

施子陆 / 编著
潘纪成 / 审定

胸部肿块或

结节的



线 诊 断

[R]

浙江
科学技术出版社

序

在Roentgen发现X线不久, John McIntyre就在Lancet杂志上发表了第1例胸部X线检查的报告。从此,胸部放射学就已注定将成为医学中的一项重要的组成部分,过去的百年沧桑已经充分证实了这点。这不仅因为胸部存在的天然对比极大地方便了以密度和对比度为基础的放射学检查的缘故,还在于自工业革命以来,胸部疾病在人类疾病中的发生率急速升高,而其中多数疾病的诊断均需借助放射学检查有关。

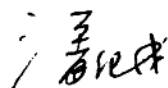
要提高胸部放射学的诊断水平,除了努力实践,做好日常工作外,多读书,读好书,充实理论知识也是必不可少的。目前有关放射学的书籍不少,但大多是从病理、临床到放射诊断来叙述各种疾病,这种书系统性强,对初学者的帮助最大;放射学参考书籍也可从各种征象出发,探讨其可能的病理基础,从而提出疾病的放射诊断和鉴别诊断。例如在胸部放射学中就可从肿块(结节)、实变、囊肿、磨玻璃影、低密度影……等各种表现进行横向的联系和分析比较,遗憾的是这方面的书还不太多,而后者却是已有一定经验的实际工作者很需要的。有鉴于此,湖南省肿瘤医院放射科施子廷主任及时撰写了本书,给我们减少了一些这方面的遗憾。这类书籍之所以不多见的原因,我想这除了可能和可供参考用的蓝本较少、给写作带来了一定的困难外,更主要的原因可能还在于它要求作者除了要有深厚的理论基础外,还要有丰富的实践经验、拥有大量的病例资料有关。施大夫长期工作在临床实践的第一线上,经手诊断和处理的病例何止万千,本书虽然仅涉及胸部放射学中的一种征象——肿块(结节),但书内却提供了百例以上的胸部各个组织和器官常见和少见的病例,而且绝大多数都有手术病理结果,少数未做手术者也有充分的临床资料可作出最后诊断,可见其占有资料的丰厚,由他来编写本书是很适合的。

断面成像技术的发展和普及,给我们带来的负面影响之一是:有意、无意之间忽视了对常规技术的提高和钻研,这种观念不仅对年轻人有误导作用,而且在实际工作中的危害性很大。就胸部放射学而言,胸片仍是最常用的一线工具,有关病人的大量信息仍来自这种二维的影像手段,对于多数胸片完全正常的病人来说,常不再需要作进一步的其他影像学检查了;而且,我们对三维的断面成像上的解释和经验又大部分是取自对常规胸片诊断的经验,显然,没有胸片的基础是做不好CT、MRI诊断的。从上述观点出发,本书大部分的实例是以胸片为主,这也是符合我国当前广大基层单位工作人员的要求的。当然胸片在诊断上的限度也是明显的,不少病例需要用CT或MRI进一步确诊,本书不少

病例都辅以CT，以求对胸片的表现作更好的解释，这是很有必要的。

本书的另一特点是编写手法较新颖，先列出图片和简要的临床资料，请读者自己思考和诊断，再由作者公布结果并加以讨论、分析，其中有作者成功的经验，更有他失败的教训。此时，读者可把自己对该例诊断的成败加以总结，作出自我评价，相信这对提高读者的诊断水平是会有帮助的。从本书病例的编排中可以看出作者是有意识地把胸部各部位和各种表现的病例加以混合后刊出，以增加读者的独立思考机会，而在本书的第三部分中则又把各部位中的各种表现做了系统的总结，以使读者对之有较完整的理论认识和提高，这种匠心独具的编写方法是符合影像诊断学的工作和学习规律的，是会受到读者欢迎的。

本书仅包括了胸部放射学中的一种基本征象，希望作者和其他有志者今后能将胸部影像学中的其他基本征象陆续总结成文问世，则读者幸甚。是为序。



2002年5月于北京

目
录

引言.....	(1)
一 100例临床X线摘要.....	(1)
二 诊断和讨论.....	(108)
三 X线征象归类分析.....	(175)
1 胸部含脂肪性肿块或结节.....	(175)
2 胸部含钙化肿块或结节.....	(177)
3 CT上的纵隔低密度肿块.....	(180)
4 胸片上的食管源性肿块.....	(181)
5 跨颈胸部肿块.....	(183)
6 肺胸腔内实性结节.....	(185)
7 有含气支气管相的肺孤立结节.....	(186)
8 气管或主支气管腔内结节.....	(188)
9 类似胸内结节的胸壁病变.....	(190)
10 膈面局限性膨隆肿块.....	(192)
11 孤立肺结节.....	(194)
12 多发肺结节.....	(197)

13 胸膜病变成像.....	(199)
14 胸片上类似肿瘤的先天性病变.....	(202)
[附录1] 参考文献.....	(206)
[附录2] 诊断索引.....	(215)
后记	

一 100 例临床 X 线摘要

[例 1] 右心膈角区肿块

女性，47 岁。咳嗽、纳差 20 多天。平日健康，既往史无特殊。胸片发现右中叶肿块。

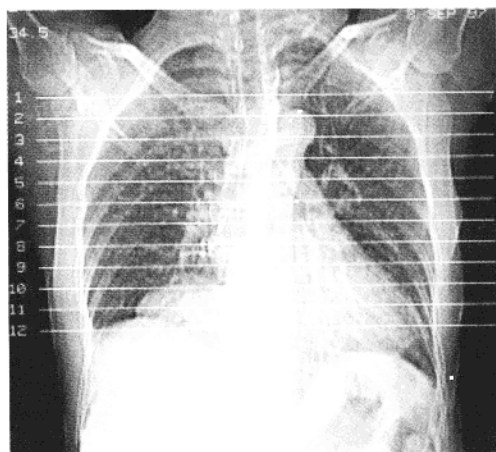


图 001



图 002

胸定位片 右心膈角范围见一软组织肿块，边缘光滑，约 5cm × 6cm，右心缘轮廓消失，右半膈轮廓清楚可见。

胸部增强CT(CT⁺) 右肺底部层面紧邻下腔静脉外侧，有一肿块约 3cm × 4cm × 5cm，边缘光滑，肉眼观察肿块近似心腔密度（未测 CT 值），内含气支气管相。肿块后方见一薄壁含气肺囊肿 1cm × 2cm 大小，余肺清晰，纵隔结构正常，邻近之右心缘脂肪间隙可辨。

(诊断和讨论见 108 页)

[例2] 胸部巨大肿块

女性，45岁。咳嗽、咳黄色浓痰1年余，无畏寒发热，无盗汗，不胸痛，无痰带血。曾抗炎治疗，症状无明显缓解。近1个月来感到右胸背胀痛，活动后气促。体查T 36.5℃，P: 80次/min，R: 20次/min，除听诊右胸呼吸音减低外，未发现其他异常。既往史无特殊。

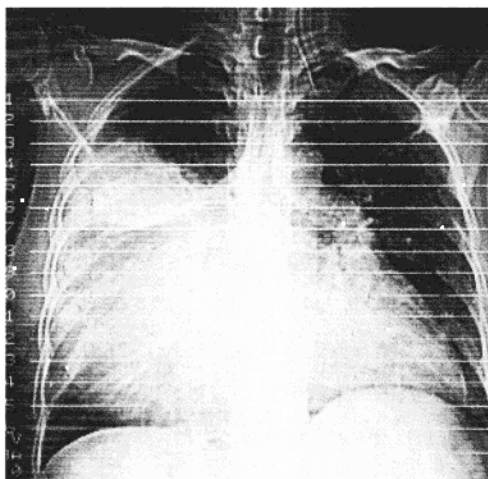


图 003

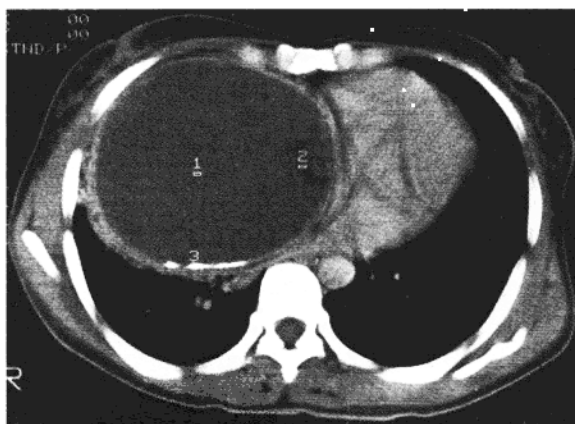


图 004

胸定位片 右胸中下部巨大肿块，约12cm × 16cm，与纵隔密接，外侧接近胸壁，上界平第二前肋，下达膈肌。右半膈轮廓可见，右肋膈角清晰。通过病变隐约可见右肺门血管及其肺内分支。心纵隔略左移。

胸部CT^{+C} 右前纵隔巨大囊性肿块，密度不均，CT值肿块内部为

-19HU，7HU，壁为66HU，后部局部为453HU，囊壁较厚。囊性肿块后方可见压迫性肺不张。上腔静脉、右房受压。

(诊断和讨论见 109 页)

[例3] 含液平面前纵隔肿块并局限性肺炎

男性，26岁。胸痛1年余，血痰1月，近日剧咳。连续12次验痰未发现癌细胞。气管镜刷片结果，怀疑分化差鳞癌。

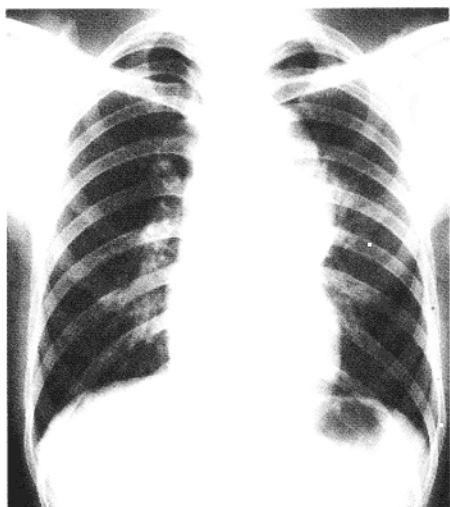


图 005

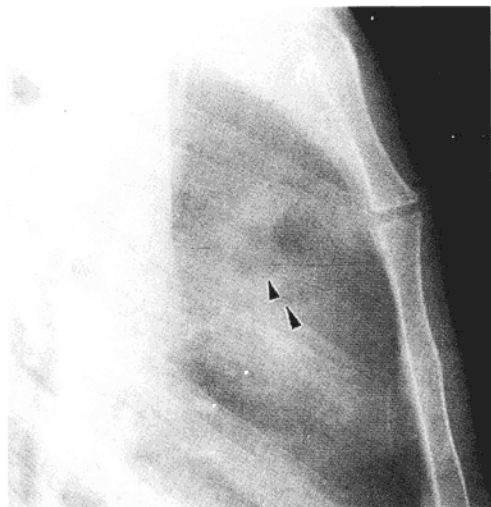


图 006

胸片 左胸上部分叶形肿块，约5cm × 9cm，边缘光滑，肿块上部有多个不规则透光区。侧位片肿块占据胸骨后间隙，病变内可见4个短小液平面。正位片肿块旁局限性肺炎。

(诊断和讨论见 109 页)

[例4] 孤立肺结节、血痰

男性，58岁。8个月前无诱因出现咳嗽、咯痰、气促，晨起痰中带血，量不多，血痰持续20天。无胸痛、发热。曾做胸部CT，发现左肺结节。经抗炎治疗症状好转，但左肺结节不见缩小。既往有高血压、糖尿病史。胸部理学检查和支气管内镜均未发现异常。



图 007



图 008

胸片 左下肺与第4前肋重叠单个分叶形结节，长径约3cm，边缘模糊，疑肺癌。

胸部CT 直接增强肺窗像，左下叶背段胸膜下单个肺结节，长径2cm，结节边缘锯齿状，内含低密度坏死区。纵隔窗像局部胸膜受累范围大于肺结节，胸膜外脂肪层增厚。



图 009

(诊断和讨论见110页)

[例5] 男性青年前纵隔实体肿块

男性，21岁。胸痛1月。胸片发现前上纵隔肿块。化验血清人类绒毛膜性腺激素(++)。

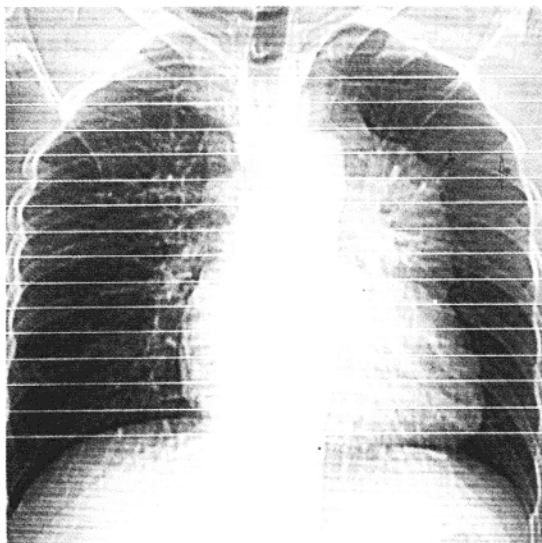


图 010

胸定位片 上胸部
肿块4cm × 8.2cm，突
向左侧，纵隔胸膜掀
起，肺门重叠征(+)，降
胸主动脉外缘轮廓可
见，提示前纵隔病变。
病变内部未见透光区和
钙化。

胸部CT 前纵隔
块边缘光滑，CT值44
HU，肿块内有小片状低
密度区。CT值3HU。

(诊断和讨论见 110 页)

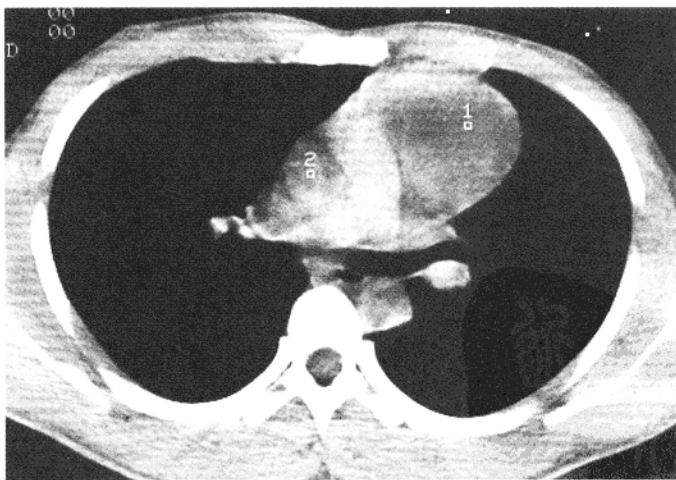


图 011

[例6] 左膈面局限性膨隆肿块

男，43岁。因舌根部囊肿住院，术前体查发现左下胸肿块，无呼吸道症状。



图 012

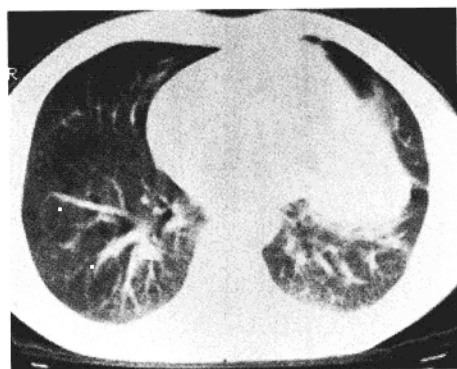


图 013

左下胸断层片 左半膈内中2/3段局限性膨隆肿块，部分与心影重叠，边缘光滑，宽基底向腹腔，局部膈轮廓线中断。左半膈显示上、下双膈轮廓线，其间有似气腹的透光带，充气胃底在下位膈轮廓线下方。

胸部CT 左心缘旁低密度肿块4.5cm × 6.0cm × 7.2cm，CT值为-60~-108HU，强光灯下肿块内可见细条状血管影。外缘数个致密尖角状突起。术前CT拟诊心缘脂肪垫。

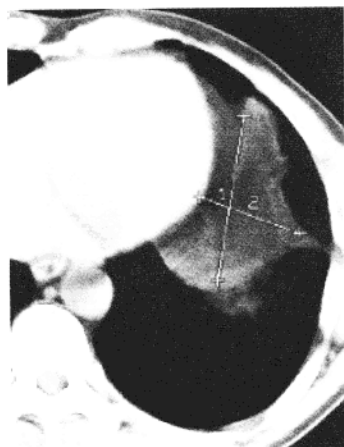


图 014

(诊断和讨论见 111 页)

[例 7] 后下胸肿块

女性，28 岁。一年来感左肋腹部隐痛，不放射。近日因感冒就诊，胸片发现左下胸肿块。

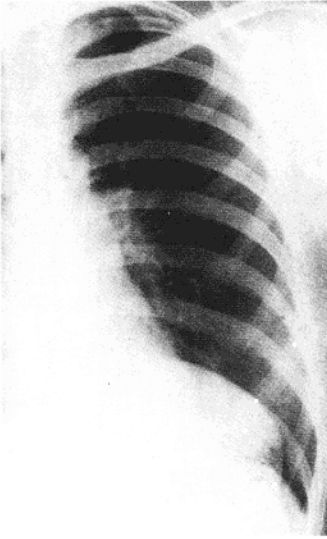


图 015

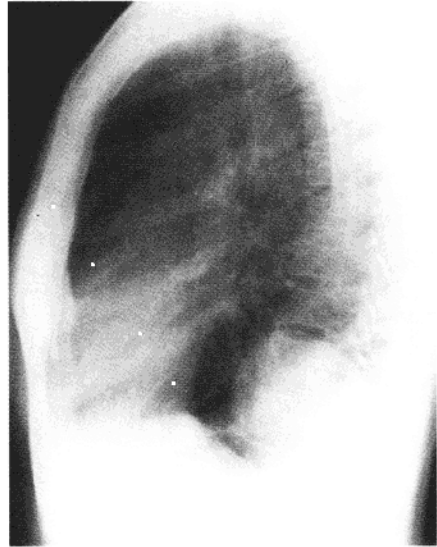


图 016

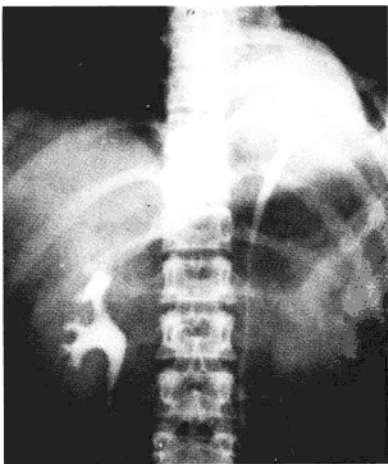


图 017

胸片 左心膈区卵圆形肿块，5cm × 9cm，部分被心影掩盖，侧位占据后肋膈角区与脊椎重叠。边缘光滑，密度均匀。断层片示肿块宽基底对向膈肌。左侧胸椎旁线和降段胸主动脉外缘可见。透视肿块与膈不能分开，膈活动良好。

(诊断和讨论见 111 页)

[例8] 后纵隔肿块伴皮肤多发结节

女性，53岁。右胸痛放射至右肩3个月。已往体健，12岁时发现脊椎侧后弯，20岁时发现皮赘数量渐增，并有多处皮肤棕黑色斑。

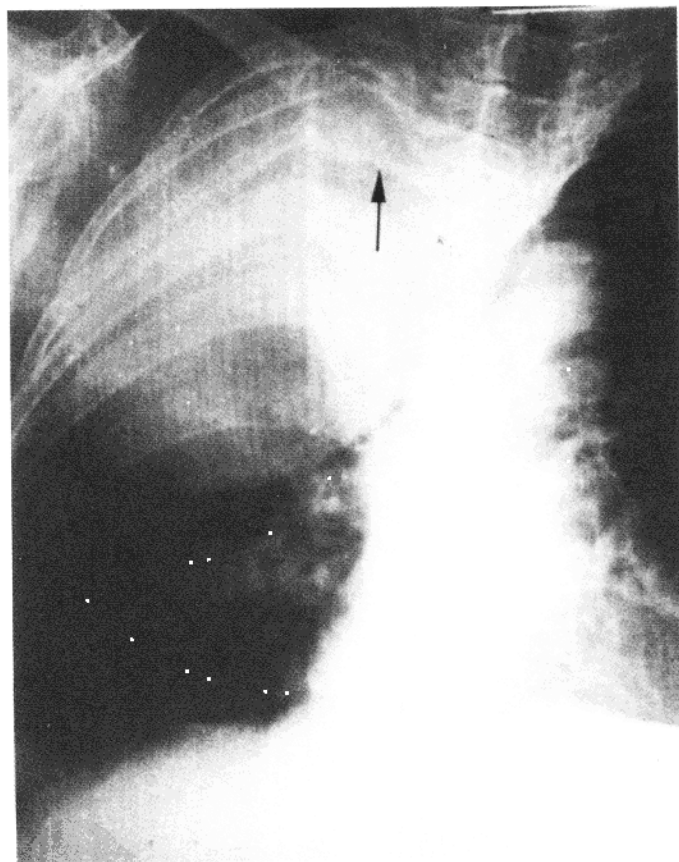


图 018

胸片 右后上纵隔椭圆形肿物，约8cm × 12cm，边缘光滑，密度均匀。与肿物重叠之右第4肋后段变细，骨皮质不规则硬化。肿块部位胸椎右侧突，第4～第6胸椎体右缘弧形骨缺损，第3～第4椎间孔扩大。

钡餐 食管行程远离胸椎。

(诊断和讨论见 112 页)

[例9] 中纵隔肿块、边缘光滑

男性，27岁。胸背痛半年，无其他不适。心、肺、腹部理学检查未发现异常。锁骨上区未触及肿大淋巴结。

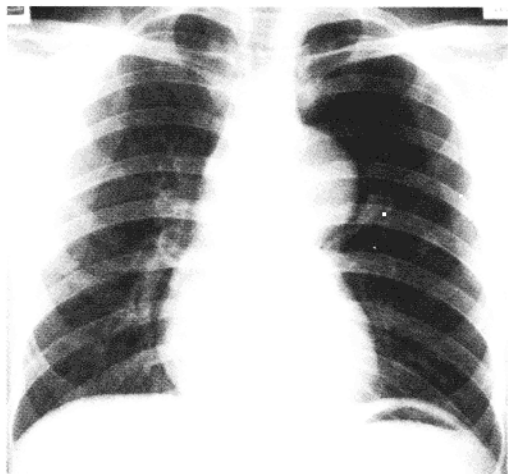


图 019

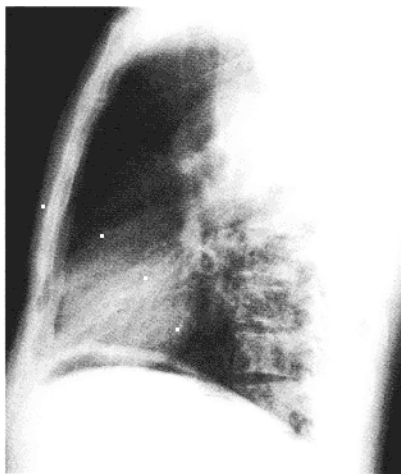


图 020

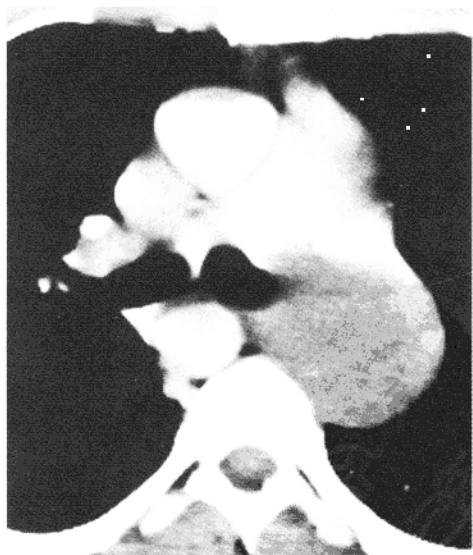


图 021

胸片 左肺门平面肿块， $3.0\text{cm} \times 6.5\text{cm}$ ，密度低于心血管影，外缘光滑，宽基底对向纵隔。侧位肿块位于中后纵隔，远离椎旁沟区。胸下段气管右移。左肺门影小，左上肺透光度增加。

胸部CT 胸主动脉弓顶平面下方肿物 $4.5\text{cm} \times 5.0\text{cm}$ ，边缘光滑，密度均匀，CT值28HU。右位降主动脉。右上叶肺透光度高，支气管血管束变细稀疏。

(诊断和讨论见 113 页)

[例10] 隆突下肿物气管分叉角增大

女性，29岁。咳少量泡沫痰8个月，近4个月间有血痰，乏力。体检、化验结果均正常。住院其间患者突发平卧时剧咳，不能入睡，坐起时咳嗽缓解。

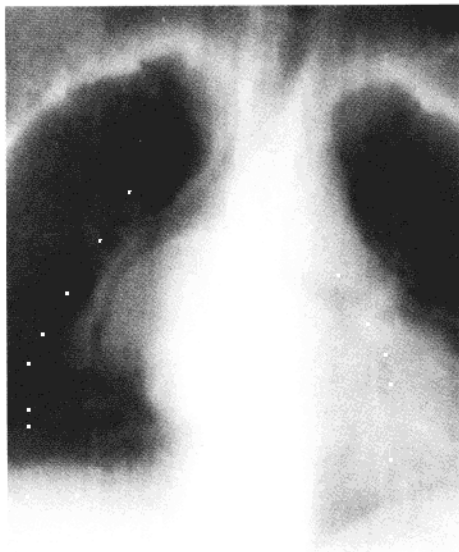


图 022

胸片 肺清晰，隆突下隐约见肿块。病灶断层肿块长径7.5cm，气管分叉角增大至120°，右中间支气管、左总支气管受压变窄，管壁光滑。心影大小正常。骨性胸廓无畸形。胸片复查，肿物内出现气液面，且见发线形囊壁。肿物渐缩小，最终自愈。

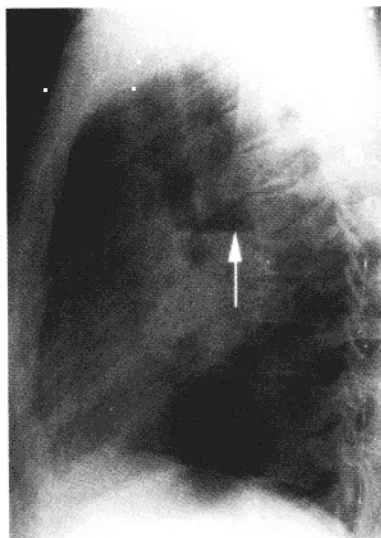


图 023

(诊断和讨论见 113 页)

[例11] 右上纵隔肿物伴吞咽梗阻感

女性，24岁。近2月有吞咽梗阻感。钡餐疑食管平滑肌瘤。体检未发现异常。

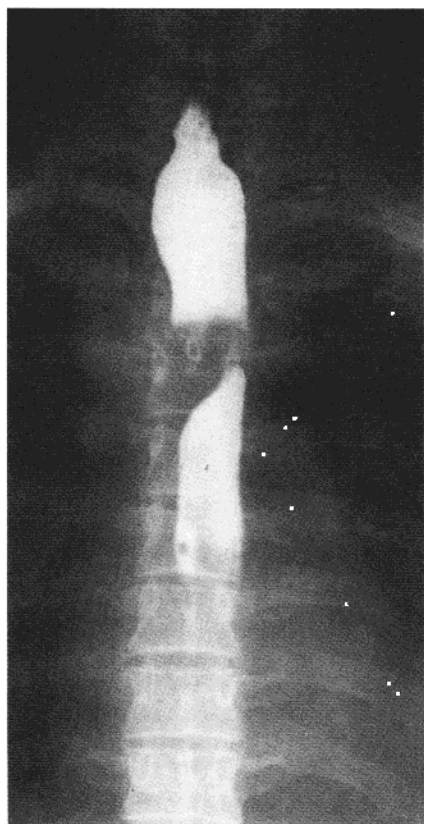


图 024

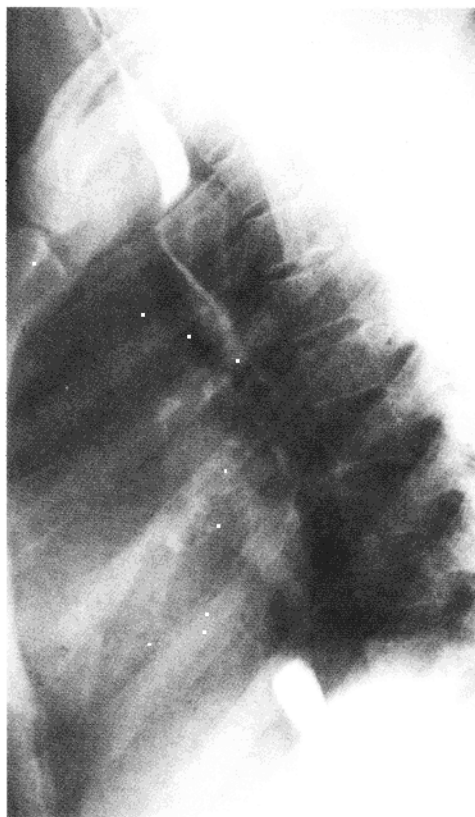


图 025

胸片 右第4后肋水平，纵隔右缘肿块，外缘光滑。肺清晰。(未提供样图)

钡餐 第3～第4胸椎水平，食管钡柱充盈缺损区约2cm×3cm，边缘光滑，局部软组织影2.5cm×5.0cm，下缘与右侧胸椎旁线连续。侧位气管后见软组织影，相应之食管、气道受压前移，食管腔变窄。食管镜检距门齿21cm处，食管外压性狭窄，“无搏动”。术前拟诊食管腔外肿物。

(诊断和讨论见 114 页)

[例12] 支气管血管束弧形向肺肿块前缘聚集

男性，48岁。咳嗽、血痰半月。胸片发现右上肺肿块，既往曾出现过3次右侧自发性气胸。听诊右胸呼吸音减低。



图 026



图 027