

彩色多普勒超声诊断慢性非结石性胆囊炎的意义

石华, 陈文卫, 周青, 郭瑞强

石华, 陈文卫, 周青, 郭瑞强, 武汉大学人民医院超声科
湖北省武汉市 430060
项目负责人: 石华, 430060, 湖北省武汉市, 武汉大学人民医院超声科.
电话: 021-63610109-73403
收稿日期: 2004-02-11 接受日期: 2004-04-27

摘要

目的: 探讨应用高分辨率高灵敏度彩色多普勒超声对慢性非结石性胆囊炎诊断的可行性及其意义。

方法: 胆囊壁增厚组 86 例 选择胆囊结石患者 63 例作为对照组 将其测得的血流参数与正常组相比较。

结果: 胆囊结石与慢性胆囊炎患者之间的血流参数无显著性差异($P > 0.05$) 而二者与正常组之间存在显著性差异($P < 0.01$)。单纯胆囊壁增厚组与正常组之间无差异($P > 0.05$)。三项参数中以阻力指数(RI)最为敏感。

结论: 二维超声仅以胆囊壁增厚不能诊断慢性胆囊炎利用血流参数的变化结合二维超声临床表现有利于慢性胆囊炎的诊断。

石华, 陈文卫, 周青, 郭瑞强. 彩色多普勒超声诊断慢性非结石性胆囊炎的意义. 世界华人消化杂志 2004;12(7):1747-1749

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1747.asp>

0 引言

慢性非结石性胆囊炎少见诊断比较困难. 仅以二维超声观察胆囊壁的厚度作出诊断常常误诊. 高分辨率高灵敏度彩色多普勒超声(CDFI)应用于临床使腹腔脏器的小血管血流的显示得到很大的提高. 我们对胆囊壁内的动脉血流进行检测 探讨在诊断中的意义。

1 材料和方法

1.1 材料 1999-05/2001-03慢性非结石性胆囊炎患者86例 为胆囊壁增厚组 全部患者均有不同程度右上腹疼痛 二维超声未发现胆囊结石胆总管结石胆囊壁厚度0.25-0.4 cm. 年龄24-56(平均38)岁. 选择胆囊萎缩不明显 胆囊壁厚度0.3-0.5 cm的胆囊结石患者为对照组 63例 年龄18-42(平均35岁). 正常组为大专院校体检中抽选的无肝胆胃肠心脏疾病的健康人24名 年龄28-48(平均46.5岁). 使用美国Acuson Sequoia-512型彩色多普勒超声仪. 探头频率4MHz. 设朝向探头的红色血流为胆囊壁内动脉血流。

1.2 方法 患者空腹平卧位探头由肋间取胆囊长轴

测量胆囊的最大长径和宽径壁的厚度. 当胆囊明显折叠时 则分段测量. 在距胆囊颈1 cm左右处寻找彩色血流点局部放大. 嘱患者屏住呼吸将脉冲多普勒取样容积置于该点获取频谱记录收缩期最大峰值流速(V_s) 舒张末期流速(V_d)及阻力指数(RI).

统计学处理 所有数据资料以平均数±标准差(mean±SD)表示 作t检验和直线相关分析。

2 结果

正常胆囊平均大小为6.70 cm×3.25 cm 囊壁厚度0.2 cm. 胆囊结石组大小平均为5.16 cm×2.98 cm 囊壁厚度0.3-0.5 cm. 囊内有单个结石多个结石结石大小不等. 胆囊壁增厚非结石组胆囊平均大小为5.98 cm×3.15 cm 囊壁厚度0.25-0.4 cm. 彩色血流显像及频谱正常组24例 中2例未显示血流点显示率91.7% 3例因呼吸不稳未取到频谱频谱显示率87.5%. 胆囊结石组有9例未显示血流信号频谱显示率为85.7%. 胆囊壁增厚非结石组有8例因肥胖肠气等因素未显示彩色血流信号. 血流参数总显示率为90.7%。

正常组胆囊壁内正常的动脉血流表现为收缩期上升快下降缓慢波峰圆钝全舒张期位于基线以上的血流波形. 胆囊结石组胆囊壁内动脉血流表现为收缩期上升快下降快波峰尖锐的波形呈低速高阻. 胆囊壁增厚非结石组胆囊壁内动脉血流频谱69例与正常组相似占88.5%. 9例血流波形与胆囊结石组相一致占11.5% 9例患者参与脂肪餐实验表现胆囊收缩功能的异常结合临床诊断为慢性非结石性胆囊炎(表1)。

表1 胆囊壁内动脉血流参数测值表

分组	n	V_s (m/s)	V_d (m/s)	RI
正常	22	0.197±0.047	0.063±0.041	0.686±0.110
胆囊结石	54	0.228±0.066	0.041±0.030	0.828±0.008 ^b
胆囊壁增厚	69	0.141±0.09	0.047±0.030	0.675±0.050
慢性胆囊炎	9	0.214±0.041	0.038±0.001	0.830±0.020 ^b

^b $P < 0.01$, vs 正常组.

3 讨论

单纯性胆囊壁增厚常常继发于其他的一些疾病如肝脏疾病胃肠道疾病等. 胆囊壁仅仅只表现为增厚而结构上没有器质性病变^[1-2]. 我们利用高分辨率高灵敏度彩色多普勒超声探查胆囊动脉看出正常组与单纯

胆囊壁对照无显著性差异($P=0.05$) 而与胆囊结石组 慢性胆囊炎组有显著性差异($P<0.01$). 胆囊结石组与慢性胆囊炎组由于其病理改变相同 导致血管变细 阻力增加 因此二者对照无显著性差异($P>0.05$). 三个参数中以 RI 最为敏感. 当二维超声显示胆囊壁增厚 而胆囊腔内未见结石 CDFI 显示胆囊动脉纤细 动脉阻力明显增高 RI >0.8 时 结合临床表现有助于该病的诊断与鉴别诊断.

影响 CDFI 显像的因素在正常组及胆囊壁增厚组主要是患者肥胖肠气干扰频谱的获得关键在于患者是否会屏气. 而在胆囊结石组是由于反复发作的炎症导致胆囊壁纤维化使血管变细或减少甚至闭塞影响了彩色血流的显示^[3]. 单纯的二维超声仅以胆囊壁的增厚来诊断慢性非结石性胆囊炎常常会导致误诊给患者增加了不必要的负担. 而脂肪餐实验也没有特异

性 长期饮酒 慢性肝炎及溶血性贫血患者等都可能 在胆囊内出现沉积物其临床意义不大但可以影响胆囊的收缩功能; 老年人及胆囊管畸形的患者也可导致胆囊收缩功能的异常. 因此仅仅依据脂肪餐实验单指标慢性胆囊炎是不可靠的.

高分辨率的 CDFI 能使胆囊壁内的动脉血流易于显示 通过所测得的血流参数结合二维图像的改变及临床表现有利于慢性非结石性胆囊炎的诊断.

4 参考文献

- 1 程黎阳, 陈国忠, 钟世镇, 李志华. 肝硬化时胆囊壁增厚的机制及其临床意义. *中华肝胆外科杂志* 2003;8:506-507
- 2 Yamada K, Yamada H. Gallbladder wall thickening in mononucleosis syndromes. *J Clin Ultrasound* 2001;29:322-325
- 3 Panzera F, Ghisio S, Grosso A, Vigezzi P, Vitale M, Cariaggi RM, Mistrangelo M. Laparoscopic cholecystectomy. Our experience. *Minerva Chirurgica* 2000;55:489-492

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林, 厦门大学医学院第一临床学院厦门中山医院消化内科 福建省厦门市 361004
项目负责人: 叶震世, 361004, 福建省厦门市, 厦门中山医院消化内科.
电话: 0592-2292387 传真: 0592-2292017
收稿日期: 2003-09-15 接受日期: 2003-10-27

摘要

目的: 探讨 ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值.

方法: 对 74 例梗阻性黄疸行 ERCP 检查并与术后诊断比较 其中 41 例同时有 ERCP B 超及 CT 检查 比较三者诊断的符合率.

结果: 本组示恶性胆道梗阻 36 例 占 48.6%; 良性梗阻 38 例 占 51.4%. 与术后诊断比较 ERCP 对胆总管结石的诊断符合率 96.9%. 对恶性肿瘤诊断符合率 77.8% 主要是胰腺癌 胆管癌 胆囊癌及壶腹周围癌等. 41 例中 ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断率明显高于 B 超及 CT ($P<0.05$).

结论: ERCP 对梗阻性黄疸具有较高的诊断价值优于 B 超和 CT.

叶震世, 钟燕, 吴艳环, 郭明玉, 蔡志萍, 任建林. ERCP 对梗阻性黄疸病因的诊断价值. *世界华人消化杂志* 2004;12(7):1748-1749

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1748.asp>

0 引言

在梗阻性黄疸的病因诊断中影像学检查起很重要的作用. 随着 ERCP 术的广泛应用现已成为胆胰疾病诊治的主要手段之一. 本文总结我院 1996/2003 年 74 例行 ERCP 检查 并经手术证实的梗阻性黄疸患者现报告如下:

1 材料和方法

1.1 材料 1996-08/2003-05 梗阻性黄疸 74 例行 ERCP 并接受手术治疗. 其中 4 例行内镜乳头括约肌切开(EST)取石 1 例经内镜行内镜鼻胆管引流术. 其余均经手术或病理证实. 41 例有完整影像学资料(B 超 CT ERCP). 男 38 例 女 36 例, 年龄 13-84(平均 57.6)岁.

1.2 方法 ERCP 用拉直法操作胰管拍片取俯卧与仰卧位 胆管取俯卧位 仰卧位 立位及左右斜位. ERCP 术后行手术治疗.

2 结果

良性胆道梗阻 38 例(51.4%) 恶性胆道梗阻 36 例(48.6%). 胆管结石 胰腺癌 胆管癌共 60 例 占 81.1% 其他病因 14 例占 18.9%. ERCP 诊断符合率见