

以通过评估胆汁淤积对肝脏质地的影响间接检测肝脏功能,同时还有利于对超声引导下经皮肝穿刺胆管引流术前减黄的效果进行实时评价。考虑到梗阻性黄疸对机体的影响是多方面的,多引起肝脏各种酶类异常,关于弹性成像的量化参数与梗阻性黄疸时肝功能酶学改变的关联值得进一步讨论。

参考文献

[1] 曹喆,张太平,赵玉沛,等.胰头占位合并梗阻性黄疸:局限性自身

免疫性胰腺炎的外科诊疗[J].中华肝胆外科杂志,2015,21(9):581-595.

[2] 樊静,章建全,蒋晓春,等.双重超声造影对梗阻性黄疸诊断价值的评估[J].中华超声影像学杂志,2015,24(10):860-864.

[3] 王常元.梗阻性黄疸对肠黏膜通透性的影响[J].医学综述,2012,18(8):1201-1204.

[4] 刘航,李为民,刘浩润,等.胆管结石患者外周血胆红素水平与调节性T淋巴细胞变化的相关性[J].中华肝胆外科杂志,2016,22(4):253-257.

(收稿日期:2016-07-17)

· 病例报道 ·

Ultrasonic diagnosis of great saphenous vein high-order varicose vein beside left femoral vein: a case report 超声诊断左侧股隐静脉瓣旁大隐静脉高位静脉曲张 1 例

崔海 徐亚丽 华兴 刘政

[中图分类号] R73;R445.1

[文献标识码] B

患者男,68岁。因左侧大腿根部内侧触及无痛性包块来我院就诊。专科检查:局部皮肤颜色及皮温正常,直立或平躺时用力屏气后包块增大,加压后包块缩小。超声检查:静息状态下,左侧股隐静脉瓣旁沿静脉管壁可见大小约15.7 mm×5.7 mm的椭圆形无回声区,呈瘤状向外扩张(图1A),形态规则、边界清晰,其内未见明显异常回声;股隐静脉瓣活动尚可,未见明显缺损、缺失异常声像;行加压试验或Valsalva试验后,包块可明显增大,为17.9 mm×8.7 mm,试验前后测径比值>1.0,探头按压后瘤状扩张可明显缩小;CDFI示扩张瘤状内为旋流血流信号,呈典型的“阴阳”征(图1B)。超声提示:左侧大腿根部内侧瘤状包块,考虑股隐静脉瓣旁大隐静脉高位静脉曲张可能性大。后行大隐静脉瘤切除术治疗,术中可见大隐静脉入股静脉处局部血管壁菲薄,呈囊状向近心端并向外突出,股隐静脉瓣膜形态结构完整,无明显

缺损、缺失异常。术后1~3个月内复查患者左侧大腿根部内侧未触及肿块。

讨论:大隐静脉高位静脉曲张临床较为罕见,因高位近腹股沟且可有触及,易误诊为股疝。大隐静脉瘤可分布于血管走行不同位置,从足静脉弓内侧到小腿、大腿内侧,上行穿静脉裂孔至股隐静脉交界处,表现为不同程度的扩张,但局部扩张的静脉血管壁与主干相连续,内、中、外膜结构完整,层次清晰^[1]。静脉曲张典型CDFI表现为:局部静脉管壁的瘤样膨出,管壁保持连续性,瘤内彩色血流表现为旋流,且与主静脉干血流相连;患者行加压试验或Valsalva试验后,部分瘤体壁可增宽,内部旋流状彩色血流信号增强;后期瘤内若有血栓形成,彩色血流信号可随之减小;脉冲多普勒表现为取样瘤体开口处,可随患者呼吸呈连续性静脉频谱;若为大隐静脉高位瘤取样于股隐静脉交界处,因股隐静脉瓣膜受瘤体膨胀反压血流频谱可呈“M”形^[2]。临床应注意与股疝的鉴别诊断。

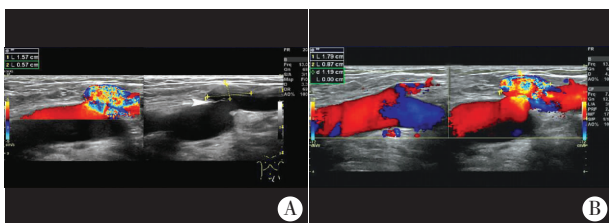
综上所述,超声可早期诊断大隐静脉瘤及鉴别诊断腹股沟疝,是其影像学检查的首选方法。

参考文献

[1] 谈卫杰,朱昊,陈悦,等.超声对大隐静脉扩张的诊断[J].临床超声医学杂志,2016,18(4):280-281.

[2] 孟庆欣,王炼,傅宁华.超声诊断大隐静脉瘤1例[J].中华超声影像学杂志,2003,12(11):700-701.

(收稿日期:2016-11-26)



A:静息状态下,左侧股隐静脉瓣旁(箭头示)可见静脉管壁扩张,向近心端并向外瘤性突出,瘤内可见紊乱彩色血流信号;B:行加压试验或Valsalva试验后,瘤内旋流血流增强,呈红蓝交错的“阴阳”征;探头加压局部瘤体可变小。

图1 左侧股隐静脉瓣旁大隐静脉高位静脉曲张声像图