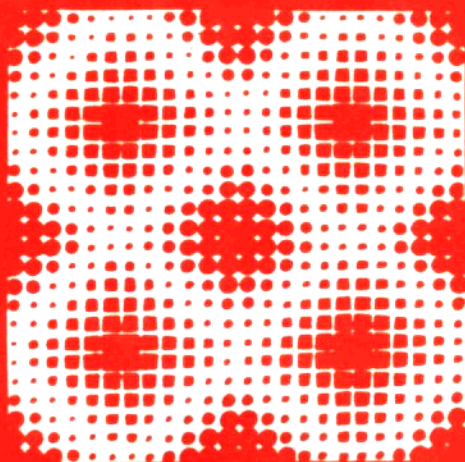


SHAOJIANBINGYINGXIANGZHENDUAN

少见病影像诊断

秦秀云 主编



济南出版社

少见病影像诊断

主编

秦秀云

副主编

康永军 孔繁农 马玉香

于国放 李 群 李春敏

编委(以姓氏笔划为序)

于国放	马玉香	马素贞	孔繁农	王 锐	王兆信
王晓燕	孙金芳	曲风声	巩若箴	吕京光	李 群
李年令	李春卫	李春敏	李继福	李善春	李慧中
时季成	张才擎	张裕华	邱询花	尚延海	武乐斌
金讯波	柳 澄	秦秀云	康永军	梁志延	郭爱华

编者(以姓氏笔划为序)

丁红宇	于 杰	于国放	于洪存	马玉香	马庆铮
马素贞	孔华富	孔繁农	王 平	王 锐	王兆信
王怀娥	王秀珍	王志刚	王晓岩	王晓燕	王建国
王爱华	王道庆	左 剑	包俊杰	田德贵	孙文英
孙金芳	刘 强	刘祥瑞	巩若箴	牟敦孟	吕京光
李 锋	李 群	李大鹏	李目英	李年令	李春卫
李红旗	李春敏	李继福	李晓光	李善春	李慧中
苏安保	苏继来	沈 迎	张才擎	张裕华	张光洲
张培义	庞 涛	庞曰明	邹清旭	邱询花	尚延海
武乐斌	林祥涛	周立容	金讯波	赵培清	柳 澄
侯家声	胡新生	姚炳乾	唐 军	秦秀云	徐卓东
高玉芬	高 明	贾洪升	郭爱华	郭道芳	唐永军
梁志延	崔利民	崔爱意	韩孝勉	董 波	蒋建华
潘其兴	滕建波	滕树春			

其他参编者(以姓氏笔划为序)

王庆良	王济平	王宝珍	王新怡	冯金泽	刘 裕
刘春雨	许如秀	李彩霞	李在贞	李艳萍	张绪红
林雨琴	贾 涛	郭文彬	谢印法	鲁绪敏	

序

疾病的影像诊断是一种常用而又重要的方法。一般常见病因其发病率较高,影像诊断医师及临床医师是比较熟悉的,然而对于“少见病”,因其发病率较低,故较陌生。本书介绍的少见病是与常见病相对而言的,因为受民族、地区及发病部位等因素的影响,其发病率也可较低,在影像诊断中见到的较少,故影像诊断困难,在诊断该类疾病时应慎重。本书将“少见病”荟集成册,供影像诊断医师及临床医师诊断时参考,使患者得到早期诊断,及时治疗。

秦秀云主任医师毕业于山东医学院,从60年代开始一直在山东省立医院从事影像诊断工作。在日常影像诊断工作中认真细致,善于钻研,勤于总结,并注意少见病例的随访及影像资料的积累。为对少见病的影像诊断提供参考,故携同道们撰写《少见病影像诊断》一书。

《少见病影像诊断》涉及了各种影像学检查,如X线、B型超声、多普勒、CT、MRI、DSA及近红外线等方法,并参考国内外文献,进行分析、充实、完善其影像诊断。同时对各种影像检查作出了评价。对较困难或易混淆的疾病进行了鉴别诊断。

为了加深理解,各种病均附有典型病例及部分照片,使读者对这些少见病从发病机理到影像诊断,都有较全面的认识。

本书精选了168种少见病,照片近300幅,形式新颖,内容充实全面,文字流畅,照片清晰,文图并茂,易于学习,便于实用。因此该书对从事影像诊断的医师、影像学专业师生及临床医师,实为有价值的参考书。

湯浩



图 1[1]B 超检查:于胸骨左缘第二肋间,见一大小为 6.4×5.2 cm 囊实性肿块,形态规则,边界清楚,内回声不均质,可见 3 个强光团,大者为 2.1×1.9 cm。有 2 个强光团后方衰减,肿块包膜完整,内见不规则液性暗区。

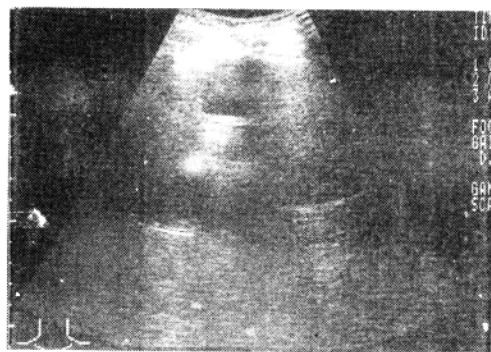


图 2[1]图片说明:心脏右前方见一椭圆形肿块,大小约 3.1×4.2 cm,边界清楚,其内外侧见光点回声,肿块后方回声增强。肿块与心包相邻。

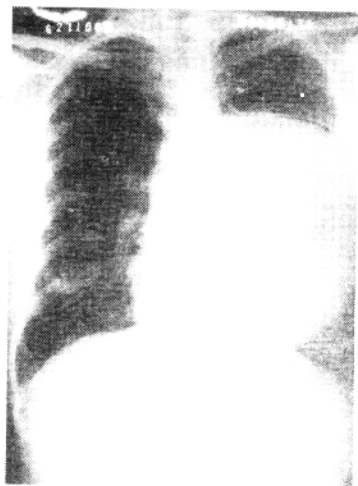


图 3[1]胸部正位片:左胸部可见约 18×17 cm 圆形密度增高肿块,边缘清晰,其内密度均匀。



图 3[2]胸部侧位片:肿块位于后下纵膈。

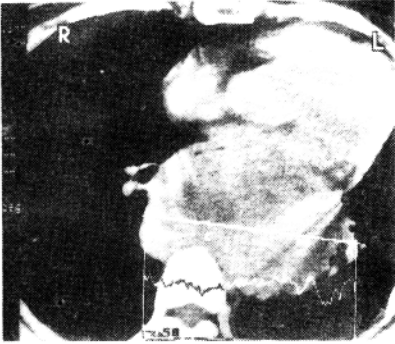


图 4[3]胸部 CT 平扫:
后下纵膈脊椎与心影之间偏左有 $9 \times 7 \times 6$ cm 软组织肿块,形态欠规则,其内密度欠均匀。在其右前方可见被推压的支气管和食管。



图 4[4]胸部 CT 平扫:
后下纵膈肿块,CT 值 $13.9 \sim 62.2$ Hu。降主动脉内缘不清,纵膈内未见肿大淋巴结。

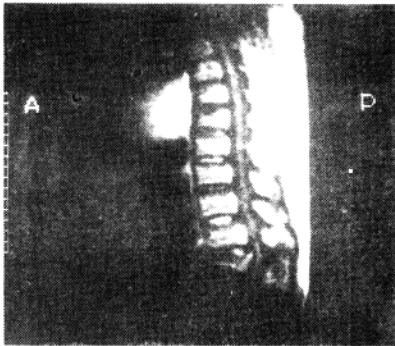


图 4[5]胸部矢状位 T_1 WI(250/40)后纵膈于脊椎前方示有 7×5 cm 肿块,呈略高信号。

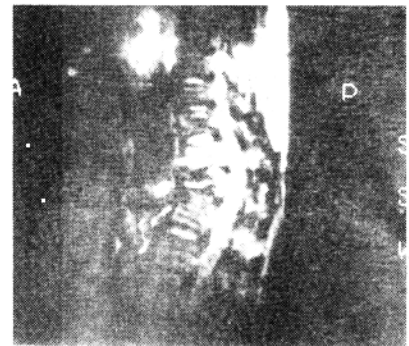


图 4[6]胸部矢状位 T_2 WI(800/60)脊椎前方肿块,呈高信号,其内密度欠均匀。

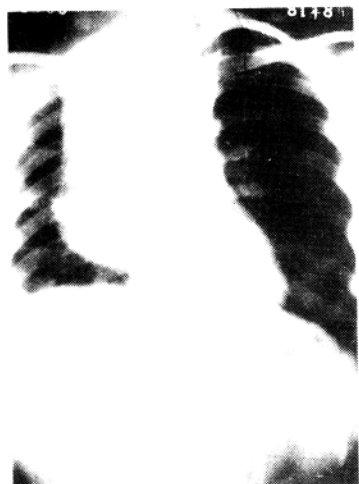


图 6[1] 正位示右纵隔见一约 6×15cm 大小肿块, 边缘不规则, 呈分叶状, 密度低而不均匀。

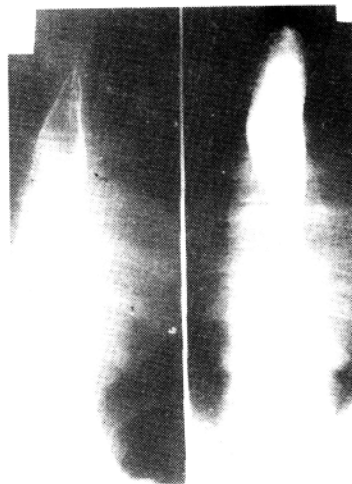


图 7[1]: 食管钡餐造影, 见食管下段右前壁受压、呈波浪状、管腔窄、粘膜完整。

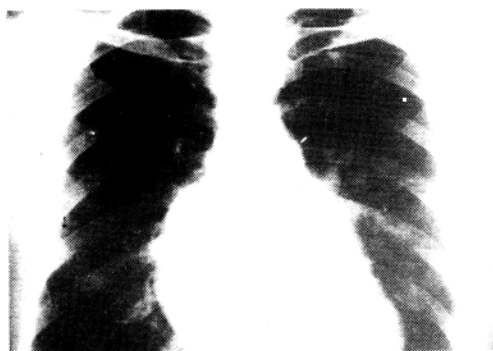


图 7[2]: 胸部后前位片, 中下纵隔肿块突向两侧肺野, 右突明显, 透过肿块可见部分右肺纹理。

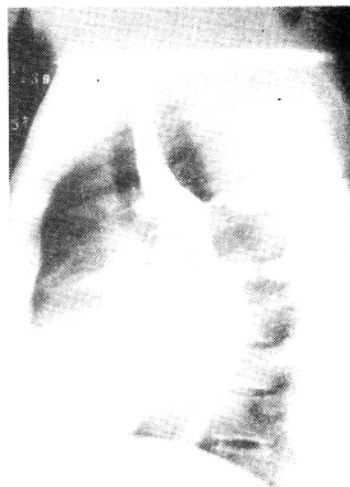


图 7[3]: 胸部左侧位片, 中后纵隔中下部肿块, 密度较低, 食管受压后移, 变扁, 管壁平滑。

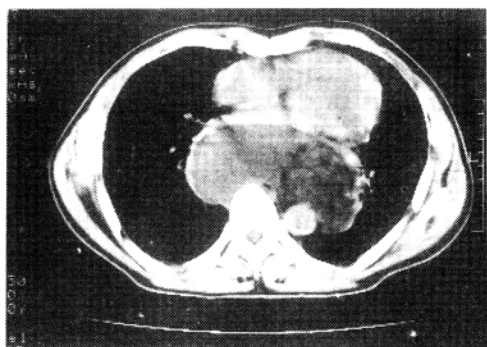


图7[4]:CT平扫,中后纵隔中下部低密度肿块,密度不均匀,可见包膜,瘤体内无钙化,肿块压迫食管及心脏。

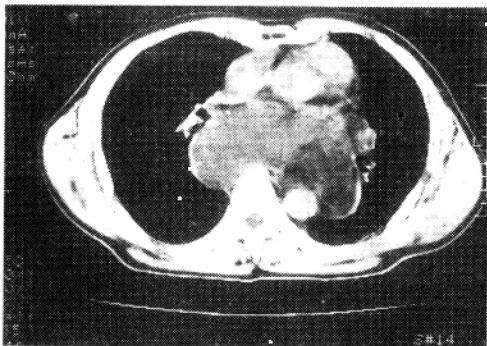


图7[5]:CT平扫(与图4同一病例,不同层面),肿块左前方局部边缘不整齐,外突,包膜不完整。

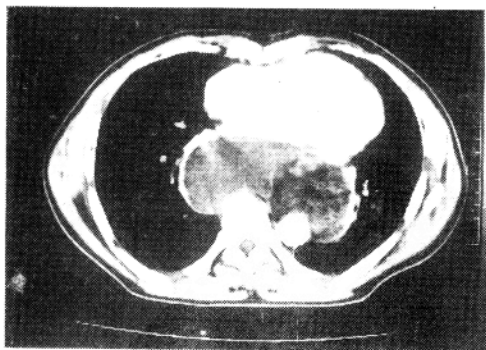


图7[6]:CT增强扫描(与图4同一层面),肿块的包膜明显强化,肿块内无明显强化。

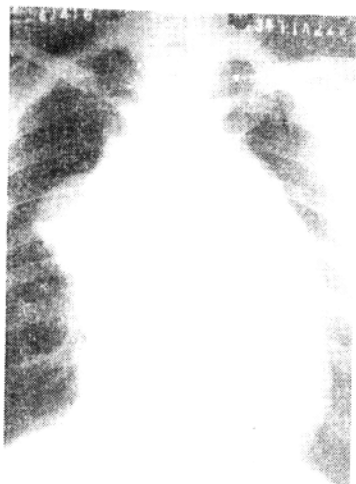


图 8[1]前纵隔卵黄囊瘤胸部正位片：显示纵膈影增宽，右侧纵膈有一大小 $14 \times 15\text{cm}$ 纵形块状阴影，边缘光滑，肿块内密度均匀。

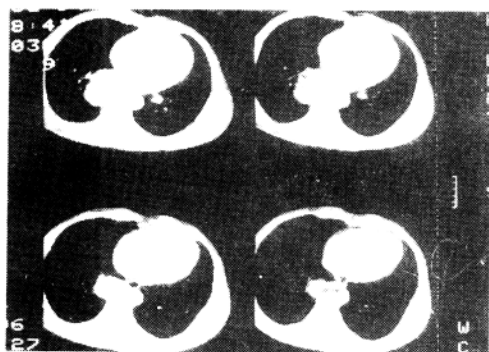


图 10[1]CT 扫描显示：
中后纵膈巨大囊性肿块，呈类圆形
边界清楚，右肺下叶支气管受压、外
移。

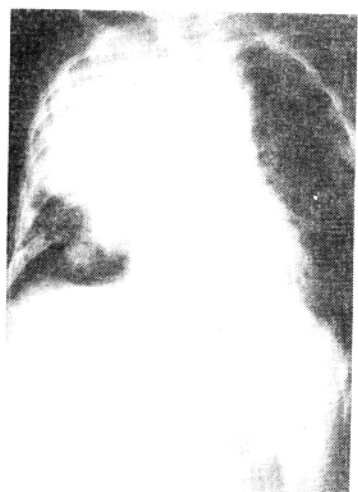


图 11[1]胸部正位片显示：右上纵膈有一 $7 \times 9\text{cm}$ 大小之圆形阴影，占据右侧胸之大部分，合并胸椎侧弯畸形及右下肺炎症。



图 14[1]胸部正位片：
胸廓欠对称，左下胸部示有 $15 \times 14\text{cm}$ 肿块，边缘清，密度均匀，其内无异常钙化。



图 14[2] 经皮左肺病灶穿刺, 抽出鲜红色血液 6ml 后, 注入 76% 泛影葡胺 15ml, 显示 $14 \times 12\text{cm}$ 巨大囊腔, 与心包腔不相通。



图 15[1] 胸部 X 线平片检查: 胸正位片示左中下肺野内带显示一约 $5 \times 6\text{cm}$ 大小的结节影, 边界清晰无毛刺, 有浅分叶, 密度均匀, 肺野无阻塞性改变, 肋膈角锐利, 双肺门规则, 未见外突阴影图。



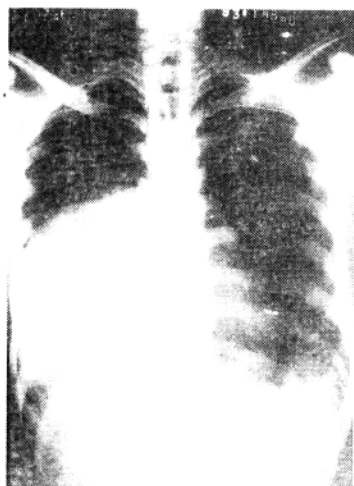
图 15[2] 胸部侧位片, 侧位片示肿块位于左后段靠近肺门处其内无空洞及钙化。其边缘略有分叶, 密度均匀。



图 16[1]胸部后前位片:右肺上叶呈扇形密实阴影,肺门区肿块影向外下突出致下缘呈倒“S”状。



图 16[2]胸部右侧位片:右肺上叶尖前段区肿块,约 14×13 cm 大小,密度均匀,边界清楚,有浅分叶征象。右肺上叶萎缩呈扇形。



肺母细胞瘤图片:

图 17[1]胸部正位片:右肺中下肺野示有 24×10 cm 类圆形肿块,其内密度均匀,边缘光正,心脏向左移位。



图 17[2]胸部侧位片:肿块自后胸壁向肺野突出,心脏向前移位。

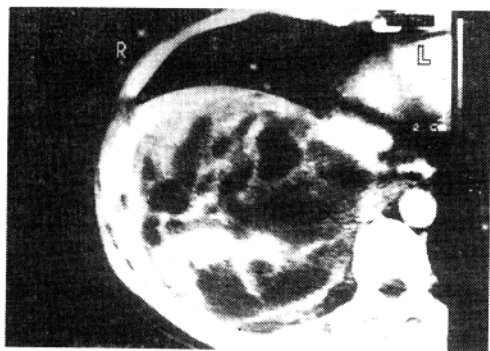


图 17[3]胸部 CT 扫描:
右肺中下肺野有 $98.1 \times 103 \times 124.3\text{mm}$ 类圆形肿块, 肿块内呈不规则蜂窝样囊、实性, 心脏向左前移位。

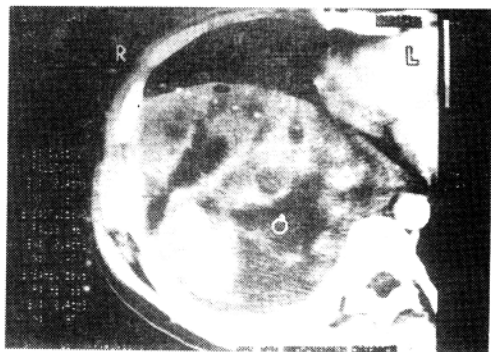


图 17[4]胸部 CT 扫描:
右肺中下肺野肿块, 其内呈囊、实性表现, 其囊区 CT 值为 16.3Hu , 实性区为 52Hu 。增强扫描实性区 CT 值为 104Hu , 囊性区不强化。



(图 18[1])肺动脉造影片:
造影后期见双肺多发斑片状阴影。



图 20[1]胸部正位片显示: 右上肺见大片状阴影, 密度均匀一致, 边界清晰, 占据整个上叶, 似大叶肺炎样改变, 下肺野可见斑片状阴影。

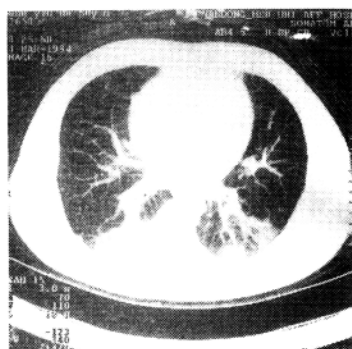


图 21[1]



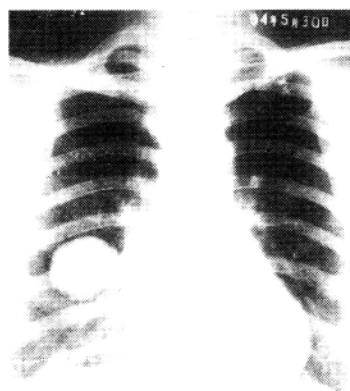
图 21[2]

肺泡蛋白沉积证CT表现:

图 21[1]两肺下叶背段,图 21[2]两肺下叶后、外基底段,均显示斑片状密度增高,以次级肺小叶实质内实变为主,部分小叶间隔增厚,次级肺小叶无明显扭曲变形,小叶中心结构模糊,小叶中央小支气管无扩张。

图 22[1]胸部 X 线正位片

右肺中野中带见一肿块,大小 $4.5 \times 5.0\text{cm}$ 呈类圆形,边缘光滑、锐利、清楚、略呈浅分叶,中央有大量散在的斑片状钙化灶似有融合。



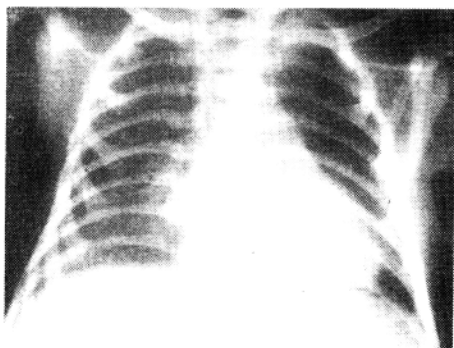


图 23[1]胸部正位片:

新生儿肺透明膜病照片说明

两肺内见有散在颗粒状及网状阴影,以两肺中下野为著,两肺野密度较高,并且有明显的支气管气相。心脏及膈顶边缘较模糊。

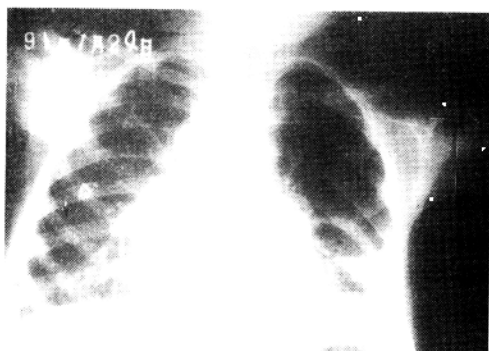


图 24[1]胸部正位片显示:

左肺下野心缘旁可见呈簇状聚集的多个囊腔,内有液平边缘较光滑。

图 24[2]侧位片:病变位于下叶后基底段,有多个囊腔内有液平。



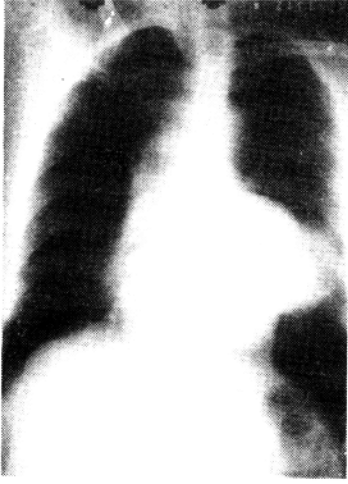


图 26[1]胸部后前位片示：
左心缘旁分叶状团块影密度均匀，
边缘锐利。



图 26[2]胸部侧位片示：
肿块位于下叶背段，其后缘与后胸
壁相连。



图 27[1]胸部 X 线正位片示：
左侧胸廓轻度塌陷，肋间隙变窄，左
中上肺野大片密实阴影，左侧膈顶
升高，左肋膈角变钝。



图 27[2]胸部 X 线侧位片示：
一巨大肿块影紧贴前胸壁，上下略
呈梭形，上达胸腔顶部，下达前肋膈
角。其后缘较光滑清晰呈半弧形。

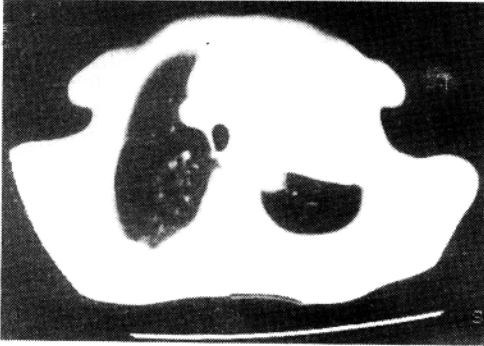


图 27[3]

图 27[3][4][5]CT 扫描片示:

自胸廓入口至膈肌连续扫描,左侧胸腔内截面约 $11 \times 7\text{cm}$ 大软组织肿块影,以广基底与左侧胸膜紧密相连,其密度均匀,边缘光滑。内缘与部分主动脉弓、降主动脉相贴,纵隔内未见肿大淋巴结。

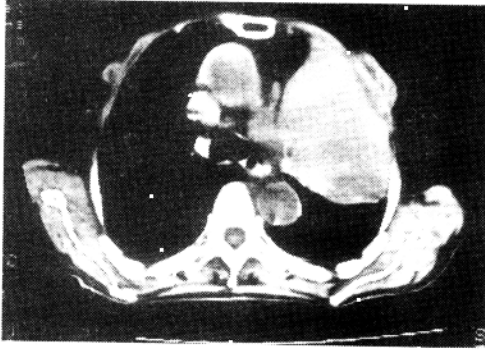


图 27[4]

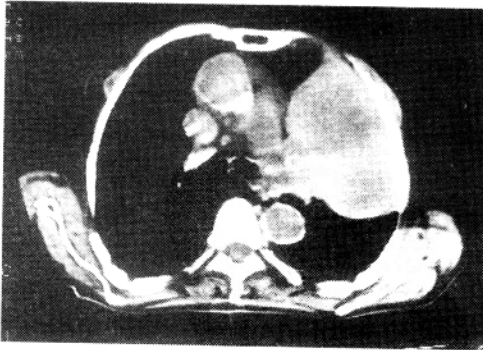


图 27[5]

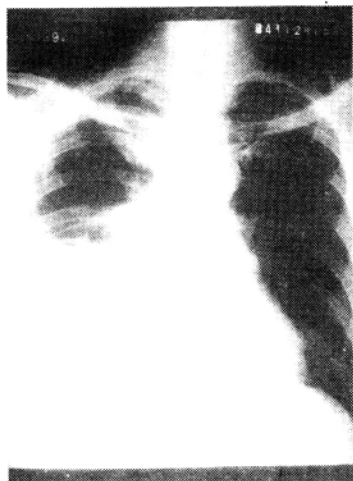


图 28[1]X 线正位胸片：
右肺中下部呈大片浓密阴影，上界呈弧形，自肺尖沿胸膜外侧壁向下可见凸凹不平的多个结节，右肺门处有核桃大小的肿块。



图 28[2]X 线侧位胸部断层片显示：
右肺门附近前纵隔胸膜处，多个块状影及结节状影。

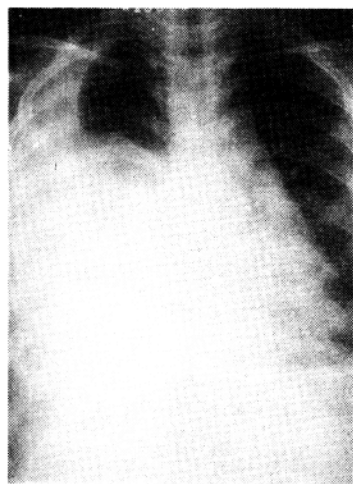


图 29[1]胸部后前位片：
右胸大量积液，右中下野大片致密影，其上界内中带呈弧面向上凸起。



图 29[2]CT 平扫：
右侧胸腔大量积液，纵隔增宽，血管前间隙内呈液体密度，与右侧胸腔积液之间无明显分界，大血管向后移位。