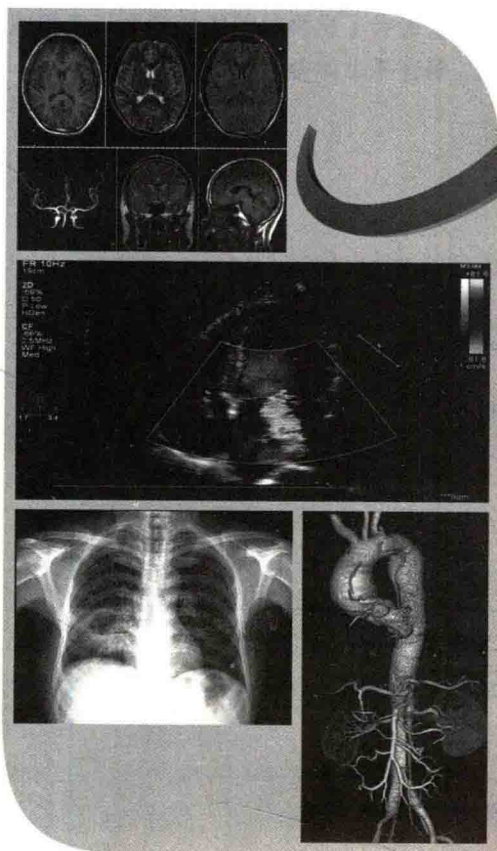


医学影像诊断报告 书写规范



- 主 编 王木生 李卫平
副主编 李明智 魏江平 徐荣春 桂绍高
晏志勇 吴荣叶 刘 芩
编 者 (以姓氏笔画为序)
王川红 (江西省人民医院)
王木生 (江西卫生职业学院)
王巍颀 (江西省胸科医院)
邬远志 (江西省人民医院)
刘 芩 (景德镇市第一人民医院)
李卫平 (江西卫生职业学院)
李明智 (江西省人民医院)
李孟阳 (江西卫生职业学院)
李晓芬 (江西省人民医院)
吴 丹 (江西卫生职业学院)
吴荣叶 (江西卫生职业学院)
周 华 (江西省人民医院)
桂绍高 (江西省人民医院)
晏志勇 (江西卫生职业学院)
徐荣春 (江西省人民医院)
黄 河 (江西省胸科医院)
魏江平 (江西省人民医院)



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

前 言

医疗文书是医务人员对临床诊疗工作全面记录的医学文件,是进行临床诊疗、教学、科研、医疗技术鉴定的重要档案资料。医学影像诊断报告属于医疗文书中的一种,是医学影像专业非常重要的医学文件,同时也是该专业学生较难掌握的一门临床实践技能。规范书写影像诊断报告必须熟练掌握影像学的专业知识和专业术语,为此,我们编写了这本《医学影像诊断报告书写规范》。

本教材编写遵循“三基”和“五性”原则,共分5章,内容包括绪论、X线诊断报告、CT诊断报告、MRI诊断报告和超声诊断报告等,具有非常强的针对性和实用性。本教材主要供高职高专临床医学(含医学影像诊断方向)、医学影像技术专业学生使用。

本教材在编写中参考了江西省几家大型综合医院发出的规范影像诊断报告,并得到了江西省人民医院、江西省胸科医院等医院的医学影像专家教授的大力支持和帮助,各位专家、老师和医务工作者对本教材提出了许多宝贵意见和建议,在此一并表示诚挚的谢意!

由于我们编写工作经验和水平有限,书中可能存在不足之处,恳请读者给予批评指正,以便再版时改进和提高!

王木生
2017年5月

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 X线诊断报告	(4)
第一节 呼吸系统	(4)
第二节 循环系统	(12)
第三节 乳腺	(16)
第四节 消化系统	(19)
第五节 泌尿系统	(29)
第六节 骨和关节系统	(35)
第七节 五官	(57)
第八节 透视和其他造影	(61)
第三章 CT诊断报告	(65)
第一节 头颅	(65)
第二节 五官和颈部	(76)
第三节 胸部和纵隔	(89)
第四节 腹部	(98)
第五节 泌尿生殖及内分泌系统	(109)
第六节 脊柱	(119)
第七节 四肢	(126)
第八节 CT血管造影	(128)
第四章 MRI诊断报告	(154)
第一节 头颅	(154)
第二节 五官	(168)
第三节 纵隔	(175)
第四节 腹部	(178)
第五节 泌尿生殖系统	(184)
第六节 盆腔	(188)
第七节 脊柱	(194)
第八节 四肢	(199)
第五章 超声诊断报告	(202)
第一节 概论	(202)

第二节	超声正常描述	(204)
第三节	腹部疾病	(208)
第四节	泌尿生殖系统疾病	(216)
第五节	甲状腺疾病	(236)
第六节	乳腺疾病	(240)
附录一	超声常用标记字母查询	(244)
附录二	超声检查正常值大全	(245)
附录三	超声检查报告单示例	(248)
附录四	影像检查报告单示例	(249)

第一章 绪 论

一、医学影像报告书写前准备工作

医学影像报告书写前准备工作非常重要,准备工作的充分与否直接关系到诊断的准确性。准备工作主要包括:①仔细核对患者的信息(姓名、年龄、性别、科室、住院号、门诊号、影像号、病床号、检查设备、检查时间、检查方法等,尤其是投照部位,必要时可再向医师确认)。②详细了解患者的病史、症状及体征,检查目的和要求。③了解患者以往是否有相同部位的影像资料(便于对比变化)。④确定 X 线片或 CT(计算机断层扫描术)片、MRI(磁共振成像)片质量是否符合诊断要求,包括对比度等,对于 CT 片、MRI 片尚包括定位像、窗技术应用、照片连续性、扫描范围、扫描序列及各种伪影。对于不符合质量要求的照片,不予书写报告。在影像质量保证的前提下,核对病人的姓名、性别、年龄、检查号是否与照片所示一致,并要再次核对照片与病人申请单要求检查的部位、项目是否相符,是否与申请单所记录的照片数目一致。⑤申请单所填写的内容及附带的相关临床资料是否详细和充分,其中包括其他影像学检查结果。若为随诊复查病例,需有既往影像学检查照片及诊断报告书。确定以上项目无误后,方可进行观察和书写。

二、医学影像报告书写的原则

医学影像诊断医生要牢记影像诊断的基本原则,即“全面观察、具体分析”。详细观察每幅影像照片,包括 X 线、CT、MRI 片上的每一帧图像,这是做出合理而正确诊断的重要保证。要根据申请单的要求及所怀疑的病变,除了对照片的某一部位或某一器官进行重点观察外,还应仔细观察“非重要部位和器官”的表现,而这些部位和器官常常是诊断医师易于疏漏的地方,常有可能导致错诊和漏诊。当照片上发现明显病变时,诊断医师往往会忽视影像照片已存在但不明显的病变。例如:发现了肺内明显肿块或团块影,常常忽视了胸片中存在的如肋骨骨质破坏表现。

书写诊断报告书最好用计算机打印。对于不具备打印条件的,书写时要求字迹清楚、字体规范,不能涂改,禁用不标准简化字和自造字。书写时要使用专业用语,要语句通畅、逻辑性强。要认真填写诊断报告书上的一般项目(包括病人姓名、性别、年龄、门诊号、住院号、检查号、检查部位、检查日期、报告日期、检查项目和检查方法等)。医学影像报告书写应遵循以下原则。

1. 确保报告的客观性和准确性,即无论采用何种描述方法,均应客观真实地反映影像片中的影像特点。在描述中以通用、准确医学用语为准,且解剖部位要准确、规范,对病灶的大小应尽可能测量出具体数据,无法测量的病灶可以实物大小来描述。

2. 确保报告的全面性。医学影像学诊断必须遵循 16 字原则,即全面观察、重点分析、结合临床、做出诊断。全面观察必须要求对成像区域内所有结构、器官进行全面观察,对发现病变的描述,则要求对病变的部位、大小、密度或信号、是否有空洞、边缘是否光滑锐利、是否侵犯周

围组织,病变的发展变化、增强的表现等进行重点分析。对所发现的病变进行分析,做出正确诊断时,还必须密切结合临床资料。临床资料包括病人的病史、临床症状、体征及实验室检查等。

3. 确保报告的有序性。描述人体空间结构时,顺序性非常重要,但无论采用哪种方法,要以不遗漏结构和病变为准则。医学影像学诊断报告描述的最高境界就是他人仅通过阅读报告的描述就如同亲眼阅片所见一般,专家通过描述就能推测出恰当的结论,就能判断出报告中结构的可靠性。

三、医学影像报告描述的方法

医学影像诊断医生要特别注意描述对诊断和鉴别诊断有重要意义的阳性与阴性征象,应简要描述片内已显示但未发现病变的其他组织和器官,注意观察片内已显示的要求投照部位以外的部分,不要遗漏病变。医学影像报告描述的方法有两种,即以成像方法为中心描述和以病灶为中心描述。前者是以成像的方法为主线,依次对各序列图像进行描述,常被影像专业初入门的医生采用,描述浅显易懂,也适宜于临床医生阅读;其优点是比较直观。后者是在全面观察图像的基础上,经过观察者的综合归纳和逻辑思维,以病灶为主线进行描述,首先对病灶的部位、大小、边缘、密度、分布、形状、数目进行描述,然后描述病灶周围的改变(间接征象),在存在多个病灶时,应依次对主、次要病灶进行描述;其优点是描述简单明了,由于对各个病变均有集中、全面的描述,因此能体现出影像学的专业性,描述精练,却能突出重点,适合大工作量的单位使用。

四、医学影像诊断意见的书写

医学影像诊断意见是报告书中的重要部分,也是精华部分,是临床医生、病人等人员优先关注的部分。医学影像诊断意见的书写一定要恰当、准确。医学影像诊断意见要简明扼要,要以影像片所见为依据,同时密切结合临床和有关检查资料进行综合分析。

“诊断”或“印象”是诊断报告书的最终结论,需要特别注意其准确性,具体要求如下:“诊断”应与“表现”所述内容相符,绝不能相互矛盾和相互混淆,也不应“诊断”或“表现”书写时有所遗漏,即“表现”已描述,然而无相应的“诊断”,反之亦然。如“表现”中未发现异常,则“诊断”应诊断为“正常”或“未见异常”。若“表现”中发现异常,应在“诊断”中指明病变的部位、范围和病变的性质,如“右肺上叶周围型肺癌并肺门、纵隔淋巴结转移”。若“表现”中发现异常,但不能确定病变性质时,“诊断”或“印象”中应说明病变的部位、大小和病变性质待查或几种可能的性质,并依可能性大小进行排序。如“肝右叶占位性病变(肝癌可能性大)”或“肝右叶占位性病变,除外肝癌”。此外,还要提出进一步的检查手段。当“表现”中有几种病变异常所见时,“诊断”中书写应根据病变的临床意义大小进行排序,如“左肾癌并腹主动脉旁淋巴结转移,胆囊结石,肝右叶肝囊肿”。

在书写诊断报告时,更需注意不要有错字、别字、漏字及部位之误,尤其是左、右侧,否则可导致严重后果。“建议”是对“诊断”的必要补充,通过“建议”向临床医生反馈重要的诊断提示信息 and (或)有指导意义的进一步诊断和鉴别诊断的检查方法。许多时候恰当地使用“建议”可以避免主观武断造成的误诊和漏诊。常用的“建议”内容包括以下几点。

1. 详查 XX 病或除外 XX 病:根据影像学表现发现可能存在与临床诊断不一致的其他疾

病时使用。

2. 进一步 XX 检查:提示临床医生使用对诊断的某些方面更有力的检查方法以完善诊断或鉴别诊断。无论阳性诊断或阴性诊断病例,都可以通过恰当地使用敏感性和特异性更高的检查方法使诊断进一步明确,避免错漏。

3. 进一步增强检查:提示临床医生使用对比增强方法显示病变血流动力学方面的特点,以利于完善诊断或鉴别诊断。

4. 结合临床:在临床病史不详细或临床医生具有更专业的知识及病史资料的情况下,请临床医生综合分析临床资料和影像表现做出判断。

5. 对比旧片:如果复诊病人不能提供全面的旧片资料且临床医生可能掌握病人情况更多时,提示临床医生对比旧片做出更准确的对比分析。

6. 定期复查:在某些检查存在不明显病变(随时间推移可能变为明显)被遗漏的可能性或所怀疑疾病具有动态变化特点时,提示临床医生嘱患者定期复诊,重新检查已确定或排除疾病诊断。应根据不同情况明确注明适当的复查时间,对于某些阴性诊断结果尤其有意义,如外伤、急腹症等。

医学影像诊断报告要素包括:①部位诊断;②征象诊断;③性质诊断;④病因诊断。部位诊断要尽可能准确。不能确定部位时,也要做出大致的定位及倾向性意见,要尽可能做出定性诊断。不能确定性质时,要表述出倾向性意见。对于超出影像学诊断能力之外的不能定性的病变,可以只做出征象诊断。对于根据影像资料可以做出病因诊断的,则要做出恰当的病因诊断。

医学影像学诊断意见的类型包括:①肯定性意见;②可能性意见;③排除性意见;④建议性意见。肯定性意见就是无须与其他疾病鉴别的意见。可能性意见就是反映出影像学诊断的可能性大小,是影像学诊断中最常见的一类诊断。排除性意见使用得比较少,常和可能性诊断一并表述。建议性意见就是尚不能做出恰当的可能性诊断意见,仅能提出下一步的建议。

医学影像学诊断意见的书写顺序:医学影像学诊断意见应遵循一定的书写顺序,即主要病变、危及生命的、范围广的病变。诊断明确的放前面,有老片者应对病灶做治疗前后的对比,要回答临床申请单提出的问题(哪怕是正常表现)。

当然,现在很多疾病影像征象特异性不强,应允许提出各种可能性诊断,表述其可能性大小。

医学影像报告书写完毕后,书写医师要复审报告书各项内容,并需再次核对申请单、照片所示病人姓名、性别、年龄和检查项目的一致性。负责医师需对诊断报告书进行复审,依次检查报告书的各项内容,确认无任何差错后准发报告,签字盖章后送交登记室。登记室工作人员在病人或家属领取照片和诊断报告书时,还应再次复核申请单,照片所示病人姓名、性别、年龄、检查号、检查部位和检查项目的一致性,无误后方可发放。

第二章 X 线诊断报告

第一节 呼吸系统

呼吸系统 X 线片(简称胸片)的阅读与诊断报告书写目前仍然是医学影像诊断中应用较多的。阅读 X 线胸片应该注意以下几点事项:①胸廓是否对称;②肋骨有无破坏、骨折或畸形;③锁骨有无破坏、骨折;④肋间隙有无增宽或变窄;⑤肺野情况:透亮度是否增强或降低,有无实变,有无异常阴影,肺纹理有无增粗、变细、紊乱,肺血情况;⑥肺门是否增大;⑦心脏情况:心影是否增大,心型,心胸比率,主动脉弓;⑧纵隔是否增大,有无移位;⑨气管是否居中;⑩膈肌是否光滑,有无矛盾运动;⑪肋膈角有无变钝;⑫胸膜有无增厚、钙化;⑬软组织阴影是否对称,有无增大。

一、胸部 X 线片系统读片原理(Sheldon 教授首创 24 个字母系统读片法)

1. A(airway,气道):气道在胸上部,看它是否居中,脊柱是否直线经过,气管有无移位,有无纤维组织牵拉使肺容积缩牵、过度充气及压迫,有无支气管、气管巨大症,肺叶开口压迫、狭窄,隆突受压等支气管肺癌征象。

2. B(bone,骨):肋骨间距(肋间隙)是否某侧缩窄,肋骨有无缺损,如第 1 肋骨上缘缺损,有硬皮病、类风湿关节炎的可能。第 7~9 肋骨下缘缺损示主动脉狭窄,见于儿童先天性心脏病。法洛四联症可见左肋下缘缺损。剧烈咳嗽所致骨折,可见于 6~9 肋,第 7 肋腋后线可见叉形肋。鸽胸与先天性房室间隔缺损相关,也见于儿童哮喘症或脊柱侧凸严重时伴通气功能降低者。肋骨脱钙可见于类固醇治疗患者、老年、肾病或其他代谢性病者。

3. C(cor,心脏):心脏右缘有两弓,左缘有四弓。右缘两弓消失见于漏斗胸、右中叶萎缩、肺炎。形状变化或心脏扩大,见于先天性心脏病、心力衰竭。

4. D(diaphragm,膈肌):右膈肌高于左侧半个肋间隙。一侧高,考虑胸部肿瘤、纤维组织牵拉、膈下脓肿。半侧膈肌升高考虑外伤、中风、颈部感染或肿瘤、肺炎或放射治疗后。右侧可见膈肌伴弯刀征。

5. E(esophagus,食管):食管位于气管右,若有气液平面,考虑贲门失弛缓症或狭窄。

6. F(fissures,裂隙):肺裂将各肺分为各叶,左右各有一斜裂,右侧有横裂,斜裂下端止于膈肌,绝不止于前胸壁,有异常时提示有病变。

7. G(gastric bubble,胃泡):胃泡在左侧,若在右,考虑内脏转位(镜面人),胃泡不见,考虑食管不能松弛。左侧胸腔内胃泡影,且胃泡气体延续至腹部可能为膈疝。

8. H(hila,门):肺门移位示肺部分萎缩、过度充气等,肺门区扩大可能是肺癌转移、肺内感染、免疫疾病或结节病。

9. I(interstitium,间质):间质性浸润分两型,间质型看上部心前区,下部可因妇女乳房影加重。肺泡型浸润,因肺泡灌注水、脓、血或蛋白质样物质,见于古德帕斯蒂尔综合征(Good-

pasture)(一种累及肺、肾自身免疫性疾病)、肺含铁血黄素沉着症、鳞状上皮脱落间质性肺炎等。仔细观察咳出物对鉴别诊断有帮助。

10. J(junction lines, 连接线): 连接线是垂直的, 仅见于纵隔, 可出现在右脊柱旁、右主动脉旁、右心旁线, 左脊柱旁、左主动脉旁、左心旁线, 前后连接线等, 一般看不见, 若看见或突出时, 为有块状病推移。

11. K(Kerley's lines, 克氏线或间隔线): 克氏线原来只有 B 线, 现又有 A、C、D 线, B 线在肺周边底部, 为 1mm 宽, 1~2cm 长, 短而直的水平线, 由胸膜面来, 提示间质性肺水肿。其他线尚有争论。

12. L(lobes, 叶): 肺叶萎陷为支气管阻塞结果, 可因支气管腔内肿块、结核缩窄、支气管外伤断裂、淋巴结或心脏扩大腔外压迫, 或黏液栓塞等造成肺萎陷。如右肺不张, 可见于右肺中央型肺癌、肺门淋巴结结核, 有肺裂移位、膈肌上升、气管向右偏移、心脏向右、肺门移位、肋间隙缩窄、健侧代偿性过度充气。右上叶萎陷时, 横裂向上。左上叶萎陷时, 移向前, 主动脉结消失。舌叶萎陷时, 左心界消失, 左下叶下半部移向前。右下叶萎陷时, 移位向下、向左、向内、向脊柱, 右心缘可见。左下叶萎陷时, 移位方向同右下叶, 左心缘看得清楚, Felson 氏称为“象牙心”, 从心看不见肺纹理, 并为白色心影。

13. M(mediastinum, 纵隔): 纵隔为胸腔的一部分, 现于两肺之间, 其中有心、大血管、迷走神经、膈神经、肺门淋巴结和其他脂肪垫等。纵隔分为前、中、后纵隔, 每部分都有几种器官存在, 纵隔中某项组织长大或肿块损害, 可作为诊断线索。空气入纵隔, 称纵隔气肿。

14. N(nodules, 结节): 结节有良性、恶性两种, 直径小于 1cm 或有钙化点, 多为良性, 1~6cm 结节多为恶性。结节 1~6cm, 其与周围组织分界清楚者为钱币病灶。如有旧片, 应比较确定结节是否长大, 长大者多为恶性。若为组织胞浆菌病灶, 为良性。结节有时可见空洞, 常为鳞状上皮癌、结核球、球状孢子菌病、Wegener 肉芽肿等。有时空洞内有霉菌菌落形成的霉菌球。

15. O(over-aeration, 过度充气): 过度充气有两种, 非阻塞性过度充气(如气肿性肺泡或肺大疱、肺气肿)和阻塞性过度充气(如肺癌、异物、张力型自发气胸等)。

16. P(pleura, 胸膜): 胸膜病应观察肺周边部, 观察有无胸膜增厚、肿块样变、肋膈角变钝等。肋膈角变钝时, 提示胸腔积液。膈肌瘤又称间皮瘤, 极少见, 常发生在肺野的侧边部。判断肿块样病变是来自肺还是胸膜, 有两个最好原则: 胸膜为底的病变和胸膜呈钝角, 且竖径大于横径。肺下积液时不呈钝角, 膈肌扁平并直向侧胸壁, 膈影高。

17. Q(question of name plate): 胶片上姓名是否属于该病人, 读片时需认真核对, 避免张冠李戴。

18. R(respiration, 呼吸): 呼吸运动可直接影响心脏的体积和位置变化。深吸气时, 膈可下降至第 6 前肋, 第 10 后肋, 小于此时, 考虑为病态。少量气胸可用呼气、吸气两片证实。猛吸试验, 看膈肌是否麻醉。

19. S(segments, 段): 肺段定位, 对浸润损害是重要的, 用侧剪影片, 即黑色轮廓征识别哪段受损, 避免浸润遮盖了结构的分界线。右肺 10 段, 左肺 8 段, 各有其特殊位置和形状, 应熟悉它的解剖及段内的结构变化。

20. T(thoracic calcifications, 胸内钙化灶): 肺内钙化灶常提示良性病变, 蛋壳状钙化在肺门淋巴结, 常见于矽肺、石棉肺、结节病和其他肉芽肿病。肺动脉钙化和主动脉钙化很相似, 可

见于重度肺动脉高压症。肺内钙化常见于组织胞浆菌病、球孢子霉菌病、结核病、水痘肺炎、肺吸虫病、尘肺,也见于肺泡微石症,其肺内多数的微小白色似暴雪状钙化表现,还有胸膜征,在周边部边缘有黑色细线。

21. U(under perfusion,灌注低下):血液灌注低下使肺部分血管丧失,和肺栓塞有关。在肺栓塞处,肺纹理丧失,也可见于 Swanz-Gauz 导管放置时错位,导管本身为栓塞的工具,阻塞了血流。还有 Mclead 与 Swyer-James 综合征,乃周围小血管丧失,充气不良,肺门变小或正常。此征常继发于婴儿急性支气管肺炎,类似单侧肺发育不良。

22. V(volume,容积):肺容积和估计较重要,右肺占 55%,略大于左肺,反之有问题。

23. W(women's breast shadows,妇女乳房阴影):妇女乳房掩盖了肺下部,并增加在其后的肺纹理。缺少乳房,胸片示过度充气,或因做外科切除。乳头可表现为小的钱币病灶,可标记后再照片,和前片做比较后,在透视下转动体位或嘱患者用手上、下、左、右移动乳房可以确诊。

24. X(X-ray shadow foreign body,异物阴影):X 线以外的阴影,如子弹或其他异物。放射性暗影染料,有时可以看见。外科夹钳,如过去用于止血的,也可以观察到。

二、X 线检查诊断报告单书写示例

示例 1

1. 检查技术:胸部正侧位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-1):两侧胸廓对称,所见骨质未见异常;两侧肺野透亮度正常,未见异常密度增高影;两肺纹理清晰,无增粗、增多、变形;两肺门无增大、增浓;心影大小、形态如常,主动脉未见异常;纵隔居中,两膈面光整,肋膈角清晰锐利;余未见异常。

3. 影像学意见:心肺膈未见明显异常。

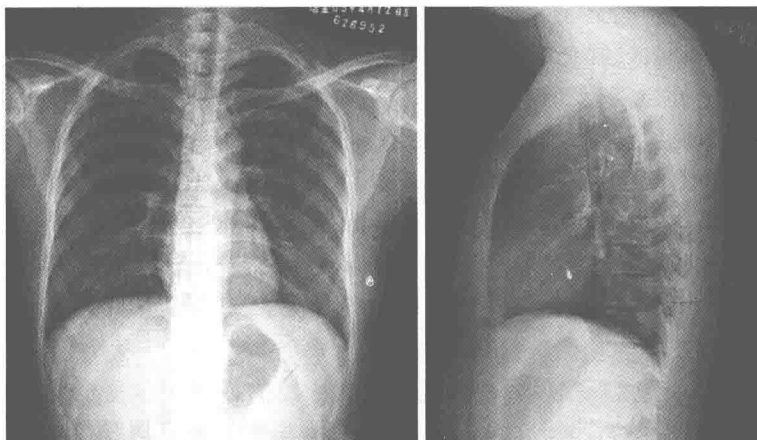


图 2-1-1

示例 2

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-2):两肺纹理增多、增粗,结构紊乱,边界不清,以右下肺野明显;右下肺野见多发囊状透亮影及支气管双轨征;两侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清

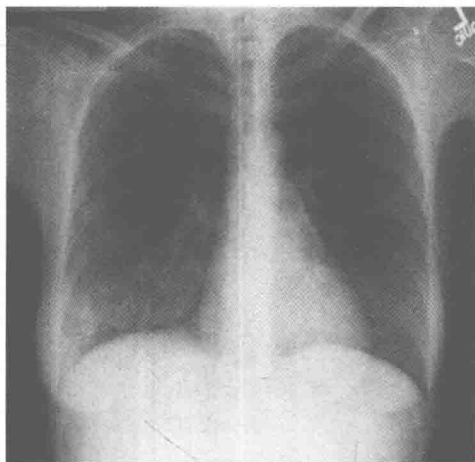


图 2-1-2

晰锐利；心影大小、形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中、无增大；两侧胸廓对称，无畸形；余未见明显异常。

3. 影像学意见：右肺下叶支气管扩张可能性大，建议临床进一步检查。

示例 3

1. 检查技术：胸部正侧位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-3)：两肺纹理增粗、增多、模糊，见沿肺纹理分布斑点状密度增高影，边缘较淡且模糊不清，病灶以两下肺明显；两侧肺门未见增大、增浓；双膈面光整，肋膈角清晰锐利；心影大小、形态正常；纵隔居中、无增大；两侧胸廓对称，无畸形；余未见明显异常。

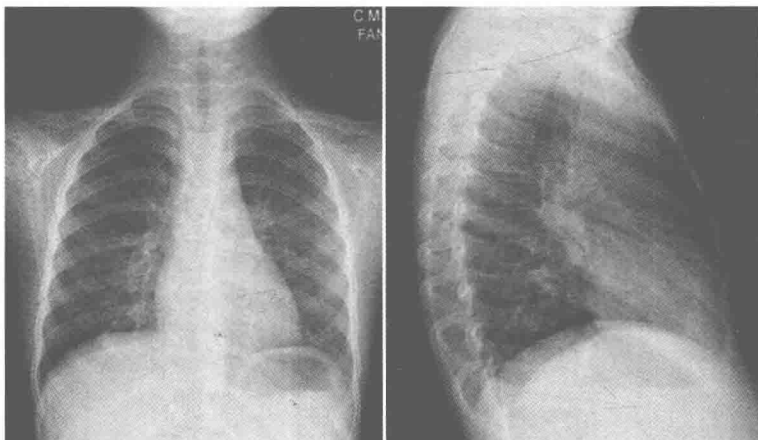


图 2-1-3

3. 影像学意见：两肺支气管肺炎可能，请结合临床。

示例 4

1. 检查技术：胸部正侧位摄影。

2. 影像学表现：具体如下(图 2-1-4)。

(1)右下肺野见大片状密度均匀增高影，上缘清晰，止于横裂，其内可见支气管气像；两侧

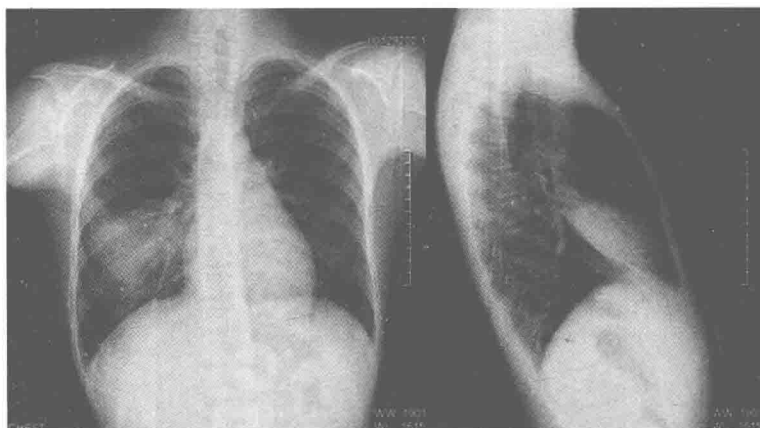


图 2-1-4

肺门未见增大；双膈面光整，肋膈角清晰锐利；心影大小、形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中、无增大；两侧胸廓对称，无畸形；余未见明显异常。

(2)侧位：病灶位于右肺中叶内侧段。

3. 影像学意见：右肺中叶内侧段大叶性肺炎，建议抗炎后复查。

示例 5

1. 检查技术：胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-5)：左侧肺野中外带见片状异常透亮无肺纹理区；内侧缘可见被压缩肺组织影，压缩约 75%；右肺野未见明显实变影；两侧肺门未见增大；双膈面光整，肋膈角清晰锐利；心影、纵隔向右移位；余未见明显异常。

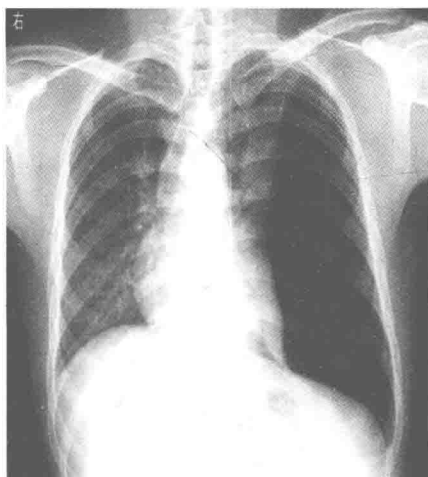


图 2-1-5

3. 影像学意见：左侧气胸，请结合临床。

示例 6

1. 检查技术：胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-6)：双上肺野见斑片状及条索状阴影，密度不均，边缘不清晰；两

侧肺门未见增大、增浓；双膈面光整，肋膈角清晰锐利；心影大小、形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中、无增大；两侧胸廓对称、无畸形；余未见明显异常。

3. 影像学意见：双上肺浸润型肺结核，请结合临床。

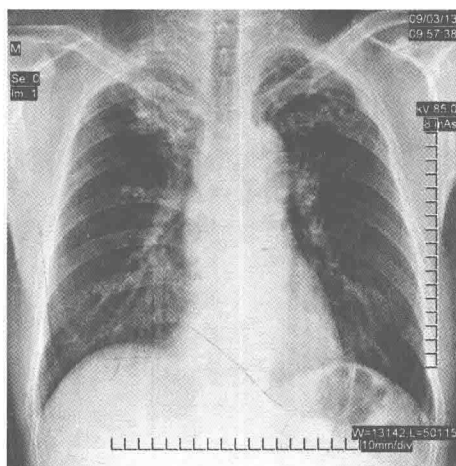


图 2-1-6

示例 7

1. 检查技术：胸部正侧位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-7)：双肺野满布大小密度一致、分布均匀的粟粒状阴影；肺纹理被掩盖；两侧肺门未见增大、增浓；双膈面光整，肋膈角清晰锐利；心影大小、形态正常，主动脉未见异常；纵隔居中、无增大；两侧胸廓对称、无畸形；余未见明显异常。

3. 影像学意见：两肺急性粟粒型肺结核，请结合临床。

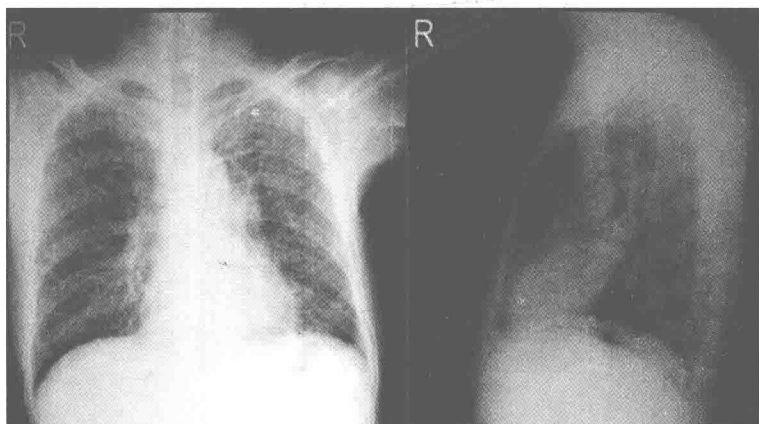


图 2-1-7

示例 8

1. 检查技术：胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-8)：两肺野见多发大小不等、密度不均粟粒状、小结节状及小斑

片状密度增高影,边缘模糊,病灶以右肺野明显;两侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;两侧胸廓对称、无畸形;余未见明显异常。

3. 影像学意见:两肺慢性血行播散性肺结核。

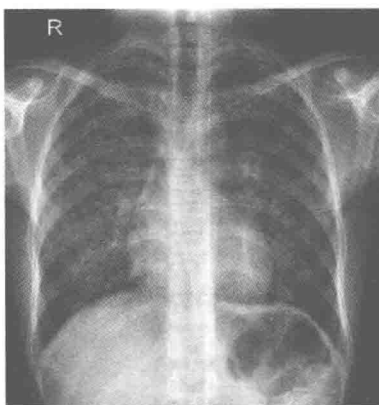


图 2-1-8

示例 9

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-9):右侧肋膈角变钝、模糊;右侧余肺野未见异常;左肺野未见明确变影;两侧肺门未见增大、增浓;左膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;余未见明显异常。

3. 影像学意见:右侧胸腔少量积液。

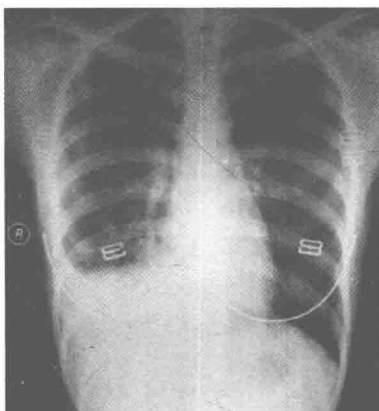


图 2-1-9

示例 10

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-10):右中肺野见边缘清晰横置梭形密度增高影,梭形阴影相当于横裂位置;左肺野未见明显异常密度影。两侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;余未见明显异常。

3. 影像学意见:右侧横裂叶间积液。

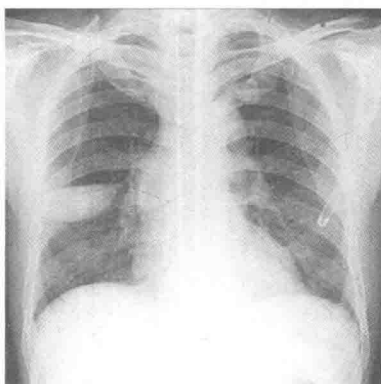


图 2-1-10

示例 11

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-11):右侧肺门模糊,右肺门中上部见一 3.0cm×4.0cm 大小团块状阴影;右肺上叶实变,体积缩小,横裂上移,与团块影下缘形成反“S”征;左侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;两侧胸廓对称、无畸形;余未见明显异常。

3. 影像学意见:右肺中央型肺癌并右肺上叶阻塞性肺膨胀不全、阻塞性肺炎可能性大,建议抗炎后复查。

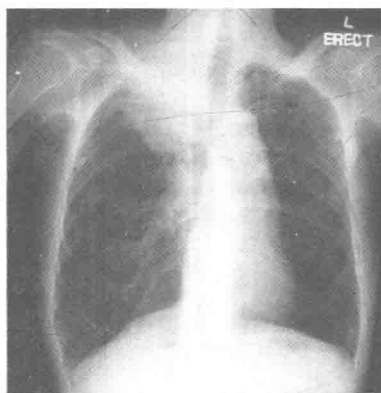


图 2-1-11

示例 12

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现:具体如下(图 2-1-12)。

(1)右下肺野见一 4.0cm×5.0cm 大小团块状阴影,呈浅分叶状,边缘见短毛刺,其内隐约见斑点状钙化影;两侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;两侧胸廓对称、无畸形;余未见明显异常。

(2)侧位:病灶位于右肺下叶背段。

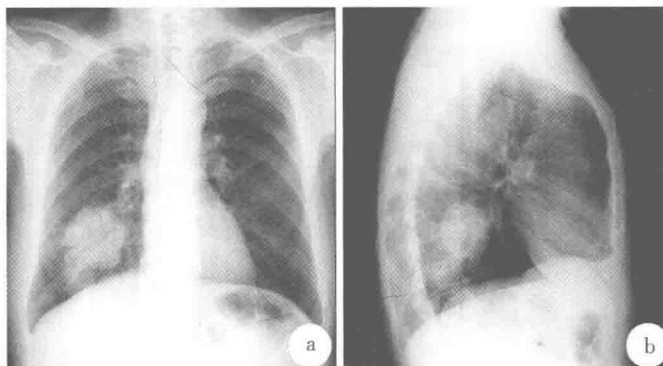


图 2-1-12

3. 影像学意见:右肺下叶周围型肺癌可能性大,建议临床进一步检查。

示例 13

1. 检查技术:胸部正位摄影。

2. 影像学表现(图 2-1-13):右肺中下野见数个大小不等圆球形病灶,密度均匀,边缘光整,最大的约 2.5cm×2.4cm;两侧肺门未见增大、增浓;双膈面光整,肋膈角清晰锐利;心影大小、形态正常,主动脉未见异常;纵隔居中、无增大;两侧胸廓对称、无畸形;余未见明显异常。

3. 影像学意见:两肺转移瘤可能性大,建议临床进一步检查。

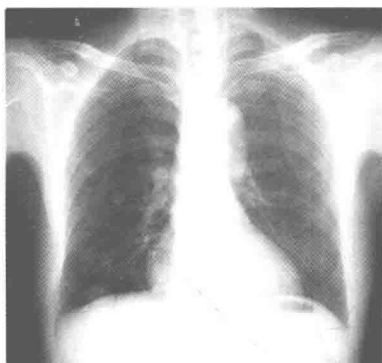


图 2-1-13

第二节 循环系统

循环系统 X 线片的阅读与诊断报告书写同 X 线胸片,但有其特点,应该着重注意以下几点。①肺血管情况:肺纹理有无增粗、变细、紊乱。②心脏情况:心影是否增大、心型、心胸比率、主动脉弓及主动脉窗情况。③纵隔:是否增大、有无移位。④肺门:是否增大。⑤气管:是否居中。⑥胸廓情况:胸廓是否对称,有无肋骨破坏。⑦支气管:有无受压、上抬。⑧食管吞钡:左心房段有无受压后移,心后食管三角间隙有无变小。⑨心脏:与胸骨接触面有无增大,膈肌是否光滑、有无矛盾运动。⑩肋膈角:有无变钝。另外,循环系统 X 线片的阅读与诊断报告书写还应根据投照部位的不同,其阅片和报告的书写要点则不同,具体情况如下。

一、正位片

1. 左心缘包括：①主动脉球；②肺动脉段，相反搏动点；③左心室段。
2. 右心缘包括：①升主动脉或上腔静脉；②右心房。

二、右前斜位片

右前斜位片包括主动脉弓、升主动脉、肺动脉段、右心室、左心室、左心房、右心房。

1. 心前间隙：心前缘与胸壁之间有一尖向下的三角形透明区。
2. 心后间隙：心后缘与脊椎之间有 3~5cm 的宽透明区。

三、左前斜位片

左前斜位片包括心前缘、升主动脉、右心室、心后缘、左心房、左心室、主动脉窗。

附：左、右前斜位片的识别

	右前斜位	左前斜位
心影	梨形(类三角形)	茄形
主动脉弓	显示不清	可见主动脉全貌
心前间隙	三角形	长方形

四、侧位片

1. 心前缘：①升主动脉；②右心室前壁。
2. 心后缘：①左心房；②左心室。
3. 胸骨后间隙：心脏的前缘与前胸壁之间很小的三角形透光区。
4. 食管前间隙：心后缘下段与食管之间的三角形间隙。

示例 1

1. 检查技术：胸部正侧位摄影。

2. 影像学表现(图 2-2-1)：两侧胸廓对称，所见骨质未见异常；两侧肺野透过度正常，未见异常密度影；肺纹理清晰，未见明确增多、增粗、变形；两肺门未见增大、增浓；心影大小、形态正常，主动脉结未见向左突出；心胸比率约 0.52；纵隔居中，膈面光整，肋膈角清晰锐利；余未

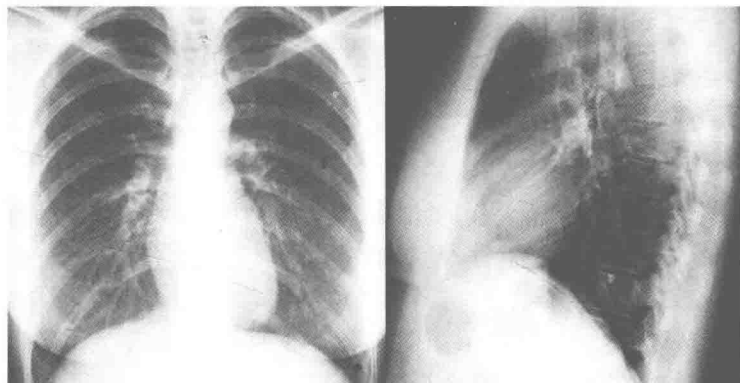


图 2-2-1