

肝脏超声检查主要诊断的疾病有哪些

魏 敏

巴中市平昌县中医医院 636400

【中图分类号】R445

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2023) 03-095-02

肝脏超声检查时一种对肝脏疾病检查的主要方法，二维超声对肝脏形态变化能实时显像，肝脏血管病变、血流动力学主要通过彩色多普勒超声检查。超声检查是一种对肝脏病变的图像显示，属于声学物理的性质变化。相同疾病、不同发展阶段，超声图像也不同；不同病变，其声学物理性质如果相似，超声图像表现也可能相似。正常情况下，肝脏超声显示肝脏表面光滑、回声增强、被膜完整，但如果存在肝脏某种疾病时，超声结果就会改变。那么，什么是肝脏超声检查？在哪些肝脏疾病诊断中会应用肝脏超声呢？下面我们就来看一看。

一、正常肝脏声像图

正常肝脏形态、轮廓、包膜及边缘：斜切面肝脏呈楔形，右叶厚而大，向左逐渐缩小变薄，延至左叶外侧缘形如三角形的锐角。纵切面略呈三角形，轮廓光滑蒸汽，包膜回声强而清晰。

肝实质回声：呈均匀分布的细小光点。

肝脏内管道系统回声：门静脉、肝静脉的分支呈管状无回声。

肝脏毗邻脏器组织：肝脏呈楔形，右侧较厚，左侧较薄，外观可分为前、后、左、右四边边缘与脏面、膈面两个面，膈面特别隆起与横膈贴附，脏面与结肠肝曲、十二指肠球部、右肾上部、胃毗邻。肝前与前腹壁、膈肌相邻，肝后与第十一胸椎膈肌脚、腹主动脉腹段、食管腹段、右肾腺贴附。因肝右叶上面凸出部分是在右下肺叶及胸膜的掩覆之下，当肝右叶膈顶部发生病变时，如脓肿、囊肿、肿瘤等，由于胸腔气体对超声检查会产生干扰，可能出现遗漏。

正常肝脏表面结构特点：肝脏膈肌前上方与膈肌相连，呈镰状韧带，前下缘在脐切迹处和前腹部由圆韧带连接，镰状韧带向上方延伸左右横行贴附成冠状韧带，包裹腹膜，肝脏肝面有一条横沟和两条纵沟，呈H型。右纵沟由腔静脉窝与胆囊窝组成，其上端为肝静脉进入下腔静脉处，即第二肝门。左纵沟由静脉韧带与脐静脉窝组成，横沟相连接于两纵沟之间，为第一肝门。肝动脉、门静脉、肝管由此出入于肝实质内。肝动脉、门静脉、肝管三者被包裹在一结缔组织鞘内。

肝脏超声测量正常值：横切或纵切左肝，肝左叶厚度正常值为5-7cm，纵切左肝正常长度为7-9cm；肝肾或肝胆切面正常显示右肝厚度为10-12cm，右肋缘下斜切右肝显示最大斜径为10-14cm。

二、病理声像图

1. 脂肪肝

正常肝细胞脂肪含量占肝脏总重量越3-5%，脂肪含量超过40%时，或全肝脏1/3肝小叶脂肪沉积时，即为脂肪肝。脂肪过分浸润肝细胞，没有被消耗的脂肪就会形成脂肪滴，在肝脏组织中散布，如果大小不等的脂肪颗粒存在于肝细胞内，肝脏就会呈现出增大的现象，肝细胞也会肿大，肝脏边缘圆钝。如果肝脏内脂肪进一步发展，可引起肝硬化发生。引起脂肪肝的原因比较多，如胆固醇饮食、高脂肪饮食、低蛋白饮食、内分泌疾病、肥胖、中毒或感染等都可能引起肝硬化发生。

2. 弥漫性脂肪肝声像图特点

肝区点状回声，亮度增强，肝切面图前2/3-1/3点状回声密集，回声增强明显，图像后1/3-2/3回声减弱、衰减。肝

脏血管回声减少，显示不清，门静脉分支回声减弱。肝肾纵切面，同时显示肝脏与肾脏，肝与肾实质回声反差增大。

3. 局灶性肝病

(1) 囊性：肝囊肿。第一，什么是肝囊肿？肝脏良性疾病中，肝囊肿比较常见，寄生虫性、非寄生虫性是肝囊肿诱发的两种主要原因。寄生虫性肝囊肿以肝包虫病多见，非寄生虫性肝囊肿又分为创伤性、先天性、炎症性与肿瘤性几种。先天性最多见，一般说的肝囊肿指的就是先天性肝囊肿，病因目前不清楚，多数研究认为与肝内迷走神经胆管、肝内胆管、淋巴管等在胚胎期发育障碍有关。也有人认为与肝内胆小管阻塞、胎儿胆系炎，或近端小胆管囊性扩大、肝内胆管变性后，局部出现增生性梗阻有关。肝囊肿可多发、可单发，囊肿最小数毫米、最大20厘米以上，发病缓慢、预后良好。第二，声像图特点。①囊壁与周围肝边界清晰；②囊壁薄而光滑，内部无回声暗区，较大的囊肿呈多房、有分隔现象，囊肿如果伴出血，内部有少量点状回声；③后壁及后方回声增强；④周围血管及组织有分布，可出现受压退移现象。第三，单纯性肝囊肿。肝内可见无回声暗区；囊壁光滑、菲薄；后方及后壁回声增强。(2) 实性：

①肝血管瘤。第一，什么是肝血管瘤？肝血管瘤在任何年龄段都可发生，而女性发生率高于男性。是一种血管先天性畸形疾病，以海绵血管瘤为主，可多发、可单发，无蒂或有蒂。体积从针尖大至核桃大，1cm左右的病灶比较多见。血管瘤比较小时，无特殊症状，比较大时会导致肝肿大。肝血管瘤在临床表现上无任何症状，偶然发现。少数患者存在右上腹或肝区疼痛，体积大的血管瘤对胃肠道产生压迫后，患者会出现消化不良、食欲不振症状；少数破裂出血时可出现急腹症。小型肝血管瘤无任何体征，中大型血管瘤可引起肝肿大。第二，声像图特点。1) 肝内出现占位病变，边界十分清楚；2) 外形呈圆形、椭圆形或不规则型；3) 具有血管进入或边缘裂开征；4) 肝脏外形轮廓多无改变，多见高回声，回声均匀、边界清晰。②原发性肝癌与转移性肝癌。第一，肝癌在临床中很常见，是消化系统疾病，原发性肝癌可以单发，也可以多发，转移性肝癌以多发为主；原发性肝癌多数合并肝硬化，转移性肝癌多数无肝硬化表现；转移性肝癌可表现为牛眼征、靶环征；原发性肝癌病灶内血流丰富，转移性肝癌血流一般不丰富；转移性肝癌有原发病灶。第二，声像图特点。原发性肝癌超声造影以快进快出为主要表现，也就是说造影剂注射后，早期动脉期病灶以整体性增强为主，强于周围肝实质，病灶出现坏死时，超声表现为不均匀增强。随后，病灶回声快速消退，延迟期、门脉期呈低回声改变。转移性肝癌在造影剂注射后，动脉期呈现整体增强或快速环状增强，消退比较快，在门脉早期或动脉晚期，病灶表现为低回声，消退时间快于原发性肝癌。③肝局灶性结节样增生。第一，是一种肝良性肿瘤，尽管不常见，但发病率仅次于肝血管瘤。肝局灶性结节样增生并不是真正的肿瘤，正常肝细胞是其主要成分，被认为是肝内动静脉畸形对血流量增加的增生性反应，血管损伤、血管畸形是引起该病的主要原因。

(下转第96页)

围手术期如何做好胆囊结石手术患者的护理

李 兰

四川省西充县人民医院 四川西充 637200

【中图分类号】R473

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2023) 03-096-01

胆囊结石是常见的一种外科疾病，主要发生于成年人，又称胆结石，指胆管或胆囊内出现结石的疾病。随着经济发展的加快，人们生活方式发生了很大变化。作息时间不规律、饮食不健康已经成为生活的常态，从而引发了一系列的疾病。胆囊结石病因较多，主要就是生活习惯不良所致。如患有胆囊结石，随着病情的发展，会很容易在胆结石的基础上引发各类胆源性炎症，而且在胆囊管或者胆囊颈出现结石嵌顿之后，还会引起继发感染。如果胆囊黏膜长时间在结石的刺激之下，有可能诱发胆囊癌。胆囊结石和胆囊炎相互关联，而胆囊感染时又会加重结石。胆囊结石合并胆囊炎患者通常需手术治疗，但手术可能导致术后并发症的发生，给予有效的临床护理可以减少术后并发症的发生。本文就胆囊结石的症状表现和围手术期的护理介绍相关的科普知识。

1 胆囊结石的常见症状

胆囊结石一般症状：食欲不振，厌恶油腻的食物，右上腹会出现明显的疼痛，并且这种疼痛感会放射到背部和肩部。在疼痛表现上，大部分患者会表现出持续胀痛的状态。另外，部分患者并不会会有痛感，只是会有轻微的腹胀或者是腹部不适被误认为是胃病。需要注意的是，该疾病和其他疾病合并发生时，疼痛感会加剧。同时伴有暖气烧心、酸胀感，有时还可能诱发黄疸。有的有呕吐，易误以为是肝病或者胃肠道疾病，继而按照此类疾病进行检查。

2 胆囊结石围手术期护理

(1) 术前护理

术前详细询问患者病情，与患者多沟通，询问患者药物过敏史，如有过敏史应更换术中用药。对其提出的疑问以及存在的困惑进行及时的应答，并作出耐心的解释，以便消除患者的顾虑，协助患者完成相关术前检查。术前测定 T、P、R、BP，观察患者腹部体征以及是否存在发热寒战情况。术前准备：皮肤准备、胃肠道准备。向患者简单介绍麻醉过程和手术方案，

手术当日指导患者禁食禁水。

(2) 术中护理

医护人员应及时了解患者心理变化，为患者提供适宜的手术环境，协助患者采取舒适体位进行麻醉，术中持续监测生命体征变化，观察输液速度，加强术中巡视。

(3) 术后护理

去掉枕头，头偏向一侧，在床上平卧 6 个小时。术后连续 24 小时监测患者生命体征，观察术后有无出血、感染等并发症的发生。饮食护理，目前基本都是腹腔镜胆囊切除术患者，在手术完成后严禁摄入食物，术后 8 小时无异常情况发生可进水，术后第二天可吃一些流质食物，逐步从流食过渡到软食。需注意日常饮食应以容易消化且清淡的食物为主，根据患者疼痛程度遵医嘱给予止痛药，缓解患者疼痛。为防止术后并发症发生，指导患者术后早期下床活动。妥善固定引流管，保持引流通畅：患者取平卧位时，引流袋应在腋中线之下，不得高于腹壁引流，避免扭曲、受压，活动时引流管脱落。观察记录引流液的量、颜色以及性质等情况。

(4) 术后并发症护理

胆瘘：引流出棕色胆汁样液体，24 小时引流 > 100ml，甚至高于 500ml 则意味着有胆瘘发生，且常伴有腹膜炎以及体温升高的症状。护理干预措施：协助患者取半卧位，适当限制活动。监测体温，吸取充足的水分和营养。出血：术后早期腹腔引流出血性液增多，患者表现为血压下降、面色苍白等，这表示可能有腹腔内出血的情况发生。注意引流液的性质、颜色、量，监测生命体征。感染：若术后 3 天持续高热，并存在腹痛症状，则有理由怀疑存在腹腔内感染，需与医生配合做好相应的护理。密切监测体温，观察有无腹膜炎的症状。

(5) 出院指导

少食多餐，营养均衡，多食易消化的低脂、富含蛋白质的食物，多饮水，7 天后可轻体力活动，严禁提重物，定期复查。

(上接第 95 页)

第二，声像图特点。二维超声以轻微等回声或低回声为主要表现，高回声极少，可见低回声声晕及分叶状轮廓，肿块内部回声均匀，偶见点线状高回声，无包膜，边缘清晰。彩超可见病灶中央有粗大动脉向四周放射，血流速度快、阻力低。超声造影可见，早期动脉相有粗大动脉血管进入病灶内部，向四周辐状分布或放射状分布，动脉相病灶整体高增强、延迟相及静脉相呈略高增强或等增强。

(3) 囊实混合性：肝包虫

第一，什么是肝包虫？牧区常见肝包虫病，也叫肝棘球蚴病。我国主要在新疆、内蒙古、青海、甘肃、宁夏及西藏等畜牧业发达的省区比较留下。该病主要因犬绦虫寄生在狗小肠内，虫卵随粪便排出，在狗、羊毛上粘附，被虫卵污染的食物被人吞食后，就会被感染。虫卵经肠内消化液作用，蚴破壳而出，穿过肠黏膜，进入门静脉系统，多数在肝脏内滞留。在人体内经过 3 周，蚴即可发育为包虫囊，在肝内逐渐长大，

依附在所在部位后可导致邻近脏器组织被压迫，并引起感染，容易诱发空腔脏器阻塞、破裂散播等并发症。第二，声像图特点。①肝局限性膨出，或全肝肿大；②肝包虫囊肿呈无回声液性区，病灶外肝脏回声正常，血管纹理清晰。大囊腔内可见多个大小不同的小囊腔，呈大囊套小囊的特征，小子囊、孙囊在大囊内呈现蜂窝状聚集或点状漂浮。包虫囊显示为簇状或点状强回声沉积物，探头加压或体位转动时，有移动的现象。③囊壁多为双层，外囊光滑，有纤维包膜；内囊可不同程度分离，膜欠整齐，脱入液性囊腔，呈飘动状。内囊膜破裂脱落，完全分离后可卷曲在囊内。钙化的囊壁回声较强，轻度钙化为斑片状或点状，重度钙化呈厚型蛋壳状，伴声影。④滤泡型肝棘球蚴病，多房囊腔间回声较强，大、小囊壁回声均匀增强类似实质性回声。小囊周围填充强回声光团，坏死液化的病灶边缘毛糙，菜花样增强的回声似厚壁，内部为不规则液性区。⑤包虫囊肿继发感染，形成坏死液化及脓肿，呈强弱不等、不规则、杂乱回声团块，可伴钙化。