

• 胸部影像学 •

肺炎性假瘤的 CT 表现(附 19 例报告)

徐以 白 红利

【中图分类号】R734.2, R814.42 【文献标识码】A 【文章编号】1009-0313(2001)01-0030-02

肺炎性假瘤是较少见的肺内炎性增生性病变,占肺良性肿块的第二位,仅次于结核球^[1]。其影像表现易与良性肿瘤、结核球和肺癌等混淆,在肺周围性肿块的鉴别诊断中有重要意义。为提高认识,现将笔者搜集的 19 例肺炎性假瘤的 CT 表现作一总结。

材料与方法

收集 1990 年~1996 年经手术病理证实的肺炎性假瘤共 19 例(华西医科大学附一院 18 例,成都铁路局中心医院 1 例)。年龄 39~73 岁,平均 53.1 岁,50~60 岁 13 例,占 68%。男 18 例,女 1 例。无临床症状发现 4 例,咳嗽 9 例,痰中带血 7 例,少、中量咯血 2 例,胸痛 3 例,发热 3 例。发现肿块时间 1 周~2 年。采用 GE 9800 QUICK 型和 GE Sytec 2000 型 CT 机,从胸廓入口扫描至膈面,层厚 10mm,间隔 10mm,扫描参数 120kV, 100mA,时间 3~4s,距阵 512×512。静脉团注 65% 氨基格拉芬 80ml 行直接增强扫描。

结 果

本组病例肺内单发结节肿块 18 例,肺不张 1 例(手术发现不张肺内肿块)。左肺 7 例,右肺 12 例。右上叶 4 例,右中叶 4 例,左舌叶 3 例。下叶 8 例,左右肺各 4 例。病灶位于胸膜下 3cm 范围内 11 例,贴胸膜 9 例(图 1),临近肺门较大支气管、血管 4 例(图 2)。最大 6.6cm×6cm×4.1cm,最小 1.5cm×1.5cm×1.5cm。圆形 6 例,直径均小于 3cm;椭圆形 5 例;形态不规则 5 例。内见偏心性低密度液化区 6 例,CT 值 12.5~18.8HU;液化区边缘规则范围较大 4 例(图 3、4),余形态不规则(图 5)。瘤体实质部分密度不均 6 例,呈高低不等点片状混杂存在,CT 值 37~136HU;其中 1 例伴有液化区。密度均匀 7 例,CT 值 29.4~80.8HU。边缘清晰光滑 8 例,浅分叶 4 例(图 6);边缘模糊 5 例(图 7),其中 4 例病灶内有较大范围液化区;边缘有毛刺 5

例(图 8);有索条连肺门 2 例;3 例见尖角状突起(图 9),2 例尖角尖端伸出索条连于胸膜呈胸膜凹陷征。9 例贴胸膜者局部胸膜增厚,胸膜外脂肪间隙清晰。灶周气肿 1 例(图 10)。

讨 论

有资料认为本病多见于 40 岁以下女性,可作为与肺癌鉴别的要点^[1,2]。但本组资料男性较多,年龄偏大;笔者还搜集了同期经手术病理证实的另 14 例肺炎性假瘤(华西医科大学附一院),二者合计 33 例,男 27 例,女 7 例,年龄 20~73 岁,40 岁以上 29 例,占 87.9%;另统计国内不同单位的 4 篇文献^[2~5]加前述 33 例共 169 例,男 109 例,女 60 例;年龄 10~73 岁,平均约 45 岁;多发年龄段 20~40 岁或 40 岁以上均有报道^[2~4]。可见本病男性较多,发病年龄跨度较大;年龄、性别因素对本病与周围型肺癌的鉴别并无重要参考意义。

肺炎性假瘤的大体标本可见灶性坏死、液化囊腔、空洞、扩张支气管和钙化^[4~6]。CT 由于密度分辨力高及断面成像对这些改变的发现明显优于平片和体层摄影,而且病灶多不与支气管相通^[4],灶内坏死物无法排除,平片和体层较难发现密度差异。本组 6 例存在液化区,其中 4 例液化区范围较大,边缘规则类似肺脓肿,对炎性假瘤这一特点,尚未见报道。但这也可能是肺脓肿局限过程中出现多种细胞成分,同时病理切片忽略了脓肿的典型表现而产生的病理误诊,因样本较小,此问题还有待进一步证实。本组假瘤边缘情况较复杂。边缘清晰、光滑 8 例,与文献一致;边缘模糊 5 例,毛刺 5 例,出现率较既往报道高^[3]。毛刺较少较长,2 例毛刺从瘤体尖角状突起发出向外牵引胸膜呈胸膜凹陷征,此尖角状突起系纤维索条牵拉瘤体外假包膜形成^[7]。灶周气肿 1 例,可能与感染后局部肺泡结构破坏纤维增生有关。假瘤邻近胸膜有无增厚,各家报道不一^[1,2];本组胸膜增厚者较多,可能得益于 CT 能敏感显示胸膜改变。其原因一般认为假瘤多位于肺表浅部,邻近胸膜常出现炎性反应,造成胸膜增厚。

CT 丰富了肺炎性假瘤的影像学认识,但定性诊断

作者单位: 610081 华西医科大学附属第一医院放射科进修生; 现在成都铁路局中心医院(徐以)
作者简介: 徐以(1968~), 男, 上海人, 主治医师, 主要从事普通放射工作。

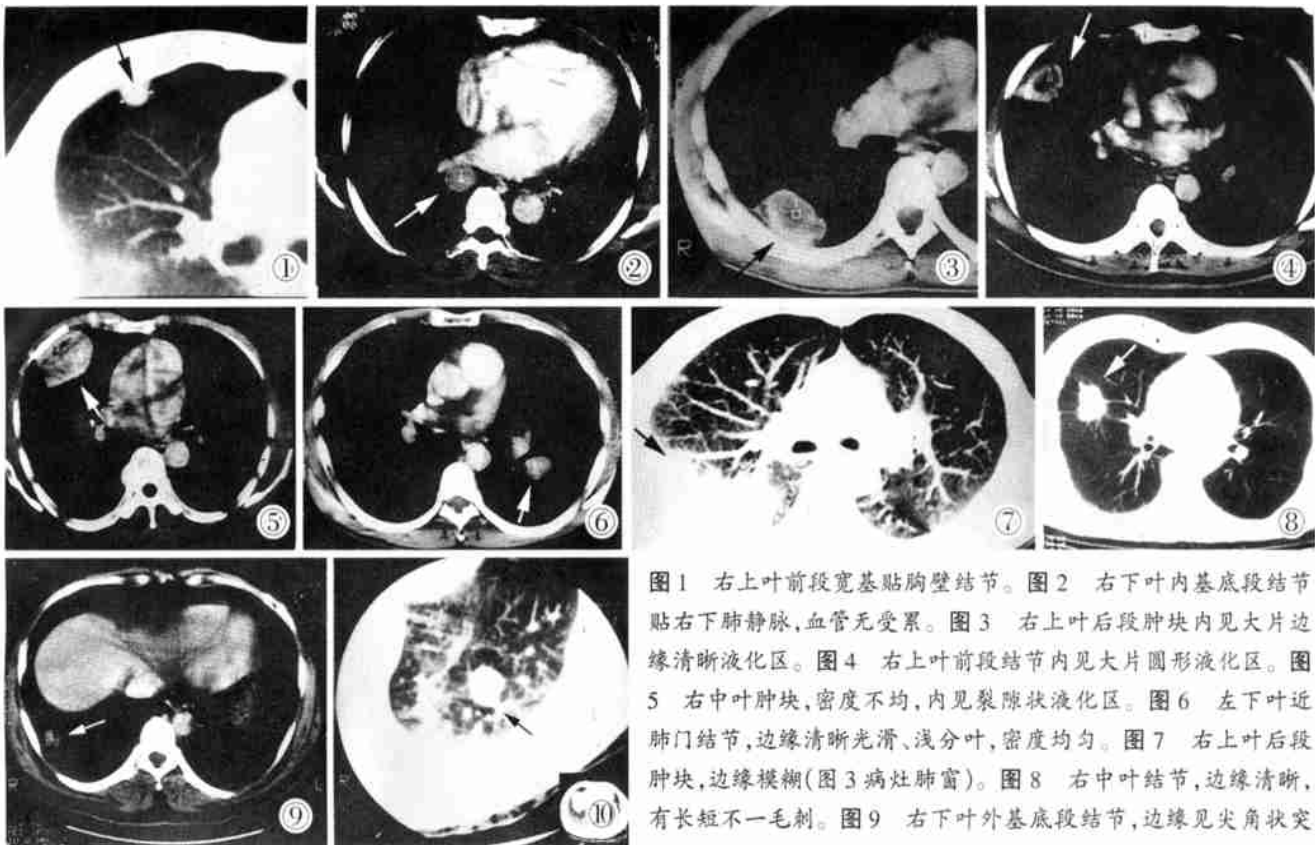


图 1 右上叶前段宽基贴胸壁结节。图 2 右下叶内基底段结节贴右下肺静脉,血管无受累。图 3 右上叶后段肿块内见大片边缘清晰液化区。图 4 右上叶前段结节内见大片圆形液化区。图 5 右中叶肿块,密度不均,内见裂隙状液化区。图 6 左下叶近肺门结节,边缘清晰光滑、浅分叶,密度均匀。图 7 右上叶后段肿块,边缘模糊(图 3 病灶肺窗)。图 8 右中叶结节,边缘清晰,有长短不一毛刺。图 9 右下叶外基底段结节,边缘见尖角状突起。图 10 左下叶后基底段结节,有灶周气肿围绕。

方面仍较困难。部分假瘤边缘清楚光滑,难与肺良性肿瘤鉴别。与周围型肺癌鉴别时,二者均可见瘤内坏死、钙化、瘤体边缘分叶状、毛刺及尖角状突起、胸膜凹陷征。但肺癌钙化以细点状为特点;肺癌尖角状突起因病灶浸润生长显示边缘膨隆外凸,假瘤的尖角状突起系假包膜粘连牵拉形成而显示边缘稍向内凹陷与前者不同;毛刺细而密集位于远肺门侧提示肺癌;假瘤所致胸膜增厚时胸膜外脂肪间隙不受侵犯也有一定帮助。

参考文献

1 公纯秀,张炳鑫,陈明策,等. 肺及胸膜炎性假瘤的 X 线分析[J]. 中

华放射学杂志,1982,16 19.
2 杨树森,李建夫,郑丽如,等. 肺炎性假瘤 45 例临床 X 线分析[J]. 临床放射学杂志,1988,7 8.
3 王鸿幅,朱纪吾,陆健. 肺炎性假瘤的影像学诊断[J]. 实用放射学杂志,1995,11 73.
4 计威廉,邹仲,孙素钊. 肺炎性假瘤的 X 线诊断[J]. 临床放射学杂志,1883,2 65.
5 北京医学院一附院. 肺部炎性假瘤[J]. 中华医学杂志,1977,57 344.
6 罗德红,石木兰,吴宁. 肺炎性假瘤的 X 线表现[J]. 临床放射学杂志,1993,12 338.
7 崔允峰,任德印,武乐斌,等. 桃尖征:对肺炎性假瘤 X 线诊断的价值[J]. 临床放射学杂志,1988,7 10.

(2000-06-07 收稿)

欢迎投稿! 欢迎订阅! 欢迎指正!
《放射学实践》是您永远的朋友!