

干扰,较难显示。本研究中误诊的 2 例尿路上皮癌,1 例误诊为血凝块,因二者声像图类似,不易鉴别,肾盂癌为乏血供病灶,彩色多普勒鉴别二者价值有限,但超声造影较易区分,血凝块无血供,超声造影无增强,而肾盂癌内部有增强。通过随访观察病灶大小变化,对肾实质有无侵犯等,改变体位病灶有无移动等,也有助于鉴别诊断。1 例误诊为肾盂旁囊肿,可能与病灶较小、回声较低或增益调节过低有关,且依赖操作者的经验。本研究漏诊尿路上皮癌 5 例。肾盂癌常导致肾盂漏斗部或肾盂输尿管连接部梗阻而形成肾积水,超声对肾积水敏感,肾盂癌病灶越大,显示越清晰,但若病灶<1 cm 则不易引起肾积水,不易引起肾脏形态改变,所以不易被检出^[6]。本研究 1 例病灶位于肾盂,因病灶较小,超声未显示,手术证实病灶<1 cm。输尿管癌沿输尿管壁生长,且易发生于中下段,因位置较深,易受肠气、肥胖等因素干扰,超声不易显示。本研究中有 3 例病灶位于中下段输尿管,较难观察,若患者出现反复肉眼血尿,可结合其他影像学检查,如输尿管镜、增强 CT 等,减少漏诊。

综上所述,超声对小肾癌的诊断存在一定局限性,且超声医

师对尿路上皮癌认识不够,容易导致漏诊或误诊。综合应用各种影像学手段,有助于减少泌尿系肿瘤的漏诊和误诊。

参考文献

[1] Boorjian SA,Uzzo RG.The evolving management of small renal masses [J].Current oncology reports,2009,11(3):211-217.
 [2] 孔垂泽.肾癌诊断和治疗中的共识及争议问题[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2011,3(5):316-317.
 [3] 王延宏,郭文斌,李荣,等.彩色多普勒超声在肾癌诊断中的临床价值[J].临床超声医学杂志,2010,12(12):850.
 [4] 徐建红,文兴跃,李俊来,等.小肾癌的彩色多普勒超声诊断价值[J].中国医学影像学杂志,2009,17(4):255-257.
 [5] Kin JC,Kin KH, Lee JW.CT and US finding of multilocular cystic renal cell carcinoma[J].Korean J Radiol,2000,1(2):104-109.
 [6] 周永昌,郭万学.超声医学[M].4 版.北京:科学技术文献出版社,2002:1153-1154.

(收稿日期:2017-05-11)

· 病例报道 ·

Echocardiographic diagnosis of acute pulmonary air embolism: a case report
 超声心动图诊断急性肺动脉空气栓塞 1 例

刘姝妮 李书兵

[中图法分类号]R540.45

[文献标识码] B

患者女,48 岁,因突发呼吸困难伴意识障碍 40 min 就诊。发病前 7+ h 于外院因右眼视网膜脱离行右眼玻璃体切除、硅油填充术。术后 1+ h 后安返病房,给予留置针输液治疗。术后 6+ h 突发呼吸困难,紫绀,伴大汗、心悸、胸痛,四肢抽搐、口吐白沫,随即意识障碍伴血压下降,急诊入我院。急诊科立即行气管插管、呼吸机辅助通气等处理,血氧饱和度 40%;血气分析:血液酸碱度 7.008,动脉氧分压 49 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),动脉二氧化碳分压 63.6 mm Hg,血清 Na⁺ 144 mmol/L;血浆 HCO₃

16 mmol/L,血压 118/70 mm Hg,血 K⁺ 2.8 mmol/L,心率 128 次/min,余指标正常。超声心动图提示:①右房、右室增大;②左房、左室、右室及肺动脉腔内可见细颗粒状强回声,考虑为气体(图 1,2);③三尖瓣反流压差增高(40 mm Hg),考虑有肺动脉高压,左心内细颗粒状强回声,考虑肺动脉高压致卵圆孔重开;④左室收缩、舒张功能减退(射血分数 48%,左室短轴缩短率 23%)。胸部 CT、肺动脉 CTA 提示:右室、肺动脉干、右肺中叶及双上肺动脉部分分支气体密度影,考虑气体栓塞(图 3,4)。予以补液、平喘、

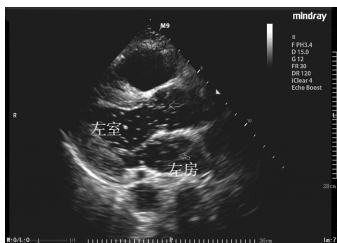


图 1 超声示左房、左室内气体



图 2 超声示右室内气体



图 3 CT 示右室内气体

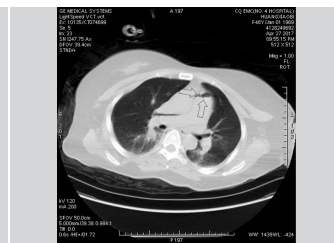


图 4 CT 示肺动脉干内气体

(下转第 354 页)