

放射学杂志, 2003, 37(9): 809-812.

- [2] Nemzek WR, Brodie HA, Hecht ST, et al. MR, CT, and Plain Film Imaging of the Developing Skull Base in Fetal Specimens[J]. AJNR, 2000, 21(10): 1699-1706.
- [3] 白人驹, 张云亭, 冯敢生, 等. 内分泌疾病影像学诊断[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 44-45.
- [4] Hayashi Y, Tachibana O, Muramatsu N, et al. Rathke Cleft Cyst, MR and Biomedical Analysis of Cyst Content[J]. Comput Assist Tomogr, 1999, 23(1): 34-38.
- [5] 龚美琳, 陈爽, 姚振威. 颅内表皮样囊肿的 MRI 表现[J]. 临床放射学杂志, 2003, 22(10): 822-824.
- [6] Kapoor V, Johnson DR, Fukui MB, et al. Neuroradiologic-Patho-

logic Correlation in a Neurenteric Cyst of the Clivus[J]. AJNR, 2002, 23(3): 476-479.

- [7] Okamoto K, Ito J, Ishikawa K, et al. Diffusion-weighted Echo-planar MR Imaging in Differential Diagnosis of Brain Tumors and Tumor-like Conditions[J]. Eur Radiol, 2000, 10(8): 1342-1350.
- [8] Byun WM, Kim OL, Kim Ds. MR Imaging Findings of Rathke's Cleft Cysts: Significance of Intracystic Nodules[J]. AJNR, 2000, 21(3): 485-488.
- [9] 沈天真, 陈星荣, 吴恩惠. 神经影像学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003. 851-854.

(收稿日期: 2005-05-10 修回日期: 2006-02-11)

· 病例报道 ·

膈神经纤维瘤一例

文建军, 许汉雄, 童耀生

【中图分类号】R815 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)06-0556-01

病例资料 患者, 男, 50 岁, 农民, 因胸闷、呼吸困难 1 月余, 以右侧胸腔巨大占位入院。患者于 1 个月前无明显诱因出现胸闷、呼吸困难、向左侧卧位时, 症状加重, 端坐或向右卧位时, 症状减轻, 四肢乏力, 平时易感冒, 不伴发热, 咳嗽, 胸痛, 气管居中, 胸廓无畸形, 右下肺叩诊呈实音, 呼吸音减弱, 体温 36.5℃, 白细胞 8.8×10^9 , 脉搏 96 次/分钟, 呼吸 20 次/分。

X 线片: 右肺中下部大片致密影, 心影左移, 右膈消失, 病灶上缘呈凸面向上, 考虑为右肺肿瘤性病变伴胸腔积液可能性大。

CT 平扫示右侧胸腔占位(图 1、2), 肿块为 16 cm × 17 cm × 24 cm 大小, 纵隔心影左移, 右肺及肝脏显示受压, 肿块密度较均匀, 其内分别可见 26、45 和 137 HU 不等, 肿块后缘与胸膜呈锐角征, 肿块最大径贴侧胸膜壁, 肿块邻近胸膜区未见明显增厚, 诊断: 右侧胸腔巨大占位, 多考虑: ①胸膜间皮瘤; ②右侧纤维组织瘤。不排除畸胎瘤。

手术所见: 包块为实性, 26 cm × 17 cm × 16.5 cm 大小, 有蒂, 位于右膈肌上, 与纵隔及右肺有蒂性粘连, 逐步游离包块与肺叶、膈肌粘连, 切除肿块。病理所见: 大量成纤维细胞伴少许细胞增生活跃, 包膜欠光整。诊断: 神经纤维瘤。

讨论 横膈肿瘤十分少见, 可分为良性及恶性。可原发也可继发, 良性肿瘤可分脂肪瘤、血管瘤、淋巴管瘤、血管纤维瘤、神经纤维瘤、皮样囊肿和畸胎瘤。恶性大部分从肌肉、纤维组织、神经、黏液组织和血管等发生的肉瘤。其中以纤维肉瘤较多见, 横膈的转移性肿瘤可由附近肿瘤直接蔓延而来, 也可由远处血行或者淋巴转移至横膈。X 线多为圆形或半圆形生长,

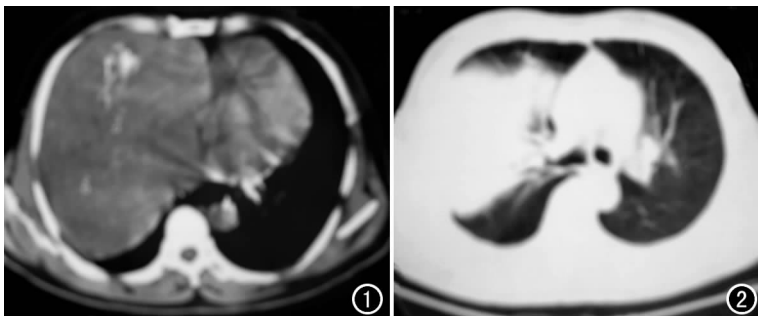


图 1 肿块呈混杂密度, 其内见散在斑片状钙化灶, 未见囊性低密度灶, 肋骨无明显骨质破坏。图 2 肿块最大径偏腋壁, 内侧与右肺门界限不清, 气管及其主支显示清晰。

边缘光滑, 位于膈内或膈上的致密块影, 良性肿瘤密度较高, 不随呼吸而变形, 个别出现不规则钙化对诊断良性肿瘤有价值。恶性肿瘤边缘模糊, 易侵犯胸膜腔, 引起胸腔积液甚至肋骨骨质破坏。本病在影像学缺乏特异性。

鉴别诊断: 畸胎瘤包括 3 个胚层组织, CT 可显示不同成分密度, 实性可强化, 囊性为低密度, 典型者可见脂液平面或囊壁壳样钙化。良性为膨胀性, 边界清晰, 恶性者呈侵袭性生长, 边缘模糊。胸膜间皮瘤: 临床上胸痛常见: ①肿瘤与胸壁呈钝角, 邻近胸膜常增厚, 壁层胸膜肿瘤呈大饼状, 基底部广泛, 呼吸时肿块与肺同步移动。胸膜间皮瘤来源于胸膜下结缔组织, 多属良性或低度恶性, 很少直径大于 10 cm 以上。

参考文献:

- [1] 荣独山. X 线诊断学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1993. 216-219.
- [2] 周燕发. 胸部 X 线、CT、MRI 诊断学[M]. 北京: 科学出版社, 1999. 497-498.

(收稿日期: 2005-09-30 修回日期: 2005-12-09)

作者单位: 435315 湖北, 黄冈市第二人民医院 CT 室(文建军), 外科(许汉雄), 病理科(童耀生)

作者简介: 文建军(1971-), 男, 湖北黄冈人, 主治医师, 主要从事普通放射和 CT 诊断工作。