病理诊断（病理号 80—1295）：浆细胞骨髓瘤。

讨 论

多发性骨髓瘤为常见的原发性骨肿瘤，但单发者比较少见。我院^[1]先后收治 37 例，其中 2 例于确诊后 1 年内转为多发性，另 5 例术后随访 2~22 年未见复发，也未见发展成多发性，其预后较多发性骨髓瘤好，说明单发性骨髓瘤确实存在。本例术后 10 年仍健在。骨髓瘤好发于成人含红骨髓的骨，肋骨也是其中之一。常呈囊状膨胀性或气球状骨破坏，内含骨小梁状间隔或呈肥皂泡沫状表现^[2]。本例术前误诊原因主要是对单发性骨髓瘤的好发部位及 X 线表现认识不足。骨巨细胞瘤虽然常见，但好发于长骨，较少见于肋骨。如本院自 1953~1978 年间手术病理证实的骨巨细胞瘤 103 例没有一例发生于肋骨。骨纤维异常增殖症虽较常见于肋骨，但一般范围较大，膨胀扩张没有本例明显，而且很少破坏骨皮质。因此，有许多方面可与单发性骨髓瘤相鉴别。由于具有囊状膨胀性破坏的骨病种类较多，要想在术前一一加以排除并不十分容易，不过，在进行鉴别诊断时，应将单发性骨髓瘤考虑在内，最后诊断还得依靠病理检查。

参 考 文 献

1. 夏贤良等. 骨的孤立性浆细胞瘤. 中华骨科杂志 1983; 3: 211—213.
2. Edeiken J, et al. Roentgen Diagnosis of Diseases of Bone. 3rd ed Williams & Wilkins. Baltimore. USA, 1981; 330. (许存森)

咳嗽、左胸痛及胃纳稍减 4 个 月

病 历 摘 要

男，30 岁。于 4 个月前咳嗽，左侧胸痛至今未愈，每于挑担时加重。胃纳稍减，无发冷、发热。拍后前位胸片发现左侧第 5 后肋有病变而入院治疗。体检：一般情况良好，心、肺及腹部未见异常。左侧第 5 后肋处之背侧未见肿块或异常隆起，也无压痛。化验：肝功能正常。白细胞 $7.1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.66，淋巴细胞 0.26，单核细胞 0.03，酸性粒细胞 0.05。X 线检查：见左侧第 5 后肋有局限性囊状骨破坏，膨胀较明显而呈纺锤形， $3\text{cm} \times 8\text{cm}$ 大小，骨皮质变薄，破坏区呈非均匀性毛玻璃状伴少量致密斑点及粗细不等的骨性间隔，

构成大小不一的多房状。未见骨膜反应及软组织肿胀或肿块(图2)。

诊 断 分 析

本例患者一般情况良好,虽有胸痛但不严重,局部无红肿及压痛,化验室检查亦无异常。X线显示肋骨单发性囊状破坏,骨膨胀较明显,骨皮质变薄,无中断或破坏,内有骨性间隔,这些临床及X线表现均提示为良性骨肿瘤(包括肿瘤样病变)。由于破坏区内间隔较粗大并形成大小不等的分房,故首先考虑为软骨粘液样纤维瘤。破坏区局部呈毛玻璃状并有少量致密斑点,部分骨性间隔密度较高,也需考虑骨纤维异常增殖症。骨膨胀扩张较明显的病变,多由骨巨细胞瘤和动脉瘤样骨囊肿引起,因此,不能完全排除这两个疾病。

手术和病理检查

切除左侧第5肋骨,肿瘤为 $3.5\text{cm} \times 5.5\text{cm} \times 2\text{cm}$ 大小,骨表面不光滑,有骨缺损,肿瘤内有间隔,把空腔分隔成许多不规则的间隙,也有实性不规则灰白色物质及钙化点,破坏区内无液体。病理诊断(病理号85-3930):骨淋巴瘤瘤,部分区域纤维骨质增生修复。

讨 论

骨淋巴瘤相当罕见,它的组织学表现与皮肤及软组织的淋巴瘤相似。骨淋巴瘤可为良性或恶性,单发或多发,以后者为常见,可合并广泛软组织病变。好发于颅骨、扁平骨及长骨。发病年龄从3个月至55岁,但以青春期前或青春

期为多见，单发病变预后良好，但有多脏器受累时常导致乳糜胸并可死亡^[1]。X 线最常表现为骨内多发性散在性小囊状骨破坏，从 1~2mm 至数厘米大小，小破坏区边界不清，大破坏区常有边缘硬化；发生于骨髓腔内的病变可引起骨的膨胀扩张及肥皂泡沫状改变，骨皮质变薄，并可出现放射状骨膜反应；有的可引起骨内膜增生及骨髓腔闭塞^[1,2]。本例是发生于骨内的淋巴管瘤，呈囊状膨胀性骨破坏，内有较粗的骨性间隔，与许多良性骨肿瘤表现相似，因此，诊断它是良性骨肿瘤并不困难，但要在术前确定它是骨淋巴管瘤则很难，因为它实在太少见了。在进行良性骨肿瘤的鉴别诊断时应该想到它，由于我们对它认识不足，在术前未曾考虑到这个病。如果在术前怀疑为骨淋巴管瘤，可进行淋巴管造影，造影后 24~28 小时，往往可见造影剂充盈骨破坏区和较长时间的滞留，对确诊骨淋巴管瘤有较大价值。

参 考 文 献

1. Edeiken J, et al. Roentgen Diagnosis of Diseases of Bone. 3rd ed. Williams & Wilkins. Baltimore. USA, 1981; 138—155.
2. 李景学等. 骨关节 X 线诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1982; 299—300.

(许存森)