

急诊超声诊断老年急腹症的临床应用及误诊原因分析

许宝月

威海市立医院超声一科 山东威海 264200

【摘要】目的 探讨急诊腹部超声检查对老年急腹症患者的应用价值,并分析误诊原因。**方法** 选取2017年1月-2018年6月期间我院行腹部超声检查的疑似老年急腹症患者60例为研究对象,以手术病理或临床医师最终综合诊断为判定标准,探讨老年急腹症患者行腹部超声检查诊断的准确率,并对出现误诊的病例进行原因分析。**结果** 本组60例疑似老年急腹症患者行腹部超声诊断的准确率为86.70%,误诊共计8例,分别为误诊消化道穿孔2例、肠梗阻2例、急性阑尾炎1例、急性盆腔炎1例、泌尿系结石1例、急性胰腺炎1例。**结论** 腹部超声检查对老年急腹症患者的诊断时间短,准确率高,结合患者的病史、临床表现、体征、实验室检查进行综合诊断,可以降低腹部超声诊断的误诊率。

【关键词】 腹部超声;老年急腹症;诊断;误诊

【中图分类号】 R445.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2018) 12-090-02

急腹症是一种临床非常常见以急性腹痛为特征的病症,该病发病急,常伴有胃肠功能紊乱、急性全身症状,疾病原因种类非常多,进展快、变化多、病情重,临床实际工作中容易出现误诊、漏诊、错误治疗,延、误诊治可能会对患者造成严重后果或导致病人死亡或终身残疾^[1]。因为急腹症的临床诊断直接与患者的抢救效果相挂钩,对急腹症患者的诊断准确率和诊断时间非常重要。本研究对医院行腹部超声检查的疑似老年急腹症患者60例进行研究,探讨急诊腹部超声检查对老年急腹症患者的应用价值,并对误诊的病例进行原因分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年1月-2018年6月期间我院行腹部超声检查的疑似老年急腹症患者60例为研究对象,男性21例,女性39例,年龄61-86岁,平均年龄为(71.24±2.15)岁,腹痛时间在2-14h的范围,平均腹痛时间为(6.86±2.05)h。纳入标准:①突发起病,临床症状主要表现为腹痛;②伴随呕吐症状;③自愿参与,签署知情同意书。排除标准:①肝、肾等严重器官功能不全者;②开放性腹部损伤患者;③精神疾病患者。

1.2 方法

仪器选用彩色多普勒超声诊断仪,探头采用4-9MHz腔内探头、5-13MHz的线阵探头、2-5MHz的凸阵探头^[2]。患者取仰卧位,对腹腔部位的主脏器进行评估,主要包括阑尾、盆腔、腹腔、子宫及其附件、膀胱、肝胆胰脾肾、胃肠道等,从非疼痛部位开始排查,重点检查疼痛部位及跟急腹症有所关联的脏器及周边结构,如果不能进行确诊,应结合患者的病症进行针对性的检查。

1.3 观察指标

根据手术病理或者临床医师最终的综合诊断为标准,判断检出准确率情况。

2 结果

本组60例疑似老年急腹症患者经过手术病理或者临床医师最终的综合诊断泌尿系结石15例、急性胰腺炎9例、急性阑尾炎8例、肠梗阻8例、胆囊及胆道炎症8例、消化道穿孔5例、肝脓肿5例、急性盆腔炎2例,经腹部超声检查诊断误诊共计8例,腹部超声诊断准确率86.70%,分别为误诊消化道穿孔2例、肠梗阻2例、急性阑尾炎1例、急性盆腔炎1例、

泌尿系结石1例、急性胰腺炎1例。

3 讨论

泌尿系结石的腹部超声声像图特点为:泌尿道中有强回声团,后伴有声影,若梗阻严重,则可见于结石上段发现积水扩张的肾盂或输尿管。本研究中,经手术病理确诊泌尿系结石15例,腹部超声诊断误诊1例,诊断准确率93.33%,误诊1例是因为此例患者由于胃肠道气体对腹膜后脏器显影的干扰,导致部分梗阻在输尿管下段的密度不够的松软小结石被漏诊。

老年急性胰腺炎的腹部超声声像图特点为:胰腺大小在正常值范围内,水肿不明显,轮廓模糊,边界不规整,胰腺内部回声增强且不均匀,钙化灶处呈条状、斑点状的强回声。本研究中,确诊急性胰腺炎9例,诊断准确率100.00%。

急性阑尾炎的腹部超声声像图特点为:纵切面阑尾呈现腊肠样或者蚯蚓肿胀,壁厚大于3mm,横切面阑尾呈现“靶环征”^[3],单纯性阑尾炎,阑尾内部及其周边显示为低回声,中段或有气体影;化脓性阑尾炎,阑尾及其周围呈不均质回声图像,渗出明显,无明确形态,周边见不规则回声,回声强度较低。本研究中,经手术病理确诊急性阑尾炎8例,腹部超声诊断误诊1例,诊断准确率87.50%,误诊1例是因为此例患者的阑尾炎处于炎症早期,阑尾增粗不明显,超声诊断时没有显示为病变。

肠梗阻的腹部超声声像图特点为:肠管积液扩张,高位梗阻,左上腹空肠扩张,内径大于3cm,出现“阶梯征”,肠管内容物与扩张处往返流动,部分肠段渗出明显,低位梗阻,右下腹回结肠管腔环形皱襞粗大,内径大于3-4cm,肠蠕动明显减弱^[4]。本研究中,确诊肠梗阻8例,腹部超声诊断误诊2例,诊断准确率75.00%,误诊2例是因为患者的胃肠道气体干扰未检查出梗阻程度较轻的肠梗阻。

胆囊及胆道炎症的腹部超声声像图特点为:胆囊体积不同程度增大、张力高、壁增厚毛糙,胆囊内可见随体位改变而移动的强回声团,后方伴有声影,若胆囊穿孔时,胆囊不大,壁部分缺失,周围有液性低回声区。胆道结石性炎症时,内部结石强回声影明显,胆道扩张,胆总管口径增宽。本研究中,确诊胆囊及胆道炎症8例,诊断准确率100.00%。

消化道穿孔的腹部超声声像图特点为:膈下游离气体显示强回声影,腹、盆腔内探及2~5cm深游离积液,胃肠腔内显示大量气体,胃肠蠕动明显减弱,或未见蠕动。本研究中,确诊消化道穿孔5例,腹部超声诊断误诊2例,诊断准确率

60.00%，误诊2例是因为患者的穿孔小，腹腔游离气体以及腹、盆腔积液均极少，膈下游离气体与胃部气体影相互干扰，没有明确诊断出病变。

肝脓肿的腹部超声声像图特点为：肝脓肿内部观察到液性低回声区，边缘较光滑，与周围界限清楚，脓肿壁较厚。本研究中，确诊肝脓肿5例，诊断准确率100.00%。

急性盆腔炎的腹部超声声像图特点为：子宫大小正常或呈炎性水肿，边界不清晰，单侧输卵管增粗，管壁厚度增加，内部回声杂乱，呈圆形或椭圆形，与组织粘连严重，盆腔内可见少许炎性积液。部分患者可见子宫后壁处脓肿包块，包块壁增厚，包膜不清，边缘毛糙，与周围组织边界不清晰，包块内部可见密集的点状强弱不等回声^[5]。本研究中，确诊急性盆腔炎2例，腹部超声诊断误诊1例，诊断准确率50.00%，误诊1例是因为把患者右侧盆腔炎包块误诊为阑尾炎。

综上所述，腹部超声检查诊断急腹症检查速度快、操作简单、准确率高、不会给患者造成痛苦，可重复操作，优点显著，适用于临床急诊诊断抢救急腹症患者，但是也应当注意误诊

的发生，在临床诊断治疗中，应结合患者的病史、临床表现、体征、实验室检查进行综合诊断，根据患者的具体情况，在超声观察不清晰时，选用分辨率更高的CT、MRI等影像学检测手段进行诊断鉴别。

参考文献：

- [1] 李国栋. 外科常见老年急腹症的诊断与鉴别诊断体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(27): 5207-5208.
- [2] 王丽, 汪旭. 急腹症患者的超声表现及误诊原因分析[J]. 河北医学, 2018(6): 961-966.
- [3] 朱长富, 侯秀昆, 陶冶, 等. 急诊超声诊断老年急腹症的临床应用及误诊原因[J]. 中国老年学杂志, 2016(12): 3011-3012.
- [4] 史桂英, 王思新, 戚兰. 老年急腹症的超声诊断及误诊分析[J]. 中外健康文摘, 2010, 07(14): 141-142.
- [5] 舒晓燕. 妇科急腹症的超声诊断及误诊原因[J]. 中国社区医师, 2018(18): 116-117.

(上接第88页)

80%。当血清酶学检查发现ALT升高的幅度大于AST时，基本可以诊断患者患有急性肝炎，病理机制是一方面肝细胞的通透性增强，导致ALT升高明显，另一方面线粒体生理功能未出现异常，AST升高不明显。ALT检测是临床医师用来监测肝功能常用方法之一，当ALT数值超过正常范围时，说明患者的肝细胞受到相应的损害，尤其体现在急性肝炎患者身上，而慢性肝炎、肝硬化、肝癌患者则表现为轻中度升高。AST与ALT比较，前者活性更高，因此当肝细胞受损严重时，AST升高趋势高于ALT，因此可以发现肝癌患者、肝硬化患者、急性肝炎患者血清酶学检查结果中AST明显升高^[5]。

随着医学的不断发展与进步，AST与ALT比值在病毒性肝炎的诊断也不断得到认可和应用。关于AST与ALT比值在病毒性肝炎的临床诊断意义存在不同说法，有部分专家认为AST与ALT比值变化反映的是肝功能减退情况，部分专家认为AST与ALT比值变化反映的是肝纤维化情况^[6]。本文表中数据显示急性肝炎患者由于肝细胞功能不断受损，AST与ALT比值呈现上升趋势，但是比值一般小于1。慢性肝炎是有急性肝炎发展而来，肝细胞功能受损程度较深，2>AST与ALT比值≥1。肝硬化患者肝细胞出现纤维化，存在于线粒体中的AST大量

释放，AST与ALT比值可为2。由此可见，观察AST与ALT比值变化，可以鉴别诊断急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化，便于临床医师诊疗，也有利于患者身体康复，值得推广应用。

参考文献：

- [1] 崔彦峰, 杜晓红, 李京芳等. 缺氧性肝炎与病毒性肝炎的临床特点分析[J]. 临床合理用药杂志, 2015, (1):133-134.
- [2] 吴丽娟, 靳昌忠, 白石等. 合并病毒性肝炎HIV感染患儿接受高效抗逆转录酶病毒治疗后肝功能变化[J]. 浙江大学学报(医学版), 2014, (2):180-186.
- [3] 张洪美, 袁美莲. 丙型肝炎患者血清自身抗体和AST、ALT在诊断丙肝后肝硬化中的临床意义[J]. 中国实验诊断学, 2016, 20(3):443-445.
- [4] 徐凤玲, 吕江峰, 庄伟等. 病毒性肝炎临床检测指标的诊断分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(19):4362-4364.
- [5] 翁金月, 樊建霜, 王蓉蓉等. 赶黄草与黄芩不同配比对病毒性肝炎C3H/HeJ小鼠的影响[J]. 浙江临床医学, 2015, (4):510-512.
- [6] 张慧, 李双杰, 袁远宏等. 儿童原发性EB病毒性肝炎的临床特征分析[J]. 中国医师杂志, 2016, 18(1):103-105.

(上接第89页)

体生理结构及变化，进而对疾病做出相应的诊断。而近年来，随着超声诊断技术在肾脏内血流动力学方面的研究不断深入，其越来越多地被应用于急性肾损伤的检查当中。在老年脓毒症患者急性肾损伤的早期诊断中，采用超声诊断技术来观测患者的肾脏血流动力学指标，可以及时发现其肾脏受损情况，同时还有助于了解其生理结构变化，从而做出更准确的诊断。在超声检查中，肾叶间动脉阻力指数可以呈现出肾脏的血流灌注情况，从而反映出肾内血管弹性的改变及其小血管内的血流量变化，继而反映出肾小动脉血流的变化。本组研究结果显示：急性肾损伤组患者第一天和第七天的肾叶间动脉阻力指数均显著高于非急性肾损伤组患者，数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)；急性肾损伤组患者第七天的血肌酐水平显著高于非急性肾损伤组患者，且较第一天有显著上升，

数据差异具有统计学意义($P < 0.05$)。可以得出结论：采用超声早期诊断老年脓毒症患者急性肾损伤准确性较高，值得在临床上推广应用。但本研究样本量小，尚有待进一步的大规模多中心研究来证实。

参考文献：

- [1] 陈九军. 老年脓毒症患者急性肾损伤的超声早期诊断评价[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 13:3253-3254+3257.
- [2] 葛肖艳, 曾艾, 张伟, 成静, 芦桂林. 重症全身性感染患者急性肾损害超声早期诊断的临床评价[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 08:1712-1714.
- [3] 陈君耀, 谢志刚, 易惠明. 重症全身性感染患者急性肾损害超声早期诊断的意义[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24:6134-6135+6138.