

巴瘤	定价值 【影像学征象】 1.CT表现 (1) 平扫：脾内单发或多发低密度影，边界不清；增强扫描：病灶呈轻度不规则强化，密度仍低于正常脾组织，境界显示较清楚。 (2) 全身恶性淋巴瘤浸润：伴有脾脏增大、邻近淋巴结肿大和全身淋巴瘤的表现。 2.MRI表现：肿瘤T1WI呈等或等、低混杂信号，T2WI呈混杂稍高信号。
----	--

泌尿系统总论

第1节 泌尿系统

1、常用的影像学检查方法

- (1) 腹部平片：泌尿系统结石的首选检查方法。
- (2) 尿路造影
- 1. **排泄性尿路造影\***：又称静脉肾盂造影(IVP)。**目的**：显示尿路形态，了解双肾的排泄功能。
- 2. 逆行尿路造影：适用于肾功能不良、静脉性尿路造影显影不佳者。
- (3) DSA
- (4) CT
- (5) MRI

2、正常影像解剖和常见变异

- (一) 正常X线表现
- 1. 肾脏：呈蚕豆形，边缘光滑，密度均匀；中部略凹为肾门；肾长约12-13cm，宽约5-6cm;右肾略低于左肾；**肾脊角**（肾长轴自内上斜向外下，其延长线与脊柱的交角为肾脊角）为15°-25°。
- 2. 输尿管不能显示
- 3. 膀胱通常不能显示
- (2) 正常尿路造影表现
- 排泄性尿路造影：注入对比剂后，1-2分钟，肾实质显影，2-3分钟，肾盂和肾盂开始显影，15-30分钟显影最好。解除压迫带后输尿管显影、膀胱显影。
- 1. 肾
  - (1) 肾实质：密度均匀，双侧一致。
  - (2) 肾盏：肾小盏和肾大盏  
肾小盏：体部又称漏斗部，连接肾大盏；穹隆部：顶端呈杯口状，杯口两侧尖锐部为穹隆。  
肾大盏：顶端或尖部连接数个肾小盏，峡部或颈部为长管状，基底部连接肾盂。
  - (3) **肾盂形态**：喇叭状（多见）、分支状、壶腹状
- 2. 输尿管：长约25cm，宽度约为3-7mm，光滑的细条状致密影，常有折曲。
  - (1) 分段：腹段、盆段、壁内段
  - (2) **3个生理性狭窄**：与肾盂连接处、通过骨盆缘处（与髂总动脉交叉处）、膀胱入口处
- 3. 膀胱：充盈较满的膀胱呈椭圆形，边缘光滑，横置在耻骨联合上方。
  - (3) 正常肾动脉造影表现
  - (4) 正常CT表现

	肾	输尿管	膀胱
平扫	1. 肾实质：软组织密度、边缘光整、不能分辨皮质髓质。 2. 肾门：肾动静脉呈软组织密度窄带。 3. 肾窦：脂肪性低密度、肾盂呈水样	腹段呈点状软组织密度影，位于腰大肌前方。盆段难以显示。	膀胱壁呈厚度均一的薄壁软组织密度影，内外缘均光整。

	低密度。		
增强扫描	1. 皮质期：肾血管和肾皮质明显强化，而髓质强化不明显，仍呈较低密度。 2. 实质期：皮、髓质强化程度类似。 3. 排泄期：肾实质强化程度减低，肾盏和肾盂明显强化。	排泄期输尿管内有含对比剂尿液，呈点状高密度影。	早期显示膀胱壁强化，延迟期膀胱腔内可见高密度对比剂浓聚，内壁光滑。

(5) 正常MRI表现

	肾	输尿管	膀胱
平扫	1.T1WI:肾皮质呈稍高信号（同肝，外围）；肾髓质为稍低信号（皮髓分界不清）；脂肪抑制像上，皮、髓质分界可清楚。 2.T2WI：肾皮、髓质呈较高信号，难以分辨。 3.肾窦脂肪在T1WI和T2WI呈高信号或中等信号。肾动脉和静脉均为无信号。	T1WI和T2WI，腹段输尿管在周围高信号或中等信号脂肪对比下，呈点状低信号。	1. 膀胱腔内尿液，均匀T1低信号，T2高信号。 2. 膀胱壁信号强度类似于肌肉，T1WI和T2WI上分别高于和低于腔内尿液信号。
增强扫描	肾实质强化类似于CT增强检查	压脂可得到较佳对比。延迟期输尿管强化呈略高信号。	尿液内进入对比剂信号强度增高。

### 3、基本病变的影像表现（没讲）

## 第2节 肾上腺

### 1、常用的影像学检查方法

### 2、正常影像解剖和常见变异

#### (1) 正常CT表现

##### 1. 平扫

(1) 位置：右肾上腺位于右肾上腺极前内上方，右膈肌脚外侧与肝右叶内缘之间，前方毗邻下腔静脉，左肾上腺位于左肾上腺极前内方，前外侧毗邻胰体尾部，内侧为左膈肌脚。

(2) 密度：均匀软组织密度，皮髓质分不清。

(3) 形态：右侧呈斜线状、倒“V”形、倒“Y”；左侧呈倒“V”、倒“Y”或三角形

(4) 大小：正常侧支厚度小于10mm，一般不会超过同一扫描层面上的同侧膈肌角的最厚部分。肾上腺面积小于150mm<sup>2</sup>。

2. 增强扫描：均匀强化，皮髓质不分。

#### (二) 正常 MRI表现

##### 1. 平扫

(1) 轴位：形态、大小表现同CT；冠状位：位于肾上腺极上方，呈倒“V”或倒“Y”形

(2) 正常肾上腺的信号强度因检查序列而异：

①SE序列，T1WI和T2WI像上信号类似肝实质，低于周围脂肪信号。

②T1WI和T2WI+脂肪抑制序列，信号强度高于周围被抑制的脂肪信号。

2. 增强扫描：呈均匀强化。

### 3、基本病变的影像学表现（没讲）

## 泌尿系统与肾上腺疾病

### 一、泌尿系统先天发育异常

临床表现、影像学检查方法、病理生理基础		影像学征象
先天性孤立肾	一侧肾缺如，多伴有输尿管缺如。孤立肾代偿性肥大。 注意鉴别：一侧肾异位、肾发育不全	
重复肾	又称为肾盂输尿管重复畸形，一侧多见，双侧少见，表现为重复的双肾盂肾盏或双输尿管	
融合肾	双肾的任何部位发生中线融合，以双肾下极多见。 马蹄肾：最常见，马蹄肾峡部位于主动脉及下腔静脉前方。	
先天性肾囊性疾病	<div> <div>多囊肾</div> <div> <p>婴儿型多囊肾 成人型多囊肾</p> <p>发病 罕见 较为多见</p> <p>遗传方式 常染色体隐性遗传 常染色体显性遗传</p> <p>肾外畸形 肝胆胰等内脏纤维化 肝、胰囊肿和颅内动脉瘤</p> <p>和囊性变</p> <p>肾衰 早期出现 30岁以后出现</p> <p>大体形态 肾脏增大，双侧肾多 双侧肾脏增大，双肾多发</p> <p>正常 发囊性病变，为双侧肾 囊性病变，囊间为正常</p> <p>小管囊性扩张 肾组织</p> <p>发病机制 为双侧肾小管囊性扩张 肾小管及收集管发育缺陷所致</p> <p>陷，肾小管盲端积水</p> </div> </div>	<p>1. X线平片：双肾影增大。</p> <p>2. IVP表现：肾盂肾盏拉长、变形，呈蜘蛛足样。</p> <p>3. CT、MRI表现</p> <p>(1) 双肾增大，肾内布满大小不一的圆形、类圆形水样密度（T1WI低T2WI高）囊。囊内出血时，部分密度可增高。部分囊肿可凸出于肾外，凸出部分显示无壁。</p> <p>(2) 增强扫描：囊间的肾实质正常增强，而囊无增强。</p> <p>鉴别诊断：成人型要与多发肾囊肿鉴别</p>
海绵肾	<p>是先天异常，可能与遗传有关</p> <p>【临床表现】多在40岁以后出现高钙尿和尿路结石</p> <p>影像学征象</p>	<p>1. 腹部平片：肾门状簇状高密度影，为双肾乳头结石。</p> <p>2. CT表现：肾窦周围花瓣样分布、簇状砂砾样高密度结节，位于肾乳头。</p> <p>3. MRI表现：结石在T1WI及T2WI均无信号。</p>

### 2、泌尿系结石

临床表现、影像学检查方法、病理生理基础	影像学征象
肾结石	<p>小结石位于肾盏穹窿部，大结石称铸型结石或鹿角状结石</p> <p>【临床表现】肾绞痛或钝痛，常向会阴部放射，伴有镜下或肉眼血尿或泌尿系感染。</p> <p>【影像学征象】</p> <p>1. <u>X线平片表现</u>*：双肾区高密度影，特征性表现有桑葚、分层、鹿角形（珊瑚状）。（三院课件）</p> <p>2. 尿路造影表现：肾盂肾盏内充盈缺损。</p> <p>3. CT表现</p> <p>(1) 可显示结石形态，肾盏小结石敏感，CT值&gt;100Hu。</p> <p>(2) 肾盂输尿管结合部或肾大盏体部结石，可继发结石近侧肾盂肾盏扩张积水。</p> <p>(3) 肾积水，增强扫描患侧肾皮质增强后的密度低于对侧。</p>
	1.X线平片表现

输尿管结石	(1) 大小：米粒大或黄豆大 (2) 形态：椭圆形、长圆形，位于腰大肌影内或盆腔输尿管走行区， <b>长轴与输尿管走行一致。</b> 2.排泄性尿路造影：X线阴性结石输尿管内结节状充盈缺损。 3.CT（三院课件） (1) 平扫：输尿管走行区内的点状或结节状高密度影，结石的上下径常大于横径，于扩张的输尿管的突然截断处可见高密度影。 (2) 增强：延迟扫描，结石与强化输尿管重叠。 4.MRU表现：结石梗阻尿路扩张积水，梗阻处结石于输尿管内呈无信号影。（三院课件）
膀胱结石	1.x线平片表现 耻骨联合上方的高密度影，多卵圆形，也可为梨形或不规则形，大可至数厘米。 2. 尿路造影表现：少数X线阴性结石表现为低密度的充盈缺损，随体位变换而移动，与肿瘤鉴别。 3. CT表现：膀胱内致密结节，骨窗可见结石内的分层结构。

3、泌尿系统结核

临床表现、影像学检查方法、病理生理基础		影像学征象
肾结核	<b>【临床表现】</b> 好发年龄20~40岁，尿频、尿痛、脓尿或终末或全程血尿，消瘦乏力和低热等。 <b>【影像学检查方法的选择】</b> 超声、CT首先，尿路造影首选，MRI不是常规检查方法。 <b>【病理生理基础】</b> 初期为皮质感染，至髓质、肾乳头、肾盏、肾盂，最后至输尿管、膀胱。	<b>影像学征象*</b> (1) <b>早期肾结核</b> 1. 尿路造影：病变肾盏杯口形态消失、呈“虫蚀状”。 2. CT检查不易显示病变。 (2) <b>进展期肾结核</b> 1. 尿路造影表现 (1) 肾盏不规则破坏或消失，肾实质内对比剂聚集，呈不规则囊状-空洞。 (2) 肾盂积液，尿路造影常不显影，逆行尿路造影显示肾盂、肾盏区域对比剂浓聚，呈不规则囊腔。 2. CT表现 (1) 肾实质内低密度囊样空腔，增强无强化，延迟扫描可见对比剂进入，囊腔内可见液气平面。 (2) 肾盂肾盏扩张呈低密度（水样密度）。 (3) 空洞壁可见钙化。 (三) <b>晚期肾结核</b> 1.X线表现：一侧肾的斑点状、云絮状致密影、 <b>灰泥肾</b> 。 2.尿路造影表现：肾盏狭窄、变形或不显影，肾盂拉长、狭窄、变形。 3.CT表现：病变肾广泛钙化，增强扫描无强化。
输尿管和膀胱结核	<b>(一) 输尿管结核</b> 1.早期：尿路造影无异常，增强显示病变黏膜有强化。 2.中晚期 (1) 尿路造影、CTU、MRU：输尿管多发狭窄与扩张呈不规则串珠样，输尿管僵硬、缩短，肾盂扩张积水。 (2) CT表现：输尿管壁增厚，管腔多发狭窄、扩张。 <b>(二) 膀胱结核</b> 1.膀胱明显变小，膀胱挛缩，边缘呈锯齿状。 2.膀胱输尿管返流 3.对侧扩大增粗的肾盂输尿管，患侧肾盂、输尿管呈串珠样或不显影。	

四、泌尿系肿瘤与肿瘤样病变

--	--

临床表现、影像学检查方法、病理生理基础		影像学征象
肾囊肿	<p>多指单纯性肾囊肿，包括肾孟旁囊肿。</p> <p>【临床表现】</p> <p>多无症状。&gt;10cm肿瘤可出现腰背部疼痛，囊内出血，一侧腹部绞痛，多不伴有血尿。</p>	<p>(1) CT表现</p> <p>1.肾囊肿</p> <p>(1) 肾内单发或多发圆形、类圆形低密度影，边缘光滑、清楚，无包膜，CT值为10Hu。囊内出血或蛋白质成分高时，囊肿密度较高，称为<b>高密度肾囊肿</b>。</p> <p>(2) 增强扫描肿块不增强。</p> <p>2.肾孟旁肾囊肿：肾窦内低密度区。延迟扫描可见排泌到肾孟内的对比剂不进入囊内。</p> <p>(二) MRI表现：囊液在T1WI上呈低信号，T2WI上呈高信号。囊壁菲薄不能显影。</p>
书P429页表格自学，看一下，不用掌握。		
肾血管平滑肌脂肪瘤	<p>也称肾错构瘤，最常见肾脏良性肿瘤。80%合并结节性硬化，女性多见，发病年龄20-50岁。</p> <p>【临床表现】</p> <p>多体检发现，腹痛、血尿、腹部包块。</p> <p>【检查方法】超声、CT、MRI</p> <p>【病理生理基础】</p> <p>由血管、平滑肌、脂肪组成，单发、多发。小-巨大不等</p>	<p>(一) <b>CT表现*</b></p> <p>1.混杂低密度肿块，内可见脂肪成分，<b>CT值-20~-80Hu</b>，具有一定特异性。</p> <p>2.肿瘤内出血，CT平扫呈高密度；增强明显强化提示肿瘤内形成假性动脉瘤。</p> <p>(二) <b>MRI表现*</b></p> <p>1.脂肪：T1WI呈高信号、T2WI呈中等信号</p> <p>2.脂肪序列：脂肪信号呈明显低信号</p> <p>3.<b>MRI同、反相位扫描</b>，表现为同相位较高信号反相位信号降低提示脂肪组织。</p>
肾细胞癌	<p>【临床表现】</p> <p>是最常见的肾恶性肿瘤，中老年多见，男性多于女性，无痛性血尿，也可触及包块。多见于肾上下极。</p> <p>【病理生理基础】</p> <p>肿瘤来自肾小管上皮细胞，以透明细胞癌常见，瘤内富血供，多有出血和坏死。有时可形成假包膜。</p>	<p>(一) <b>CT表现*</b>：CT是肾癌的主要检查方法</p> <p>1.平扫：肾实质内类圆形肿块，边界清楚。肿瘤小：轮廓正常，肿瘤大：肾轮廓局限性增大，表面凹凸不平。肿块密度不均。</p> <p>2.增强扫描</p> <p>(1) 动脉期：肿块非坏死部分呈不均匀明显强化。</p> <p>(2) 静脉期/延迟期：肿块密度低于正常肾实质。</p> <p>(3) 肿块内坏死、液化区无强化。</p> <p>3.肾静脉、下腔静脉受累：肾静脉癌栓-肾静脉增宽，肾静脉内充盈缺损（不强化的软组织肿块）；下腔静脉癌栓-下腔静脉内充盈缺损，向上可达右房，肝脏增大-腹水。</p> <p>4.肾窦受压、变形、中断、移位。</p> <p>5.肾周侵犯：肾周脂肪间隙模糊、消失，肾筋膜增厚。</p> <p>6.淋巴结转移与远处转移</p> <p>(二) <b>MRI表现*</b></p> <p>1. T1WI等信号，T2WI高信号类圆形病灶，可见周围窄的低信号假包膜。</p> <p>2.肿瘤内的坏死、液化区呈T1WI低信号，T2WI不均匀高信号；出血灶T1WI及T2WI均呈高信号。</p> <p>3.肾静脉、下腔静脉受累 腔内见软组织信号。</p>
肾母细胞瘤	<p>即肾胚胎瘤，异常Wilms瘤，来自胚胎的间叶组织、上皮及胚芽组织，<b>小儿最常见肾脏恶性肿瘤</b>。</p> <p>【临床表现】</p> <p>多见于1-3岁小儿，腹部包块，部分有血尿。</p> <p>【病理生理基础】</p>	<p>1.KUB表现：肾影明显增大。</p> <p>2.尿路造影表现：患侧肾盂肾盏压迫、移位、拉长、变形、分离及破坏，甚至不显影。</p> <p>3.CT表现：</p> <p>(1) 巨大肿块呈不均匀稍低密度，内可见斑片状、裂隙状更低密度坏死区，可见高密度出血灶。部分肿瘤内可见无形态的致密钙化。</p>

	可发生于肾的任何部位，多位于肾实质，多单发，少多发。多巨大，常有液化、坏死、出血，少有钙化。	(2) 肿块多轻度增强，周围受压的肾实质明显强化。 (3) 肾静脉与下腔静脉受累、肾门与腹主动脉旁淋巴结肿大、远处转移。 4.MR表现：T1WI低信号、T2WI高信号，信号不均匀。
肾盂癌	发生于肾盂肾盏的移行上皮，少数为鳞状上皮，占肾恶性肿瘤的8%-12%，发生于输尿管的称为输尿管癌 【病理生理基础】 移行细胞癌占80%-90%，多呈乳头状生长（乳头状癌），可向下游植于输尿管和膀胱。鳞状细胞癌少见，约占10%。 【临床表现】 常见于40岁以上男性，肉眼血尿或镜下血尿，腹痛、体重减轻 【检查方法选择】 尿路造影（首选）、CT、MRI、超声	1.尿路造影表现：肾盂肾盏内结节状充盈缺损。 2.CT表现：肾盂内软组织结节，轻度强化， <u>延迟分泌期扫描呈肾盂内充盈缺损</u> 。 侵犯肾实质时，与邻近肾实质分界不清，邻近实质受浸润破坏。晚期可穿出肾实质侵犯肾周围脂肪或邻近解剖结构。 3.MRU表现：肾盂内结节状低信号充盈缺损。
膀胱癌	多为移行细胞癌，少数为鳞状细胞癌和腺癌，好发于40岁以上男性。 【临床表现】 无痛性肉眼血尿、尿频、尿急和尿痛 【检查方法】 超声-首选，CT、MRI-肿瘤分期，尿路造影—双肾功能及排除肾盂肿瘤 【病理生理基础】 易发生在膀胱三角区及两侧壁，移行细胞癌常呈乳头状生长又称乳头状癌。鳞状细胞癌、腺癌及部分移行细胞癌可呈浸润生长至局部膀胱壁增厚（表面溃疡、钙化）。	1. X线膀胱造影：膀胱内菜花样及乳头状充盈缺损影，基底较宽，局部僵硬。 2. CT： (1) 膀胱壁局限增厚或有菜花样结节。晚期可充满整个膀胱。 (2) 肿块位于输尿管口，可导致输尿管梗阻。 (3) 累及周围组织时，膀胱周围脂肪层分界模糊。 (4) 盆腔淋巴结直径大于10mm，提示淋巴结转移。 3. MRI： (1) 膀胱壁增厚或结节肿块，T1WI与膀胱壁信号相似，T2WI比膀胱壁信号高。 (2) 累及膀胱周围组织 T1WI在周围脂肪内低信号，T2WI上见膀胱壁连续性中断。
书P440页表格看一下		

5、肾上腺疾病

临床表现、影像学检查方法、病理生理基础		影像学征象
肾上腺皮质增生	肾上腺皮质增生的临床表现分型（掌握）	
	分型	临床表现
	库欣综合征	向心性肥胖，皮肤紫纹，多毛，肌肉萎缩，高血压，骨质疏松，性功能障碍等，尿中17-羟皮质类固醇增多
	原发性醛固酮增多症	消瘦，周期性肌无力，高血压、多尿、低血钾、高尿钾、碱中毒、肾素水平低，血和尿醛固酮增高
	肾上腺性征异常	性早熟女性男性化/男性女性化， 假两性畸形，尿中孕三醇增高

	<p>【影像学检查的选择】超声—婴幼儿检查首先 CT—诊断首先 MRI—是CT检查的补充，鉴别诊断</p> <p>【病理生理基础】双侧肾上腺弥漫性增大，结节状</p> <p>【影像学征象】*</p> <p>1. 肾上腺弥漫性增生：对称性均匀增大，边缘光滑，外形多正常，密度或信号均匀。</p> <p>2. 肾上腺结节状增生：局限性结节状凸起，边缘不光整。部分结节内因含脂类激素CT密度稍低。</p>	
肾上腺皮质腺瘤	<p>【临床表现】</p> <p>分为：无功能性、功能性皮质腺瘤</p> <p>1. 无功能性皮质腺瘤：多无症状</p> <p>2. 功能性皮质腺瘤：原发性醛固酮增多症、皮质醇增多症、性变态综合征（少见）。</p> <p>【病理生理基础】</p> <p>肾上腺皮质内类圆形肿块，有包膜，富含血管，很少有出血、坏死，醛固酮内富含脂类</p>	<p><b>影像学征象*</b></p> <p>（一）CT表现</p> <p>1. 单侧或双侧肾上腺类圆形或椭圆形肿块，边缘清楚，多位于肾上腺内支、外支夹角之间。</p> <p>2. 肿块呈等密度或密度接近于水。</p> <p>3. 增强扫描，肿块呈均匀或不均匀强化。</p> <p>4. 功能性腺瘤对侧肾上腺萎缩，无功能腺瘤对侧肾上腺正常。</p> <p>（二）MRI表现</p> <p>T1WI和T2WI信号强度等于或略高于肝实质，肿块富含脂肪，脂肪抑制序列肿块信号减低。</p>
嗜铬细胞瘤	<p>是发生在肾上腺髓质的肿瘤，产生并分泌儿茶酚胺。</p> <p>【临床表现】</p> <p>阵发性、持续性高血压，头痛、多汗、面色苍白等。</p> <p>【病理生理改变】（10%肿瘤）</p> <p>嗜铬细胞瘤90%位于肾上腺，可发生于交感神经系统。</p> <p>10%的肿瘤位于双侧肾上腺；10%的肿瘤位于肾上腺外；10%的肿瘤多发；10%为恶性肿瘤。嗜铬细胞瘤常较大，易发生坏死、囊变和出血，肿瘤有完整包膜。</p>	<p><b>影像学征象*</b></p> <p>（一）CT表现</p> <p>1. 肾上腺圆形或椭圆形肿块，约3-5cm，边缘锐利、密度不均，常发生坏死、囊变、出血等，偶有钙化。增强扫描明显不均匀强化。</p> <p>2. 恶性嗜铬细胞瘤 肿块大小7-10cm，分叶状，边缘不规则，粘连或包埋主动脉、下腔静脉等大血管，可有腹膜后淋巴结肿大及远处转移。</p> <p>（二）MRI</p> <p>肿块在T1WI上呈低信号或高信号，在T2WI上呈高信号，信号接近脑脊液。较小肿块信号较均匀，较大肿瘤信号不均匀。</p>
肾上腺皮质癌	<p>【临床表现】分为：功能性及非功能性，功能性多见，多为皮质醇增多症。</p> <p>【病理生理基础】肿块较大，形态不规则，边缘分叶，包膜不完整，易出血、囊变、坏死。早期出现淋巴结转移及远处转移。</p>	<p>1. CT表现：（1）较大分叶状肿块，密度不均，有时可见钙化。增强后肿块周边不规则强化环，中心坏死部分的低密度区无强化。</p> <p>（2）常有肾静脉、下腔静脉瘤栓、腹膜后淋巴结转移、肝肾侵犯。</p> <p>2. MRI表现：肿块信号取决于肿块的大小，是否有出血、坏死、囊变等。</p>
肾上腺结核	<p>继发于身体其他部位结核</p> <p>【临床表现】表现为皮质醇减少症，表现为乏力、消瘦、色素沉着、低血压、17-羟皮质固醇降低</p> <p>【病理生理基础】双侧发病，同时累及皮质及髓质，大量干酪样坏死、纤维化、钙化，可形成脓肿</p> <p>【影像学征象】</p> <p>双侧肾上腺增大、变形，边缘不规则，密度不均匀，中央坏死呈低密度。晚期有广泛不规则钙化。常引起皮质醇减少症（Addison病）。</p>	
肾上腺囊肿和假囊肿	<p>【临床表现】</p> <p>多无临床症状，偶然发现，囊肿较大时压迫周围脏器引起症状。</p> <p>【病理生理基础】多为单囊，囊壁可有钙化</p>	<p>1. CT表现：圆形或类圆形囊性病变，边缘光滑，水样密度。无强化。囊壁可有环状或斑状钙化。</p> <p>2. MRI表现：T1WI低信号，T2WI高信号，信号均匀。</p>
肾上腺意外瘤：是指临床上无明确肾上腺功能异常表现，而在健康体检或其他原因行影像学检查		

查时意外发现的肾上腺肿块。其中绝大多数为肿瘤性病变，并以非功能性肿瘤，主要为非功能性皮质腺瘤及转移癌多见。少部分有内分泌功能。

肾上腺常见疾病的影像学鉴别诊断（掌握）						
	肾上腺囊肿	肾上腺皮质增生	肾上腺皮质腺瘤	嗜铬细胞瘤	肾上腺皮质癌	肾上腺转移
临床特点	无症状	皮质醇增多症、醛固酮增多症	皮质醇增多症；醛固酮增多症	儿茶酚胺增多症状	皮质醇增多症等	无症状，有原发肿瘤
大小	不定	不定	<4cm	巨大	大	较小
位置	单侧	双侧	单侧	单侧	单侧	单或双侧
密度	均匀水样密度	均匀等密度	等或接近于水密度	不均匀，坏死，囊变，出血	不均匀，坏死，囊变，出血	等密度
强化	无	轻度	轻到中度	明显	不均匀	无
邻近侵犯	无	无	无	可有	有	可有

## 生殖系统与乳腺总论

### 第一节 男性生殖系统

#### 一、常有的影像学检查方法

##### （一）CT检查

1. 检查前准备：膀胱充盈。2. 平扫：主要用于前列腺疾病和睾丸肿瘤。  
3. 增强：用于鉴别盆腔、腹膜后增大淋巴结及血管。

##### （二）MRI检查