

文章编号:1005-6947(2007)07-0715-02

· 临床报道 ·

B超对肝脾外伤性破裂的诊断价值探讨

郑宏, 谭建平, 李文科, 方文军

(湖南省湘潭市二医院 超声科, 湖南 湘潭 411100)

摘要:为探讨B超在肝脾外伤性破裂中的诊断价值。笔者回顾性分析28例肝破裂和41例脾破裂患者的B超声像图特点,并与手术结果进行对照。结果示,28例肝脏外伤性破裂患者中,B超诊断正确者25例,诊断符合率89.3%;41例脾破裂患者,B超正确诊断37例,诊断符合率90.2%。B超提示肝脾破裂口共95处,占手术所见112处的84.8%。提示B超检查方法简单,符合率高,为肝脾外伤性破裂的首选影像诊断方法,特别适于基层医院使用。

[中国普通外科杂志,2007,16(7):715-716]

关键词: 创伤和损伤/超声检查; 肝破裂; 脾破裂

中图分类号: R657.32, R657.62

文献标识码: B

腹部外伤是外科的常见病,可为车祸、刀伤、坠落、压砸、撞挤伤等所致,超声检查在腹部外伤的诊断中起着重要作用。我院2005年3月—2006年12月共收治69例外伤性肝脾破裂患者,术前均行B超检查。笔者回顾性地将术前B超检查与术中所见进行比较,旨在探讨超声检查对外伤性肝脾破裂的诊断价值,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

69例中男58例,女11例;年龄9~34(平均18.5)岁。致伤原因:车祸42例,坠落9例,压砸8例,撞击伤4例,挤

压伤4例,刀伤2例。受伤后0.5~4h急诊入院。患者表现为急性腹痛,部分患者伴恶心呕吐,血常规检查白细胞轻度升高或正常,红细胞及血红蛋白减少。入院时休克34例,血压为(70~50)/(40~20)mmHg(1mmHg=0.133kPa)。48例作腹穿,抽出血性液体39例,阳性率为81.3%。

1.2 检查方法

69例患者入院后均行床旁急诊B超检查,由具有多年临床经验的B超主治医师2人进行检查。使用仪器为德国西门子公司SONOLINE-AdaraB型超声检查仪,凸阵变频探头探查,频率为2.5~5.0MHz。患者取仰卧、左侧或右侧卧位。从剑突下→右肋间→右肋缘下依次扫查肝区,左肋间扫查脾区,观察肝脾包膜回声是否连续,如有回声中断,记录中断处部位及数目,并观察实质内回声是否均匀,附近是否有液暗区,常规全腹部探查有无腹腔积液。注意检查中切莫用探头加压检查,亦不要随意搬动患者,以免加重出血或引起再出血。

收稿日期:2007-05-09; **修订日期:**2007-07-06。

作者简介:郑宏,女,湖南湘潭人,湖南省湘潭市二医院主治医师,主要从事超声检查诊断方面的研究。

通讯作者:郑宏 E-mail:billing12@126.com

后观察尿量合理补液及便于护理,本组术后予胃肠减压12例中的11例(91.7%),留置导尿23例中的21例(91.3%)与上述因素有关。II组中98.6%的患者免除了肠胃减压的痛苦,也使肠胃减压后咽喉疼痛及吞咽不适发生率明显下降,术后出现明显腹胀经药物及针灸、理疗不能缓解后再行胃肠减压也可予以弥补。留置导尿管的II组6.6%;尿路感染亦降至0.57%,与I组比均存在差异显著性($P < 0.01$)。笔者的经验是考虑到手术时间长,或患者血容量不足,或高龄患者前列腺增生及伴有心脏疾患,肝肾功能不齐全等,术前予留置导尿,以便于观察尿量、调整补液量及速度。此外为减少痛苦,降低尿路感染发生率,即使有上述情况,也无需急于留置导尿,术前可让患者排尽小便,术后如出现尿潴留,再及时实行留置导尿配合,也为时不晚。

根据本组资料分析,笔者认为,胆囊切除术前不必常规胃肠减压及留置导尿,可根据患者的具体情况而定,把

是否需要术前胃肠减压及留置导尿作为患者诊治过程的一部分加以分析,给予较合理的治疗,不必让每个病例都尝试胃肠减压、留置导尿之苦。如果术后患者病情需要,也可再及时行胃肠减压或留置导尿。医生的细心观察、分析思考可为绝大多数患者减少精神或生理上的痛苦及经济负担,这也是以人为本的社会-生理-心理医学模式的一种体现。

参考文献:

- [1] 黄志强. 黄志强肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993.338-341.
- [2] 刘永雄.“小”手术大学问-谈作好胆囊切除术[J]. 中国普通外科杂志,2002,11(10):577-578.
- [3] 黎介寿,吴孟超,黄志强. 普通外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2005.670-685.

2 结果

69例患者均施行了手术治疗,与术中所见相比,28例肝脏外伤性破裂患者中,B超诊断正确者25例,诊断符合率89.3%,3例漏诊患者中,其中2例破裂口位于膈顶部,1例线形破裂位于右肝后叶上段,术中见裂口长1.5 cm,宽0.7 cm,深0.5 cm。41例脾破裂患者,B超正确诊断37例,诊断符合率90.2%,4例漏诊患者其破裂口均呈线形位于脾后缘上段,术中见裂口小而浅,裂口均小于1.8 cm×1.1 cm×0.7 cm。本组总诊断符合率为89.8%(62/69),B超提示肝脾破裂口共95处,占手术所见112处的84.8%。本组患者伤后>4h的检出率较高,为85.5%(59/69),≤4h者为4.3%(3/69)($P<0.05$)。

3 讨论

由于超声仪器的不断改进和广泛应用以及检查者经验的积累,超声检查对肝脾外伤的诊断正确率不断提高,本组总诊断正确率达89.3%,与文献^[1-2]报道相近。但由于患者伤情的不同和检查者经验的不足,仍然可能造成漏诊^[3-5],本组资料中有2例肝破裂位于膈顶部B超检查漏诊。肝脾线形破裂是超声漏诊的较常见情形,由于裂口小,破裂处组织密度差不足以形成声学反射介面,更易漏诊,对这些病例应检查肝脾的每个部位,采用多切面扫查,并根据邻近肝脾实质的回声改变和周围有无积液回声来判断是否有破裂。笔者的体会是:(1)二维灰阶超声对破裂长、深、大的典型肝脾损伤破口的数目、部位显示率高。本组B超发现肝脾破裂口共95处,占手术所见112处的84.8%。裂口长而深,超声易显示。裂口隐蔽、浅、短的损伤部位超声显示率不佳,易漏诊。本组7例漏诊患者裂口均较小且裂口部位位于膈顶部及后上方,致使超声漏诊。(2)超声分辨破损敏感性与受伤后急诊B超检查时间有关,早期急诊超声容易出现假阴性。尽管超声检查对肝破裂的诊断率较高,但仍不能排除因操作人员技术水平、肝脾损伤程度、损伤后患者就诊时间以及肝区扫描相对盲区,特别是重症患者因检查时受体位变动限制等不利因素对诊断造成的影响。为进一步提高超声检查对肝破裂的诊断符合率,笔者认为应注意以下几点。

(1)对临床疑有肝破裂的患者,如超声检查1次扫描

未发现肝损伤征象,决不能因此而轻易排除肝脾破裂的诊断。特别是对浅表型肝实质挫裂伤患者,因其伤口较表浅,受伤时出血不多,伤后不久肝脏出血即停止,故易被临床医师忽略。因此应严密观察对可疑患者,特别是病情有变化时,应及时进行超声检查及动态观察。有条件者可行CT检查。

(2)超声检查对肝脏扫描的最佳显像区域是左、右肝叶的中部,因这一区域在超声的焦点区内,分辨率好,图像显示清晰,一般该区域病灶不易遗漏。但在右肝膈下、肝门及左肝外叶上段区域,肝脏分别受右肺遮盖,且肝门区管腔图像复杂,加以胃十二指肠内气体干扰,以及左肝外侧上段肋骨遮盖等因素的影响,使这3个区域肝脏的病灶易被忽略或遗漏,临床称为超声检查的3个相对盲区。笔者体会,对右肝顶部肝脏扫描时,患者应左侧卧位,嘱患者深吸气后屏气,这时肝脏因重力下移,膈肌回缩上提,以尽可能避开胸肺气体对肝脏顶部的遮盖。对肝门区肝脏扫描时,应认真辨认肝门处各管腔的走行,正确识别其毗邻关系,同时操作者应随患者的呼吸原位移探头,以便尽可能避开胃十二指肠内气体的干扰。在左肝外上段肝脏扫描时,操作者可在左胸第7肋间起,自右向左移动探头,作扇形扫描。上述方法可扩大肝脏3个相对盲区的扫描视野,从而提高超声检查的诊断符合率。

(致谢:本文得到中南大学湘雅医院超声科廖锦堂教授的指导,在此深表感谢!)

参考文献:

- [1] 杨晴. 超声诊断脾破裂的价值[J]. 实用医技杂志, 2006,13(13):2232.
- [2] 侍立志,邹亚红. 肝破裂超声诊断与术中对照120例报告[J]. 中国普外基础与临床杂志,2004,11(1):65-66.
- [3] 张莉,许利波,陈礼波. 超声诊断外伤性脾破裂77例的体会[J]. 临床超声医学杂志,2001,3(S1):51-52.
- [4] 许洁心. 肝破裂超声漏诊与误诊分析[J]. 临床超声医学杂志,2004,6(4):243.
- [5] Dolich MO, MckenneyM G, Varela JE, et al. 2576 ultrasounds for blunt abdominal trauma [J]. J Trauma, 2001, 50(1): 108-112.