**中央型肺癌**

**【简介】**：中央型肺癌（central primary lung cancer）是指起源于段及段以上的支气管黏膜上皮或腺体、位于肺门附近的肺部恶性肿瘤，是肺癌最常见的一种类型，约占60%-70%，在外科切除肺癌中占15%-35%。

**【临床与病理】**：中央型肺癌在临床上属于常见恶性肿瘤, 原发于支气管腺上皮、上皮、肺泡上皮, 发生在肺段及及肺段以上, 主要为大细胞癌、小细胞癌、鳞状上皮癌、腺癌。该肿瘤的生长方式主要有管内、管外、管壁3种类型, 可单独存在或者同时存在[1]。

**【影像学表现】**

**1, X线**

1. **直接征象**：小癌灶胸片可无任何异常。肿瘤增大后可出现肺门区边界较清的不规则软组织肿块影，为肺癌的直接征象或瘤体与肺门淋巴结的融合影。
2. .**间接征象**; 当癌灶局限于支气管内时，阻塞性肺气肿可为最早的间接征象，表现为肺叶体积增大，透亮度增加，肺纹理稀疏。纵隔、横膈及叶间裂移位。阻塞性肺炎为局限性斑片状影或肺段、肺叶实变影。支气管完全阻塞时发生肺不张，可发生于一个肺段、肺叶或一侧肺，其体积缩小、密度增高，周围结构向病变处移位。右上叶不张时，肺叶体积缩小，水平裂上移，呈凹面向下，其与肺门肿块的下缘相连，形成反置或横置的“S”状，称为“反S征”或“横S征”。 阻塞性支气管扩张伴黏液栓时可表现为带状或条状致密影，有时呈指套状表现，称为“指套征”。
3. **转移征象**：转移到邻近的肺门淋巴结引起肺门影增大。纵隔淋巴结转移引起纵隔影增宽。左侧喉返神经受侵可出现声音嘶哑；膈神经受侵可导致横膈矛盾运动。其他转移表现为肺内结节、胸腔积液、肋骨破坏及心包积液等。

**2, CT;**

1. **直接征象**：当肿瘤局限于支气管内时，薄层CT或HRCT可见支气管管壁不规则增厚及腔内、外结节，引起支气管狭窄甚至截断，范围较局限，管腔形态不规则，狭窄段常呈楔形。当病变进展时可见肺门肿块，螺旋CT多平面重组(MPR)及三维容积重组能够显示肿瘤的部位、范围及狭窄远端的情况。支气管仿真内镜可显示支气管内病变的表面。
2. **间接征象**：阻塞性肺气肿表现为肺叶范围的密度减低区；阻塞性肺炎表现为小片状、肺段或肺叶实变影，肺体积常缩小，可合并支气管血管束增粗、模糊；阻塞性肺不张可见肺门区肿块影突出于肺不张的外缘。增强扫描可见肺不张内的肿块轮廓，且可显示肺不张内条状或结节状低密度影，为支气管腔内潴留的不强化黏液，即“黏液支气管征”。阻塞性支气管扩张可表现为柱状或带状略高密度的“指套征”。
3. **转移征象**：胸内淋巴结转移引起肺门及纵隔淋巴结肿大，以气管隆嵴下、主动脉弓旁、上腔静脉后、主肺动脉窗、气管旁及两肺门组淋巴结多见，增强扫描显示更为明显，可显示邻近结构的侵犯，如肺静脉，上腔静脉内瘤栓等。

**3, MRI**：当癌灶较大时，MRI平扫即可显示肿块的形态、大小、信号以及支气管狭窄等征象，还可显示邻近支气管、血管受累及纵隔淋巴结肿大等征象，有助于临床分期。

**【诊断及鉴别诊断】**：**(1)**中央型肺癌：支气管壁增厚，可合并支气管腔内结节及腔外肿块。即肺门区肿块是诊断的重要依据。需与支气管内膜结核鉴别，后者支气管壁不规则增厚，管腔狭窄范围较长。阻塞性肺炎应与普通肺炎或肺结核鉴别。阻塞性肺不张应与其他原因引起的肺不张鉴别。

**(2)**周围型肺癌：典型者可见毛刺征、分叶征、胸膜凹陷征、血管集束征及“小泡征”等。需与肺结核球、错构瘤和炎性肌纤维母细胞瘤等鉴别。GGN表现的周围型肺癌需与AAH和局灶性肺炎鉴别，部分实性结节的肺癌需与肺炎症等鉴别。

**(3)**弥漫型肺癌：当表现为两肺多发斑片影及肺叶、段实变时，与肺炎鉴别困难。如病变经抗感染治疗不吸收，且有淋巴结肿大，应考虑该类型肺癌可能，可行穿刺活检确定诊断。

**参考文献：**

**[1]**马晓玲，周舒畅，夏黎明.动态增强MRI在孤立性肺结节鉴别诊断中的应用J1.磁共振成像，2015，6(2)：125-130.