

超声诊断小儿急腹症 169 例

熊爱民, 方苏芳, 陈毅克

【摘要】 目的 评价超声对小儿急腹症诊断与鉴别诊断的价值。**方法** 分析 169 例小儿急腹症的超声声像图特征, 其中急性阑尾炎 59 例, 急性肠梗阻 31 例, 急性肠套叠 23 例, 急性肠系膜淋巴结炎 49 例, 原发性腹膜炎 7 例, 并将超声诊断与术后病理或其他检查及治疗后复诊结果相对照。**结果** 超声诊断符合率: 急性阑尾炎为 84.7%, 急性肠梗阻为 90.3%, 急性肠套叠为 87.0%, 急性肠系膜淋巴结炎为 100%, 原发性腹膜炎为 100%。**结论** 超声对小儿急腹症的诊断与鉴别诊断具有重要价值。

【关键词】 小儿急腹症; 超声; 诊断; 鉴别诊断

中图分类号: R312; R726.561 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)03-0251-02

小儿急腹症的病因, 除阑尾炎外, 与成人有较大的区别。成人以胃穿孔、胆囊炎、胰腺炎、肾结石、宫外孕等较为多见, 但这些急腹症在小儿都十分罕见。小儿急腹症以小肠病变为主, 本研究通过分析 169 例小儿急腹症的超声表现, 旨在探讨超声对小儿急腹症的诊断与鉴别诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 9 月至 2008 年 9 月 169 例患儿, 年龄 0.42 ~ 12.75 岁, 平均 7.17 岁。男 98 例, 女 71 例; 所有患儿均表现为剧烈腹痛, 和(或)伴发热、腹部包块、呕吐、便血等。急性阑尾炎 59 例, 急性肠梗阻 31 例, 急性肠套叠 23 例, 急性肠系膜淋巴结炎 49 例, 原发性腹膜炎 7 例。95 例经手术病理或灌肠复位证实, 其余结合临床表现或其他检查及治疗后复诊结果确诊。

1.2 仪器与方法 仪器采用 Acuson Aspen 及 GELOGIQ 7 超声诊断仪, 凸阵探头频率 3.5 ~ 5.5 MHz, 线阵探头频率 7.5 ~ 10 MHz。遇哭闹不合作的患儿, 给予镇静剂。患儿取平卧位, 先用 3.5 ~ 5.5 MHz 腹部凸阵探头对腹盆腔内各器官进行探测, 再选用 7.5 ~ 10 MHz 线阵探头对病变区或疼痛区仔细观察, 最后切换彩色多普勒对其进行血流动力学测量并记录。

2 结果

169 例小儿急腹症病例中: 急性阑尾炎 59 例, 超声诊断 50 例, 漏诊 7 例, 误诊 2 例, 符合率为 84.7%;

急性肠梗阻 31 例, 超声诊断 28 例, 漏诊 3 例, 符合率为 90.3%; 急性肠套叠 23 例, 超声诊断 20 例, 误诊 3 例, 符合率为 87.0%; 急性肠系膜淋巴结炎 49 例, 超声诊断 49 例, 符合率为 100%; 原发性腹膜炎 7 例, 超声诊断 7 例, 符合率为 100%。

3 讨论

小儿急腹症病例中, 最常见的是急性阑尾炎, 病情比成人严重。小儿常不能确切指明腹痛部位, 且哭闹不配合体格检查, 超声是急性阑尾炎较特异的影像学诊断方法, 不仅能根据阑尾炎声像图特征进行分型, 而且能为鉴别诊断提供图像依据。笔者发现: 小儿阑尾位置与成人比较相对地变异较多, 阑尾处于盲肠后位者非常多见, 另外盆腔阑尾亦相当常见, 本组病例中, 盆腔阑尾有 15 例。因而超声检查时不仅要右下腹局部探测, 更要注意变换体位, 采取仰卧、俯卧或左侧卧位, 全腹多切面进行探测, 减少漏诊^[1-3]。本病须与急性肠系膜淋巴结炎相鉴别, 后者右中下腹部可见串状淋巴结。

急性肠梗阻的超声特征为: 肠管扩张、肠腔积液, 小肠扩张内径 > 30 mm, 结肠扩张内径 > 70 mm。以往小儿蛔虫性肠梗阻较常见, 但近年来卫生条件的明显改善, 此类型肠梗阻很少见。

急性肠套叠是婴幼儿急腹症最常见病例之一, 超声在肠套入的短轴切面可见低回声的“同心圆征”或“靶环征”, 声像图特征明显。本组病例中, 11 例并发肠梗阻, 肠套叠也是小儿肠梗阻较多见的病因之一。近年来, 我们尝试在超声监视下水灌肠复位, 诊断与治疗同时完成, 值得推荐^[4]。

急性肠系膜淋巴结炎好发于 7 岁以下小儿, 由于肠系膜淋巴结以回肠末端最丰富, 发炎后疼痛多

作者简介: 熊爱民 (1970-), 女, 安徽庐江人, 本科, 主治医师, 从事超声影像诊断专业

作者单位: 200052 上海, 解放军 85 医院特诊科

位于右下腹,常误诊为急性阑尾炎。超声表现为:右中下腹可见串状类圆形淋巴结反射^[1]。本组 49 例均通过超声发现肠系膜淋巴结肿大并结合临床表现而确诊为肠系膜淋巴结炎。

原发性腹膜炎是指腹腔内并无内脏炎症或穿孔的腹膜急性化脓性感染,一般以血行性感染最多见。超声探测可见患儿腹腔内游离积液,并能在超声引导下腹腔穿刺抽液进行生化检查及细菌培养,同时也对腹腔脏器进一步探测,与引起继发性腹膜炎的疾病相鉴别,为手术或非手术治疗提供依据。

总之,超声检查简便易行,经济便捷,无创伤,无放射,可反复检查,不但能清晰显示小儿腹腔内的局部病灶,为急腹症的诊断与鉴别诊断提供了图像依据,还能同时进行诊断性穿刺或灌肠复位治疗。因此,超声对小儿急腹症的诊断与鉴别诊断具有重要

临床价值,是小儿急腹症的首选检查方法。

【参考文献】

- [1] 胡国斌,王振杰,胡元龙. 现代腹部急症外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2002:381.
- [2] 林 腾,郑宝群,赖志鸿. 小儿急性阑尾炎的高频及彩色多普勒超声诊断和分型[J]. 中国超声诊断杂志,2005,21(6):600-603.
- [3] 方 凡,赵博文,徐海珊. 超声对急性阑尾炎阑尾周边高回声结构的分析[J]. 中华超声影像学杂志,2006,15(11):824-826.
- [4] 赵 忠,李振敏,戚胜杰,等. 彩色多普勒超声在小儿肠套叠选择复位方式中的价值[J]. 中华超声影像学杂志,2001,10(4):225-227.

(收稿日期:2009-09-12;修回日期:2009-10-25)

(本文编辑:潘雪飞)

早期准确诊治主动脉夹层动脉瘤的体会

王 磊,江时森,宫剑滨,张启高

【摘要】 本文对 2 例临床结果迥异的主动脉夹层动脉瘤患者诊疗过程进行回顾分析,总结主动脉夹层动脉瘤这一临床急症的诊疗经验。主动脉夹层动脉瘤诊断需围绕突发胸痛这一核心症状,通过详细问诊、查体,尤其及时行主动脉双源 CT 成像可早期成功诊断,而尽早实施血管介入或手术治疗是首选的治疗方法。

【关键词】 主动脉夹层动脉瘤;诊断;治疗

中图分类号: R543.16 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)03-0252-02

主动脉夹层动脉瘤是以胸痛为主要表现的临床急症,病死率高,且易误诊、漏诊,现将笔者近期收治的 2 例诊治体会报告如下。

1 病案摘要

例 1,男,63 岁,因突发胸闷、大汗、腰痛 8 小时入院,既往有高血压病史。因发现血压升高,患者口服硝苯地平 10 mg 后半小时突发胸闷不适、大汗及腰痛,来院时意识模糊,血压为 50/34 mm Hg,诊断为急性冠状动脉综合征收治入院。体格检查:血压 120/70 mm Hg,急性病容,多汗,心率 130/min,心律不齐,心尖部可闻及 2/VI 级收缩期杂音;右下肺可闻及少量湿性啰音。腹型肥胖,外形圆隆,脐周触及压痛,并在脐下 1~2 横掌处有明显搏动。心电图示房颤律、T 波改变;心肌酶谱及肌钙蛋白均正常。初

步诊断为腹主动脉夹层动脉瘤。双源 CT 血管造影检查(CTA)证实为 Stanford B 型夹层动脉瘤,假腔由左侧锁骨下动脉开口以下 5 cm 延至双侧髂动脉,拟行急诊手术,但在转运途中患者猝死。

例 2,男,37 岁,因反复胸闷伴后背酸痛 8 天入院,既往无高血压病史。患者于入院前 8 天出现胸闷伴背部酸痛,持续不缓解,平卧后加重,并与脉搏同步,可放射至左颈部,门诊测血压为 178/120 mm Hg,诊断为高血压病收治入院。体格检查:血压 178/90 mm Hg,焦虑面容,半卧位;心率 90/min,心律齐,主动脉区可闻及舒张期杂音;两肺呼吸音增粗,未闻及啰音。心脏超声示升主动脉增宽,中度主动脉关闭不全,左室壁增厚;X 线胸片示双侧少量胸腔积液,主动脉硬化;心肌酶谱及肌钙蛋白均正常。为明确高血压之病因,行双源 CTA,诊断为 Stanford B 型夹层动脉瘤,假腔自左锁骨下动脉下 4 cm 延续降主动脉全程,给予美托洛尔口服及硝普钠静脉泵入控制血压及心率,次日行主动脉支架植入术,术后

作者简介:王 磊(1976-),男,浙江绍兴人,博士,主治医师,从事冠心病与免疫炎症的基础及临床研究
作者单位:210002 江苏南京,南京军区南京总医院心内科