

急诊超声在消化道出血合并腹主动脉夹层 诊断中的价值

谢 军 李 庆 吴 令 向红卫

摘要 **目的** 探讨消化道出血时急诊超声预示腹主动脉夹层的重要性。**方法** 对 2757 例急性消化道出血患者行急诊超声检查腹主动脉及其主要分支,对超声发现腹主动脉内中膜增厚或斑块,以及腹主动脉走行扭曲、腹主动脉扩张或腹主动脉夹层等异常者行腹主动脉 CTA,将超声与 CTA 诊断腹主动脉夹层的结果进行对照分析。**结果** 2575 例急性消化道出血患者中,超声提示腹主动脉异常 46 例,其中腹主动脉夹层 10 例,腹主动脉斑块 26 例,腹主动脉扩张 7 例,腹主动脉扭曲 3 例。经 CTA 证实腹主动脉夹层 12 例,超声准确诊断 10 例,漏诊 2 例,其中 1 例超声表现类似低回声斑块,另 1 例仅见腹主动脉扩张;其余均与 CTA 结果一致。所有腹主动脉夹层患者的腹腔干或肠系膜上动脉均开口于假腔。**结论** 急诊超声可及时诊断以消化道出血为主要临床表现的腹主动脉夹层或提供诊断线索;消化道出血时急诊超声须警惕腹主动脉夹层,应仔细扫描腹主动脉及其主要分支,避免漏诊该病造成严重后果。

关键词 超声检查;消化道出血;腹主动脉夹层

[中图法分类号] R543;R445.1

[文献标识码] A

Value of emergency ultrasonography in diagnosis of alimentary tract hemorrhage combined with abdominal aortic dissection

XIE Jun, LI Qing, WU Ling, XIANG Hongwei

Department of Ultrasound, Central Hospital of Qianjiang, Chongqing 409000, China

ABSTRACT **Objective** To investigate the importance of the emergency ultrasonography in diagnosis of abdominal aortic dissection during the alimentary tract hemorrhage. **Methods** The abdominal aorta and its main branches were detected in 2757 patients with alimentary tract hemorrhage by emergency ultrasonography. The patients that ultrasonography showed abnormality such as abdominal aorta plaque, direction distortion, lumen expansion and abdominal aortic dissection, should be confirmed diagnosis by CTA. The results of emergency ultrasonography and CTA in the diagnosis of abdominal aortic dissection were compared and analyzed. **Results** In 2575 patients with alimentary tract hemorrhage, ultrasound showed abnormal abdominal aorta in 46 cases, including abdominal aortic dissection in 10 cases, abdominal aortic plaque in 26 cases, abdominal aortic dilatation in 7 cases, abdominal aorta distorted in 3 cases. CTA confirmed that the abdominal aortic dissection in 12 cases, 10 cases of accurate diagnosis of ultrasound, missed 2 cases, of which 1 case of ultrasound showed similar hypoechoic plaque, 1 case showed abdominal aortic dilatation. The remaining patients were confirmed by CTA. The celiac trunk or the superior mesenteric artery in all the abdominal aortic dissection patients open to the false lumen. **Conclusion** Emergency ultrasonography can be used to diagnose the abdominal aortic dissection timely which with the alimentary tract hemorrhage as the main clinical manifestation, and also offer the diagnostic clues. Must be alert to the abdominal aortic dissection during emergency ultrasonography especially for the patients with alimentary tract hemorrhage, check up carefully the abdominal aorta and its main branches, and avoid misdiagnosis.

KEY WORDS Ultrasonography; Alimentary tract hemorrhage; Abdominal aortic dissection

消化道出血的病因较多,可因胃肠道本身病变或胃肠道外器官病变引起。超声检查应用于消化道出血的病因诊断目前主要在于检查肝脏疾病、门静脉高压、胆系疾病及胃肠道壁病变等方面^[1]。腹主动脉夹层可致消化道出血,且临床上极易漏误诊^[2]。

目前,超声寻找消化道出血病因容易忽视腹主动脉夹层。本研究应用超声检查无典型腹主动脉夹层临床表现的消化道出血患者的腹主动脉,旨在较早发现以消化道出血为主要临床表现的腹主动脉夹层,帮助临床医师尽可能减少漏误诊,避免延误病情

造成严重后果。

资料与方法

一、临床资料

选取 2006 年 1 月至 2016 年 5 月我院消化内科依据临床表现及实验室检查结果确诊为消化道出血的患者 2757 例,男 1969 例,女 788 例,年龄 46~84 岁,平均(61.0±5.1)岁。纳入标准:所有消化道出血患者均经急诊腹部超声检查,且均无典型腹主动脉夹层的临床表现;除外呼吸道病变所致咯血,以及鼻咽部及口腔出血的患者。

二、仪器与方法

1.仪器:使用 GE Vivid 7 彩色多普勒超声诊断仪,经腹凸阵探头,频率为 3.0~5.0 MHz;日立 HI Vision Preirus 彩色多普勒超声诊断仪,经腹凸阵探头,频率为 2.0~5.0 MHz。

2.方法:患者取仰卧位,充分暴露腹部,先常规观察肝脏、胆道系统、胰腺、脾脏、肾脏及腹腔,再将探头放置于腹正中线偏左 1~2 cm,纵、横切扫查腹主动脉全程至左、右髂总动脉分叉处,以及腹主动脉主要分支。扫查腹主动脉时先经二维超声观察腹主动脉及其主要分支的外形、走行,并测量管壁厚度、管腔外径、内中膜厚度;CDFI 观察血流的空间分布及异常血流出现的部位;脉冲多普勒检测血流频谱。对肥胖或胃肠道内气体较多的患者,可用探头适当加压(疑有腹主动脉瘤时避免重压)以清楚显示腹主动脉及其主要分支。对超声发现腹主动脉内中膜增厚及斑块,以及腹主动脉走行扭曲、腹主动脉扩张或腹主动脉夹层等异常者均行 CTA,将超声检查结果与 CTA 结果对照。操作者均为从事超声诊断工作 3 年以上的超声医师。

3.诊断标准:腹主动脉异常的超声诊断于 2006 年 1 月至 2009 年 12 月、2010 年 1 月至 2016 年 5 月分别参照吴乃森主编的《腹部超声诊断与鉴别诊断学》第 2 版^[3]、中国医师协会超声医师分会《血管超声检查指南》^[4]提出的标准。

结果

2575 例急性消化道出血患者中,超声提示腹主动脉异常 46 例,其中腹主动脉夹层 10 例,腹主动脉斑块 26 例,腹主动脉扩张 7 例,腹主动脉扭曲 3 例。经 CTA 证实腹主动脉夹层 12 例,超声准确诊断 10 例,均可见剥离的内膜、真腔及假腔(图 1);漏诊 2 例,其中 1 例腹主动脉夹层超声表现类似低回声斑块,另 1 例超声仅见腹主动脉扩张。其余均与 CTA 结果一致。

12 例腹主动脉夹层中,9 例病变位于肾动脉开口以上,3 例累及腹主动脉全程。病变段腹主动脉外径 2.9~3.5 cm,平均(3.24±0.19)cm。所有腹主动脉夹层患者的腹腔干或肠系膜上动脉均开口于假腔。

讨论

腹主动脉夹层是因为内膜撕裂或中膜滋养血管出血导致血液进入腹主动脉中层并沿长轴扩展,使腹主动脉壁分为两层,是一种罕见的危急重症血管疾病,早诊断、早治疗是减少死亡率的关键。其临床表现复杂多样,典型表现为撕裂样剧痛,且并非导



A:纵切面观;B:横切面观。

图 1 腹主动脉声像图示剥离内膜及真腔、假腔(箭头示剥离内膜;AAO:腹主动脉;SPV:脾静脉)

致消化道出血的主要原因,加上基层医生对腹主动脉夹层临床表现认识不全面,易导致漏误诊,造成严重后果。

本组超声检查结果表明,急诊超声扫查腹主动脉能够及早发现大部分以消化道出血为主要临床表现的腹主动脉夹层,同时提示,超声医师在为消化道出血患者做急诊超声检查时,不能仅局限于寻找常见的消化道出血的原因,特别是在无消化性溃疡病史而超声又未发现常见的引起消化道出血的病因时,应拓展思路,扫查腹主动脉,观察有无腹主动脉夹层。

本组中超声漏诊 2 例腹主动脉夹层,主要是因为未显示分离的内膜而不能明确诊断。分离内膜显示不清可能与以下因素有关:①部分夹层无破口,中层血肿与腹主动脉内膜及外壁紧贴,不能显示剥离内膜,本组 1 例因类似于斑块而漏诊,可能与此有关;②肠道气体的干扰而导致超声不能清楚显示剥离的内膜。此类患者做急诊超声检查时,往往肠道内气体较多,加上剥离的腹主动脉内膜较薄,所以容易漏诊,检查时需要适度加压驱散肠道内气体,调整超声的入射角度,认真仔细观察。本组超声漏诊的 2 例腹主动脉夹层患者后经 CTA 确诊,提示在消化道出血患者兼腹主动脉壁上斑块样回声或腹主动脉外径增宽超声表现时,应同时行 CTA 检查。

本组腹主动脉夹层患者临床表现为消化道出血,可能与腹腔干、肠系膜上动脉于腹主动脉开口处受夹层血肿压迫、堵塞而导致胃、小肠缺血有关。

综上所述,急诊超声依据剥离的腹主动脉内膜可准确诊断以消化道出血为主要临床表现的腹主动脉夹层;对未发现腹主动脉内膜剥离者,可依据腹主动脉扩张、腹主动脉斑块等异常表现为临床医师提供诊断线索,行 CTA 检查确诊。在对消化道出

血患者进行急诊超声检查时, 建议常规扫查腹主动脉以避免漏诊无典型临床表现的腹主动脉夹层。

参考文献

[1] 唐香艳.急性上消化道出血超声检测的临床分析[J].中国现代医药杂志, 2011, 13(12):101-102.

[2] 王智昊, 闫百灵, 郭春杰, 等.以消化道出血为主症的胸、腹主动脉夹层一例[J].中华急诊医学杂志, 2013, 22(9):999.
[3] 吴乃森.腹部超声诊断与鉴别诊断学[M]. 2 版.北京:科学技术文献出版社, 2001:369-372.
[4] 中国医师协会超声医师分会.血管超声检查指南[J].中华超声影像学杂志, 2009, 18(11):993-1012.

(收稿日期:2016-07-25)

· 病例报道 ·

Ultrasonic misdiagnosis of ectopic thyroid papillary carcinoma in hyoid region:
a case report

舌骨区异位甲状腺乳头状癌超声误诊 1 例

杨 律 郭丽苹

[中图法分类号] R736.1;R445.1

[文献标识码] B

患者女, 29 岁, 因发现颈部肿物 4 个月并逐渐增大来我院就诊。体格检查:于颈下扪及一大小约 5.0 cm×2.0 cm×1.0 cm 肿物, 随吞咽上下移动, 质硬, 边界不清, 无压痛。颈部及甲状腺超声检查:颈前颌下甲状软骨上方探及团状混合回声, 大小约 4.8 cm×1.0 cm×2.1 cm, 边界欠清晰, 形态欠规整, 内回声以囊性为主, 内见分隔, 囊内探及实性不均质乳头样凸起, 大小约 0.8 cm×0.8 cm×0.8 cm, 内见砂砾样点状强回声;CDFI 示其内部及周边可探及较丰富血流信号(图 1), 收缩期峰值血流速度为 14.2 cm/s, 阻力指数为 0.75。双叶甲状腺内未见明确肿物回声, 双侧颈部未见

肿大淋巴结。超声提示:颈前混合性占位性病变(考虑甲状舌管癌)。颈部三维增强 CT 检查:颈前区舌骨水平软组织内见 2 处囊状稍低密度影, 边界清晰, 大者长径约 2.2 cm, 其内见点片状高密度影, 增强扫描病灶可见轻度强化, 颈部软组织内见多发且直径<1.0 cm 淋巴结影(图 2), 提示:颈前区舌骨水平病变。实验室检查:甲状腺功能正常。术中见肿物有 2 个囊腔, 偏右处囊腔内可见钙化组织及灰白色鱼肉样组织, 囊腔内见黄褐色液体。术后病理诊断为舌骨区异位甲状腺乳头状癌(图 3)。

讨论:异位甲状腺组织与正常甲状腺一样, 均可能发生各种

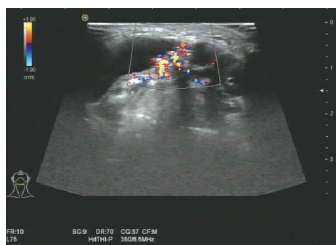


图 1 舌骨区异位甲状腺癌声像图



A:颈部 CT 矢状位;B:冠状位重建。

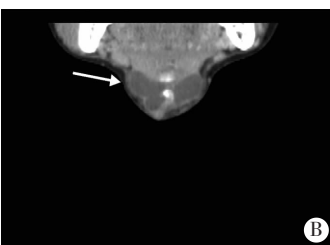
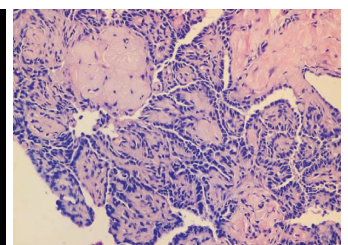


图 3 舌骨区异位甲状腺乳头状癌

图 2 舌骨区异位甲状腺癌 CT 图(箭头示肿物呈稍低密度, 边界清晰, 病理图(HE 染色, ×200)内可见钙化影)



生理、病理改变甚至癌变。原发性异位甲状腺癌是指异位甲状腺组织出现的癌变, 未伴原位甲状腺组织病变或原位甲状腺缺如, 影像学检查主要表现为实性或囊实混合性肿物^[1-2]。本例患者肿物超声表现为混合回声, 伴微钙化, 频谱多普勒检测为明显的动脉频谱。仅依据病灶的部位及超声征象难以与甲状舌管癌鉴别, 主要依靠病理确诊。

参考文献

[1] 文明波, 吴云阳, 陈佑江, 等. 异位甲状腺癌的诊断和治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(11):832-833.
[2] 周振玉, 姜军. 异位甲状腺癌 9 例临床分析[J]. 中国临床研究, 2012, 25(12):1197-1198.

(收稿日期:2016-09-20)