

229 例急腹痛 B 超诊断分析

季涛

【中图分类号】R445.1, R656.1 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2000)05-0372-01

急腹痛是临床常见病,临床诊断有时较困难。B超的应用为大多数急腹痛的病因和鉴别诊断提供了可靠的客观依据。现将我院近3年多来就诊的229例急腹痛患者的检查结果总结如下。

材料与方 本文报告229例,男95例,女134例,年龄最小3岁,最大78岁,平均40.5岁。其中76例经手术和病理诊断证实,余153例经CT、化验或其他临床资料获最后确诊。本组使用荷兰产Pie Medical Scanner 250型超声诊断仪,频率3.5~5.0MHz。上腹部检查按常规准备,盆腔检查采用膀胱充盈法。个别急需病例,采用膀胱灌注充盈法。

结果 229例中,肝、胆、胰疾病121例(胆囊结石合并急性胆囊炎55例,超声符合53例;急性胆囊炎34例,符合33例;胆囊、胆道蛔虫症17例,符合16例;急性胰腺炎15例,符合12例。)占全组52.8%;泌尿系结石49例,符合46例;急性阑尾炎并阑尾周围脓肿共25例,符合21例;外伤性脾破裂及胃肠穿孔共21例,全符合;宫外孕伴盆腔积血13例全符合。超声诊断与临床确诊符合率93.9%(215/229),不符合22例占6.1%(14/229)。

讨论 急腹痛的病因较多,具有发病急、变化快、病情重的特点,需及时作出病因诊断和正确治疗。B超能早期快速作出病因诊断,其准确率达90%以上。本文中急性胰腺炎15例,有一半以上的病例临床诊断是以急性胆囊炎、化脓性胆管炎来检查的。我们采用仰卧位、半坐位、探头加压探查,超声可直接显示炎症胰腺的大小、形态、内部结构改变等全貌;其中3例出

血坏死性胰腺炎,胰腺体积明显肿大,周围模糊,胰体尾中有片状不规则无回声坏死区,经手术治疗,病理证实。水肿性胰腺炎9例,胰腺体积较正常大一倍,被膜增厚欠光滑,整个胰腺呈不均质低回声,经保守治疗全愈。另3例,因体胖肠气干扰,虽采用饮水700cc右侧卧位探查,仍不能明确诊断。

急性阑尾炎,至今对它的诊断还主要建立在临床基础上。本组急性阑尾炎25例,超声符合21例,占84%,超声诊断的依据是:①急性阑尾炎的阑尾增粗,壁水肿呈双层,形如蚯蚓状或手指状;②化脓性阑尾增粗更明显,阑尾区出现不规则蜂窝状液性暗区;③阑尾周围脓肿时阑尾区出现低回声混合性团块,中央有团状气体呈靶环征或同心圆征。超声诊断阑尾炎虽具有敏感性,但还需要结合病史和临床症状综合分析判断。

B超对腹腔内脏器穿孔的诊断,本文胃肠穿孔5例(手术证实十二指肠球部溃疡3例,外伤性回盲部2例),穿孔距检查时间最短2h,最长6天。超声检查见中上腹部呈多次重复强回声反射,胃肠轮廓均不能显示,两侧髂窝可见2cm~3cm深的液性暗区,同时,时间较长的2例在脾与左肾隐窝处探及混合性偏强回声团块(是网膜包裹组织反射)。穿孔早期B超检查对穿孔部位的确定可能有帮助。

B超诊断为大多数急腹痛提出了特异、可靠的诊断依据,而且它安全、快速、经济,争取抢救时间,避免手术的盲目性或漏诊,故认为超声检查是急腹痛检查手段中首选的检查方法。

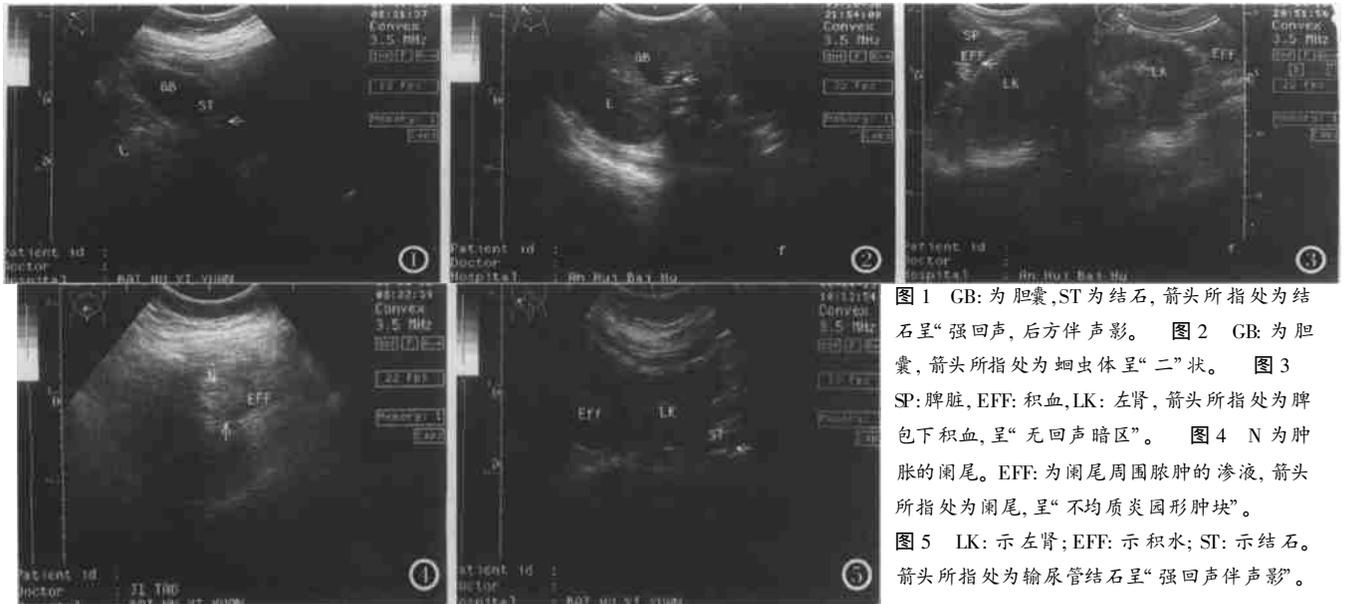


图1 GB:为胆囊,ST:为结石,箭头所指处为结石呈“强回声,后方伴声影”。图2 GB:为胆囊,箭头所指处为蛔虫体呈“二”状。图3 SP:脾脏, EFF: 积血, LK: 左肾, 箭头所指处为脾包下积血,呈“无回声暗区”。图4 N:为肿胀的阑尾, EFF: 为阑尾周围脓肿的渗液, 箭头所指处为阑尾,呈“不均质炎圆形肿块”。图5 LK: 示左肾; EFF: 示积水; ST: 示结石。箭头所指处为输尿管结石呈“强回声伴声影”。

(2000-03-14 收稿)

作者单位: 231508 安徽白湖医院 B 超室
作者简介: 季涛(1966-),女,安徽人,医师,从事临床放射及研究