

究。Gay 将肾损伤分为轻、中、重三型^[1], ①轻型: 肾轻度损伤, 小的肾皮质撕裂, 肾内血肿, 肾节段性梗死, 小的包膜下血肿, 常采用非手术治疗; ②中型: 肾实质撕裂和集合系统相通, 大的包膜下血肿, 完全撕裂, 肾断裂, 肾静脉损伤, 保守治疗; ③重型: 粉碎性肾, 肾动脉断裂或梗死, 骨盆外输尿管撕裂, 采用手术修补。大多数学者认可轻度和重度肾损伤的治疗方案, 而对中度肾损伤的临床处理意见不一, 也有人认为当肾周间隙出现较大血肿或严重的尿外渗时为手术指征^[2]。

4 检查方法的选择

B 超在腹部外伤的检查中具有重要的价值, 但是因超声本身的一些局限及患者自身状况的限制, 使其在对肾外伤的诊断及部分病例的复查时效果欠佳。如在小的肾挫伤中, 病灶在超声下表现为很小的低回声区难以显示而漏诊。另外, 肾盂内积血在超声下表现为肾盂扩张积水而无法断定是尿液或血液, CT 上则表现为高密度可予诊断。一般而言, CT 在肾脏损伤诊断中的价值优于超声, 此观点与相关报道相符^[3-5]。利用 CT 增强扫描可了解肾功能状况及是否合并肾集合系统的损伤而致尿液外渗, 超声则对此却无明显价值^[6]。

CT 不仅是一种准确性很高的非侵入性检查, 不

受胃肠道气体和腹腔脂肪的干扰, 也不受腹部外伤后伤口敷料和留置导管的影响, 检查速度快, 广泛应用于临床腹部外伤的诊断。

腹腔穿刺为阴性不能排除内脏的损伤, 必须结合 CT 和 B 超检查结果。CT 不仅能直接显示血肿的存在及范围, 而且可对肾损伤进行分型, 并查明有无合并腹腔其它脏器的损伤及腹腔积血, 且能估计损伤的程度。这些对临床治疗方案的选择尤为重要。CT 平扫后增强扫描对肾脏损伤的诊断有肯定价值, 诊断的敏感度和准确度达 100%。

参考文献:

- [1] 周康荣. 腹部 CT [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1993. 292-296.
- [2] 韦嘉珊. 泌尿生殖系统疾病影像诊断学 [M]. 北京: 科学出版社, 2004. 272-277.
- [3] 孙传祥, 颜纯海, 殷福兴, 等. B 超、CT 检查对闭合性肾外伤诊治的作用 [J]. 苏州医学院学报, 1999, 19(11): 1197-1198.
- [4] 谢肇钦, 付凯. 腹部外伤的 CT 诊断(附 387 例分析) [J]. 实用放射学杂志, 2000, 16(4): 229-231.
- [5] 郭玉林, 白呈祥, 陈勇, 等. 肾外伤的 CT 评价 [J]. 中华创伤杂志, 2000, 16(5): 315-316.
- [6] 胡兵, 张在沛, 张有为. CT 在外伤性肾损伤诊治中的临床价值 [J]. 实用放射学杂志, 2005, 21(2): 182-184.

(收稿日期: 2006-01-28 修回日期: 2006-03-24)

• 外刊摘要 •

球囊扩张椎体成形术后 MDCT: 骨质疏松性骨折术后一年椎体结构的分析

R hrl B, Sadick M, Brocker K, et al

目的: 评估 MDCT 在球囊扩张椎体成形术后监测椎体结构中的价值, 观察椎体形态学变化。材料与方法: 66 例椎体骨质疏松性骨折患者行经皮球囊椎体成形术后连续观察 26 个月。术前和术后以及追踪复查 CT 分别观察椎体高度, 椎间隙宽度, 矢状面指数, COBB 角和骨水泥渗漏。测量这些参数并对数据进行统计学分析。结果: 球囊扩张椎体成形术后患椎椎体前缘增加的高度 (0.15cm, $P < 0.0001$) 和椎体中央增加的高度 (0.17cm, $P < 0.0001$) 均有显著性改变。而椎体后缘的高度并没有显著性变化。矢状面指数也有同样的结果, 在术后追踪复查中指数保持稳定。在术后一年的复查中手术椎体的高度和

对照组未手术椎体均有同样的丢失, 椎体的形态保持稳定。比较所有结果手术椎体的高度显示减小。COBB 角也发现有显著性变化。71% 的病例发现有骨水泥渗漏。结论: MDCT 是一种球囊扩张椎体成形术后评价椎体结构的准确方法。能够准确发现椎体形态的改变, 骨水泥渗漏和骨质疏松进展等并发症。术后椎体的高度和矢状面指数均有显著的提高, 而 COBB 角则有显著性减小。

华中科技大学同济医学院附属同济医院 杨海涛 译 王仁法 校
摘自 Fortschr R ntgenstr, 2006, 178(8): 801-803.