

腹部彩超对壶腹部及胰头占位性病变的临床诊断分析

余同鲜

四川省通江县至诚中心卫生院 636733

【摘要】目的 以壶腹部及胰头占位性病变患者作为研究对象,所有患者均采用腹部彩超进行检查,探讨和分析超声诊断价值。**方法** 随机抽取 67 例自 2017 年 2 月至 2019 年 12 月在我院进行诊治的壶腹部及胰头占位性病变患者,为所有患者实施腹部彩超检查。**结果** 壶腹部癌腹部彩超诊断诊断准确率 87.50%,胰头癌诊断准确率 85.19%,胰头部假性囊肿诊断准确率 100%。总误诊率为 11.94%,诊断准确率 88.06%。**结论** 腹部彩超在壶腹部及胰头占位性病变病情诊断中有着较高的应用价值,可为临床进行病情诊断提供参考。

【关键词】 腹部彩超; 壶腹部占位性病变; 胰头占位性病变; 诊断价值

【中图分类号】 R445

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2021) 01-029-02

作为消化系统多发病,壶腹部及胰头占位性病变包括肿瘤、囊肿及炎症等。胰腺癌早期临床症状不典型且存在早期转移生物学特征,具有早期诊断难度大及手术切除率低等特点,患者 5 年生存率极低。与胰头癌相比,壶腹部周围癌恶性程度明显更低,而且具有转移晚、生长慢等特点,早期进行有效诊治对于改善患者预后及提高其生存几率有重要价值^[1]。腹部彩色多普勒超声为临床进行壶腹部及胰头占位性病变诊断的重要手段,具有较高的应用价值。现将壶腹部及胰头占位性病变患者 67 例作为研究对象,自 2017 年 2 月至 2019 年 12 月进行诊治,所有患者均接受腹部彩超检查,对彩超诊断价值进行探讨和分析,现做如下报告:

1 资料与方法

1.1 基本资料

随机抽取 67 例壶腹部及胰头占位性病变患者,纳入标准:均经穿刺活检及手术病理检查等确诊;壶腹部占位性病变临床症状表现为腰背疼痛、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等;胰头占位性病变临床症状表现为疲倦乏力、皮肤黄疸、上腹部疼痛及无痛性巩膜黄染等;患者无意识障碍且能够正常沟通。排除标准:合并其他脏器功能障碍者;有神经疾病或者精神疾病者^[2]。男性患者 51 例、女性患者 16 例,年龄 30-84 岁,平均年龄 (56.46±5.08) 岁,壶腹部癌 35 例,胰头癌 27 例,胰头部假性囊肿 5 例。

1.2 方法

所有患者均接受西门子 S2000 超声诊断仪器进行腹部彩超检查,探头频率:2.5-3.5MHz,叮嘱患者检查前 8h 暂停饮食,检查时取侧卧位或者平卧位,首先检查肝胆胰,检查过程中保持探头左上方倾斜 (30°),沿胆总管于剑突下进行横向扫描,待获取清晰图像后实施纵向扫描及交叉扫描。为患者提供呼吸指导以提高其配合度以及检查的精确度。若检查过程中受患者肠道气体等因素干扰可持续加压以排除干扰。适量饮水 (500-1000ml) 也有助于使局部肠道气体造成的干扰获得减轻。仔细观察胰腺大小、形状、胰管与胆管关系、内部血流及回声情况、是否有占位性病变、是否出现淋巴结肿大或者病灶转移等。为影像学检查检出胰头部假性囊肿及壶腹部、胰头占位性病变者实施转移病灶切除、细针穿刺以及胰腺组织切除等病理学检查^[3]。

1.3 观察指标

(1) 分析腹部彩超诊断结果; (2) 分析超声表现。

2 结果

2.1 腹部彩超诊断结果分析

腹部彩超诊断壶腹部癌 40 例,诊断准确率 87.50%,胰头

癌 23 例,诊断准确率 85.19%,胰头部假性囊肿 5 例,诊断准确率 100%。确诊患者 59 例,误诊患者 8 例,诊断准确率 88.06%,其中 2 例肿块型胰腺炎患者及 3 例胰头血肿患者误诊为胰头癌,3 例胰头癌误诊为壶腹部癌。

2.2 超声表现分析

胰头癌超声影像可见胰头部出现局限性肿大,边界不规则且轮廓模糊,胰头内呈等回声或者低回声,光点不均匀且胰头肿块内部及周围可见点状、模糊血流信号。壶腹部癌患者肿瘤病灶位于胆总管末及胰头右侧,胰头变化不明显,壶腹部可见大小不均肿瘤病灶,内部可见点状、低回声血流信号。胰头部假性囊肿超声影像无回声肿块,边界规则整齐,胰腺回声不均匀且可见扭曲扩张胰管及钙化灶,无血流信号且回声不均匀,胰头变化不明显。

3 讨论

超声检查操作简单、可重复检查且安全无创,能够进行多种方式及多种切面扫描,有助于获取清晰的超声图像,便于临床医生准确定位和判断肿块与周围组织关系,可为临床进行病情判断以及制定针对性手术治疗方案提供参考^[4]。

胰头癌等为临床常见胰头占位性病变,超声影像表现为不均匀团块光点分布、边界不规则及胰头肿大等,早期诊断难度较大。胰腺假性囊肿主要继发于术后、胰腺外伤以及急性慢性胰腺炎后,临床症状与胰腺癌存在一定的相似度,但是超声表现差异较大,有助于临床进行准确鉴别^[5]。胰腺假性囊肿内部可见强回声斑块,提示存在钙化灶或者胰石,而且由于存在炎症水肿、坏死等表现,透声性明显增强,而壶腹部癌及胰头癌病变部位后方回声衰减。壶腹部癌由于早期管腔堵塞,临床症状明显,早期检出率较高,但是肿块较大的壶腹部癌向周围浸润,误诊为胰腺癌的风险较高^[6]。

此次研究中,壶腹部癌腹部彩超诊断诊断准确率 87.50%,胰头癌诊断准确率 85.19%,胰头部假性囊肿诊断准确率 100%,诊断总准确率 88.06%。综上所述,腹部彩超在壶腹部及胰头占位性病变病情诊断中有着较高的应用价值,但是仍然存在误诊风险,尽可能排除外界因素干扰或者联合其他检查方式进行诊断有利于使诊断准确率得到提高,可为临床进行病情干预提供参考。

参考文献

[1] 王旬, 马亚宁. 超声造影与增强 CT 在诊断胰腺占位性病变的对比分析 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16(10):100-101, 108.

[2] 田巧琴. 腹部彩超对壶腹部、胰头占位性病变的诊断 (下转第 33 页)

仍然使该术式的广泛应用受到限制, 其对患者造成的较大创伤和易引发的诸多并发症都不容忽视, 且术后患者存活率也无法令人满意^[3]。

近年来经改良的标准外伤大骨瓣开颅术在治疗重型脑损伤方面获得了认可, 并凸显出一定优势, 本文研究显示, 研究组采用改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗, 与对照组相比, 研究组患者与对照组相比术后并发症的发生率更低, 且术后的存活率更高, 两组对比可见显著差异, $P < 0.05$ 。研究结果充分证明了改良标准外伤大骨瓣开颅术的效果和应用价值。

我们将改良术式的优点总结如下: ①改良术式切口设计是经过中线前且于对侧的发际内停止, 此设计让切口起点、止点与颞突间构成超过 120° 的夹角, 利于颅底和额叶的暴露^[4]。②改良术式可将整个鳞部、颞骨, 同时将蝶骨嵴与颅底之间咬平, 保障获得面积足够的减压骨窗, 与标准术式相比减压效果会更加理想。③对于骨瓣施以充分的减压, 对于颅内压的缓解和神经功能的改善有积极作用, 显著降低术后脑梗塞发生率。④硬膜实施减张缝合, 避免术后皮下组织与脑皮质粘连。同时, 我们也将术体会做出如下总结, 旨在与各位同仁分享经验: ①颅内血肿的清除必须彻底。②要将硬膜开口同骨窗等大, 且术后硬膜尽量予以减张缝合, 分层缝合头皮时要严密。③考虑创面较大, 硬膜缝合后止血要更加仔细, 且确保术后引流畅通。

综上所述, 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的应用效果较常规术式更加显著, 且创伤稍小, 能够提升患者的存活率, 提高其恢复效率。

参考文献

- [1] 陈江生, 宋明浩, 李红萍, 等. 改良标准外伤大骨瓣减压加扩大硬膜成形术治疗重型颅脑损伤疗效观察 [J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11 (27): 6667-6668.
- [2] 苏放文. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗脑疝形成的重型颅脑损伤 [J]. 中国现代医学杂志, 2010; 20(13): 2047-2052.
- [3] 童仲驰, 李志峰, 谭彬, 等. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑损伤的应用研究 [J]. 中国现代医学杂志, 2010, 20 (10): 1587-1590.
- [4] 毛桂康. 改良标准外伤大骨瓣开颅术治疗重型颅脑外伤疗效分析 [J]. 海南医学院学报. 2012, 18(7): 929-931.

(上接第 29 页)

价值 [J]. 医学信息, 2016, 29(5): 202-203.

[3] 庞小红. 超声检查对壶腹部、胰头占位性病变的诊断价值 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(15): 99-100.

[4] 黄滔, 方程, 郭兵, 舒强, 等. 增强 CT、超声造影和增强 MRI 对胰腺占位性病变性质的诊断价值比较 [J]. 广西医

学, 2019, 41(19): 2444-2447.

[5] 何佳妹. 腹部彩色多普勒超声对壶腹部及胰头占位性病变的诊断价值 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(17): 57-59.

[6] 杨军. 超声波对壶腹部及胰头部占位性病变诊断及临床价值研究 [J]. 大家健康, 2016, 10(12): 39-41.

(上接第 30 页)

治疗 4 周后, 本组 130 例患者, 经积极治疗后, 结石清除率为 94.62% (123/130)。早期并发症发生率为 13.85% (18/130), 其中 15 例为 PCNL 术后迟发尿源性脓毒败血症患者, 3 例为非尿源性脓毒败血症患者。此结果表明 PCNL 术后迟发尿源性脓毒败血症患者经及时诊断与有效治疗, 保证了结石清除率, 降低了并发症发生率与死亡率。

PCNL 术后迟发尿源性脓毒败血症的预防措施有: (1) 提高对尿源性脓毒败血症的认识, 根据国内相关报道可知^[5], 由于对明确尿源性脓毒败血症缺少足够的认识, 导致术前准备缺少全面性与充足性, 死亡率约 10%, 而我院自提高对其认识后, 总结了工作经验, 经积极治疗, 死亡率控制为 1%~2%; 在围手术期加强了感染治疗, 术前应用预防性抗生素, 降低了手术并发症的出现; 同时, 在围手术期密切观察患者的各项生命体征, 如果出现尿源性脓毒败血症症状则给予及时的治疗,

我院主要采取了复苏支持治疗、维持水电解平衡、纠正酸碱平衡紊乱、保持呼吸道通畅、调整补液量及抗感染治疗等措施, 保证了临床疗效, 改善了患者的生存质量。

参考文献

- [1] 李磊. 经皮肾镜治疗结石合并肾积水 17 例临床分析 [D]. 郑州: 郑州大学, 2014: 14-16.
- [2] 龚宾宾, 梁朝朝, 郝宗耀. 经皮肾镜碎石术后并发尿脓毒血症的研究进展 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2013, 21 (9): 716-719.
- [3] 李化升, 杨传, 陈丽芬. 结石相关性尿源性脓毒血症的研究进展 [J]. 中国内镜杂志, 2015, 21 (4): 381-385.
- [4] 程应生, 杨代俊, 郑攀丰, 等. 上尿路结石术后尿源性脓毒血症的诊治研究 [J]. 微创泌尿外科杂志, 2015, 4 (1): 44-47.
- [5] 梁泉, 张海滨, 邓翠芬, 等. 经皮肾穿刺肾镜碎石取石术后尿源性脓毒血症的病原及发病机理研究 [J]. 中外医学研究, 2012, 18 (25): 145-146.

(上接第 31 页)

对照组 (13.64%) ($\chi^2=4.682$, $P=0.036$), 说明冠脉介入治疗能降低不良反应的发生率; 观察组患者的临床疗效 (97.73%) 明显高于对照组 (81.82%) ($\chi^2=6.332$, $P=0.022$), 说明冠脉介入治疗能得到理想的临床疗效^[4]。

综上所述, 对高龄冠心病心绞痛患者给予冠脉介入治疗能够降低不良反应的发生率, 得到理想的临床疗效, 值得推广。

参考文献

- [1] 王乐, 周玉杰, 丛洪良, 等. 血清 γ -谷氨酰转氨酶水平与老年冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗后远期死亡率的关系 [J]. 中国循环杂志, 2018, v.33; No.243(09): 37-41.
- [2] 于亚梅, 余云华, 韩贺东, 等. 性别差异对高龄冠心

病患者经皮冠状动脉介入治疗预后的影响 [J]. 介入放射学杂志, 2018, 27(11): 69-73.

[3] 边丽雅, 裴森涵, 许晓明, 等. 左室射血分数对接收经皮冠状动脉介入治疗冠心病患者远期预后影响: 一项前瞻性、多中心、注册登记研究结果再分析 [J]. 临床军医杂志, 2018, 46(05): 19-25.

[4] Zehao Z, Yuanping W, Weilin L, et al. Effect of various Danshen injections on patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention: A protocol for a systematic review and network meta-analysis [J]. Medicine, 2018, 97(24): e11062-.