

专家连线

细菌性肝脓肿患者超声造影特点及诊断分析

□史景璐 曹青峰 陈国勇

细菌性肝脓肿是一种常见的肝脏感染性疾病,常规的超声检查对其定性缺乏一定的依据,目前,超声造影检查开始应用于该病的检查,通过反映造影剂在脓肿中的时间和强度变化,为超声诊断细菌性脓肿提供了新的依据,笔者通过对30例细菌性肝脓肿患者进行超声造影检查,证实超声造影检查细菌性肝脓肿具有较高的诊断符合率。

资料与方法

笔者对4年间在医院经手术或穿刺病理学证实的30例细菌性肝脓肿患者临床资料进行统计分析,所有患者均经常规彩色多普勒超声及超声造影检查。其中男性为17例、女性为13例;年龄为27岁~62岁,平均(42.15±12.58)岁,临床特征主要表现为不同程度发热、肝区疼痛、白细胞升高、消瘦、黄疸等。

仪器设备与造影剂:飞利浦彩色多普勒超声诊断仪,探头频率为3.5兆赫~5兆赫,采用造影剂谐波成像技术,声输出指数为0.03。

超声检查方法:首先常规超声检查肝脓肿形态、包膜、门脉、肝动脉与肝实质,记录病灶部位、回声强度、大小、毗邻关系、血流速度等;启动低机械指数造影模式,

选择肘正中静脉在2秒~3秒快速团注声诺维混悬液2.4毫升,随后加注5毫升生理盐水;实时不间断观察病灶灌注、增强时间、方式与回声强度变化,并将图像资料输入内置硬盘内提供分析。肝脓肿超声造影增强时相分为动脉期、门脉期和平衡期,动脉期开始时间为注射造影剂后10秒~20秒,结束时间为25秒~35秒;门脉期为30秒~45秒,结束时间为120秒;平衡期为>120秒,结束时间为240秒~360秒。

图像分析:所有患者超声造影均由经验丰富的超声科诊断医师进行分析或由全科会诊讨论。

结果

超声检查结果:30例细菌性肝脓肿患者中有21例单发,9例多发;累及部位肝右叶18例、肝左叶9例、肝左叶均累及3例;脓肿大小为直径2厘米~9厘米,平均(5.18±2.76)厘米。

常规超声与超声造影表现:灰阶超声:病灶平均最大截面积为(46.78±12.3)平方厘米,11例表现为不均低回声,边界不清,无明显包膜;14例表现为中心无回声的混合回声光团,壁厚,边界较为清晰,囊内可见流动细光点强回声;5例表现为蜂窝状不均强弱混杂回声;后方回声增强者16例。

彩色多普勒超声:41个病灶中有28个病灶内部或脓肿壁显示短线条状、点状、弧状血流信号。收缩期最大流速(PV): (0.35±0.045)/毫升;血流阻力:0.18±0.03,呈低速、低阻力血流频谱声像图表现。超声造影:41个病灶超声造影平均最大截面积为(3.05±1.28)平方厘米;17个病灶显示周围一过性增强征象,表现为脓肿周围肝组织明显增强,边界显示清晰,强化快,消退快,门脉期造影剂消退,强化征象基本消失;41个病灶中17个病灶呈花瓣样强化,14个病灶呈环状强化,10个病灶呈蜂窝状强化;24例患者28个病灶呈典型的陡直快进快出曲线。

诊断符合率:超声造影诊断符合率为93.33%,明显高于常规超声的73.33%,差异有统计学意义。

讨论

细菌性肝脓肿在临床工作中较为常见,以年老体弱者高发,肝右叶多见,感染途径包括胆道逆行性感染、血行感染以及邻近感染灶的直接蔓延,其中胆道逆行性感染是最常见病因,体弱、多发、脓肿体积较大的患者预后不佳,早期诊断和采取正确的治疗方案是治疗的关键。目前肝脏疾病的筛查首选超声检查,据报

道常规灰阶超声和多普勒频谱能够对于肝脏脓肿的定位、定量以及血流进行评价,超声造影剂以及与之相匹配的超声造影成像技术不断地发展,使超声造影可以像CT检查、核磁共振成像(MRI)检查强化扫描样,观察占位性病变、脓肿血流供应情况,显示肝脓肿强化状态以及强化时间、强度变化曲线,为肝脓肿的定性提供了有力的帮助。

临床上典型的细菌性肝脓肿即脓肿形成期,该期患者脓肿基本形成,临床症状典型,常规超声主要表现为以无回声为主的厚壁囊腔,囊内有强回声光点漂浮,大部分病灶边界清晰、壁厚,多呈环状,单环多见,部分显示为双环,单环代表脓肿壁,周围水肿不明显,双环的内环为脓肿壁,外环为周围水肿带,水肿带根据脓肿迁延情况,宽窄不一,超声造影检查,动脉期表现为脓肿呈环状强化,周围伴或不伴低回声,环腔内坏死区脓液无强化。

通过超声造影总结出以下征象,有利于帮助鉴别诊断。1.病灶缩小征:化脓性炎症期及脓肿形成初期,局部炎症周围肝细胞充血、水肿,导致脓肿边界模糊不清,常规超声测量体积较大,造影后,真性脓肿边界显示清晰,水肿

带被排除,测量所得数据明显小于常规超声。2.周边一过性增强征:脓肿壁与周围肝组织动脉期明显强化,可短暂获得较清晰边界,但强化效应消退快,门脉期基本消失,考虑与化脓性炎症期及脓肿形成初期脓肿壁尚未形成有关。3.花瓣样强化征象:是化脓性炎症期超声造影表现,该期局部肝组织充血水肿,炎细胞浸润,血供丰富,造影剂可呈弥漫性充填,其内小坏死区缺乏血供而无造影剂充填,乏血供区聚集成团表现为花瓣样强化征象。4.蜂窝样强化:是脓肿形成初期超声造影表现,该期已有多个小脓腔形成,小脓肿间或周边尚残留有血供的肝组织网状支架,注入造影剂后网状支架明显强化,而小脓肿无强化,超声切面呈蜂窝样改变。5.超声造影时间和强度曲线:脓肿开始强化及达峰时间始于动脉期,消退时间与平均廓清时间始于门脉期,平均消退时强度、平均廓清时强度均呈低水平,呈快进快出低强度曲线。本研究细菌性肝脓肿超声造影诊断符合率高达93.33%,明显高于常规超声的73.33%,充分说明超声造影特征征象对提高诊断符合率有积极的意义。

(作者供职于郑州人民医院)

“李叔叔,今天吃饭怎么样啊?”“王阿姨表现最好了,来,张嘴我瞧瞧,药有没有吞下去?”“孩子,今天降温了,乖,多穿点衣服啊!”熟悉刘娜的人都知道,她对患者总是笑脸相迎,几句家常话,便一下子拉近了彼此的距离。

刘娜是郑州市第八人民医院(以下简称郑州市八院)副主任医师,和许多人一样,她成为一名精神科医生也是机缘巧合。刘娜至今还记得自己20年前第一次走入封闭病区的那一刻,没有过多的害怕与紧张,直到第一次外出接患者,她才真切地感受到,原来患者的异常言行都是真实存在的,一想到他们痛苦而不自知的样子,她便下定决心,一定要用自己的所学,帮助更多的精神病患者重返社会。

细致入微的“生活管家”

精神科不比其他专业,所接触的病都是看得见摸得着的,精神疾病病在“心”。刘娜说,她常常要变换不同的身份来与患者相处,有时候是同事、朋友,有时候是家人、保姆,甚至是警察、侦探。

于先生是一位退休干部。退休后突然开始沉默寡言、闭门不出,逐渐发展到对家人爱答不理,甚至连个人卫生也不料理。入院时,于先生已经达到亚木僵状态,浑身脏乱,不配合治疗,违拗敌对。

经过刘娜的几次心理干预,于先生敌对情绪缓和了不少,能被劝动配合换衣、洗漱,但仍不能主动进食。于是,刘娜便成了他的“生活管家”,从方方面面给予细致入微的照顾。

经过一段时间的治疗,于先生精神症状明显缓解,不仅能生活自理,还在病房内主动帮助其他患者。终于到了出院的日子,可于先生却说自己病没好不想走。细心的刘娜猜测于先生是不是有什么顾虑,结果,于先生说自己退休了,一下感觉自己没有了价值,平时家人也忙,很少陪伴自己,一想到回家后他又要独自面对这些,就心里难受。

于是,刘娜建议他再住些日子,继续为其进行康复期心理治疗,并让患者家属参与其中,告诉他们陪伴和关怀的重要性。出院后,于先生一天天好起来,还参加了老年大学。

小患者的“临时妈妈”

“老吾老以及人之老,幼吾幼以及人之幼。”在接诊中,刘娜经常会遇到一些未成年患者,这些孩子总是让她不由自主地心疼。

10岁的磊磊(化名)原本是个阳光开朗、品学兼优的孩子,然而半年前,他的母亲突然在家自杀。从那以后,磊磊天天晚上做噩梦,母亲自杀的那一幕一次次地在他眼前闪现,逐渐地,他开始失眠、厌食、精神恍惚、学习成绩直线下降,进而变得自卑、自闭、拒绝与人接触。

起初,磊磊的父亲忙于工作没有意识到孩子的变化,然而当他发现这些异常时,磊磊已经听不进任何劝了。无奈之下,父亲只好带他来到郑州市八院求助。

刘娜和磊磊接触后发现,磊磊根本无法接受母亲去世的事实,而身为两个孩子的母亲,刘娜完全能够体会孩子失去母亲的痛。这时候,唯有陪伴才能慰藉一颗年幼而受伤的心。随着药物治疗的逐渐起效,磊磊说出了另一个心声:爸爸和妈妈感情不好,他认定妈妈的死是爸爸造成的。

每天,刘娜在查房时会特别关注磊磊的情绪,只要手头工作不忙,她就经常来找磊磊聊天,陪他看课外书、锻炼身体,还定期奖励他一些玩具。渐渐地,磊磊有了笑容,对刘娜产生了强烈的信任和依赖,治疗40天后出院回家。

待患者似家人

“患者的事在她眼里是头等大事,家属评价特别高。”与刘娜相识8年的同事邢艳丽提起自己的老搭档,眼神里透着钦佩。

40多岁的赵先生是一位精神分裂症患者,其母亲、姐姐和弟弟也患有不同程度的精神分裂症,两年前母亲去世,年迈的父亲带着3个孩子艰难度日。

由于家境困难,无力支撑3个孩子的医药费,且姐姐和弟弟的病已经发展到退隐状态,仅有的积蓄只能先紧着赵先生一个人治疗。

赵先生入住病区后,有一天查房时,刘娜发现他的左手食指骨折了,然而专科医院没有这方面的治疗资质,于是刘娜立即联系他父亲,看能不能带赵先生到综合医院进行治疗,然而老人年龄大了行动不便,家里也在没钱治疗。刘娜二话不说,叫上一名护士,开车带着赵先生前往他的家中,为了让家属放心,他们接上赵先生的父亲一起到附近的一所综合医院,自己花钱给赵先生支付了骨折。

心里时想着患者,耽搁了对家人的照顾。刘娜不但平时不能按时下班,而且逢年过节还缺席家宴。用母亲的话说,“对患者比对家人还亲”。然而,看到女儿一路走来收获的认可越来越多,母亲心里比谁都高兴。



协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
疫情防控心理援助热线(0371) 55622625

征稿

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,增加趣味性。
联系人:朱忱飞
电话:13783596707(微信同号)
投稿邮箱:5615865@qq.com

癌症患者膀胱输尿管相关手术的注意事项

□王刚成

在临床中,笔者经常遇到盆腔肿瘤联合部分膀胱或输尿管部分切除后出现一系列问题,如输尿管瘘、膀胱瘘、输尿管阴道瘘、膀胱阴道瘘、输尿管内支架管拔出后再置入困难等,给患者带来肉体及精神上的痛苦。笔者认为出现以上情况除了病情所致,并发症很难避免,但如果术者充分发挥主观能动性,不局限于

书本、不局限于教条,有些并发症或者术出现的困难就能最大程度避免。

术后输尿管阴道瘘或膀胱阴道瘘是临床上棘手的术后并发症。如果肿瘤侵犯子宫或膀胱,行膀胱部分切除、输尿管部分切除或子宫切除,术者应该想到术后有可能发生膀胱阴道瘘或输尿管阴道瘘等,术中应发

挥主观能动性,减少膀胱阴道瘘或输尿管阴道瘘形成的条件,如用带蒂大网膜封闭阴道残端,避免阴道瘘口形成;用带蒂大网膜包裹膀胱输尿管吻合口,尽量避免漏尿尿道形成。如果没有带蒂大网膜,也可以用其他组织如小肠系膜、结肠系膜、后腹膜等软组织代替,均能起到良好效果。手术不只是简单重复操作,也不能只局限于书本。手术其

实也是一门艺术,要富有创造性,面对问题,要想怎样去解决。

在临床工作中,笔者经常碰到一些患者因肿瘤原因行盆腔放疗后,输尿管内的支架管被拔出后出现输尿管狭窄,支架管再置入困难的事情,造成患者肉体上的极大痛苦以及经济负担,医者也劳心劳神但仍不能解决问题。笔者认为术者放置输尿管支架管应该预料可

能需要重新置入的可能性,应该想办法为以后更换内支架创造条件。术后更换输尿管内支架管困难主要因为为支架管的一端为盲端,导丝不能通过留置在输尿管内。术者如果首次放置内支架管时将盲端剪掉,为以后介入放置导丝创造条件,以后更换输尿管支架管将不再困难。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

骨转移瘤的诊断与介入治疗

□焦德超 李兆南 文/图

骨转移瘤是指原发于骨骼以外的恶性肿瘤通过血液循环、淋巴系统或直接蔓延等途径转移至骨骼的恶性肿瘤,以血行转移多见。骨转移瘤是成年人常见的继发性恶性肿瘤,在临床工作中较为常见,约占全身转移瘤的15%~20%,仅次于肺及肝转移,居第三位。

而在骨转移瘤中,长骨转移仅次于骨盆转移和椎体转移。通常以破坏骨端松质骨为首发,随着病情进展病灶进一步侵害骨皮质引起骨质破坏,患者常常出现局部疼痛、活动障碍和病理骨折等,严重影响患者的生活质量及预后。因此,积极治疗对于控制肿瘤病程的发展、提高患者生活质量、延长生存时间很有意义。

病因

目前为止人们对骨转移瘤的发生机制的认识仍十分有限。一般认为骨转移瘤涉及多种因素,可能是多种因素相互影响的结果。肿瘤细胞具有离开原发灶转移到远处骨组织的能力。并不是所有肿瘤细胞都能发生转移,而是由一些有转移能力的肿瘤细胞所致。不同的恶性肿瘤骨转移的发生情况也不一样。有的肿瘤很少发生骨转移,如皮肤癌、结肠癌、口腔癌、食管癌等,称为厌骨性肿瘤;有的肿瘤常发生骨转移,如肺癌、乳腺癌、前列腺癌、甲状腺癌及肾癌,称之为亲骨性肿瘤。

临床表现

疼痛主要与以下因素有

关:一种是机械性导致的疼痛,肿瘤组织的压迫致骨组织变薄,骨皮质张力增加从而引起骨痛。一种是生物性疼痛,由肿瘤细胞释放的化学物质或细胞因子导致的骨痛。因此,骨转移瘤的治疗以缓解疼痛、预防和治疗病理性骨折为主,从而改善患者生活质量。骨转移瘤引起的疼痛与原发骨肿瘤引起的很相似症状为间歇性的,也可以是很尖锐而严重的,尤其在夜间疼痛更加剧烈。

实验室检查

生化指标:实验室检查在骨转移瘤的诊断中发挥着重要作用。骨吸收标志物的检测也有重要的临床意义。目前,关于骨转移瘤的生化指标包括:1.型胶原交联氨基末端肽、1.型胶原原基末端肽、骨碱性磷酸酶和骨唾尿酸蛋白。1.型胶原交联氨基末端肽和1.型胶原原基末端肽只来源于破坏的成熟骨基质,是反映骨性破坏较为敏感及特异性指标。

影像学检查

X线平片检查是骨骼系统常规检查方法。但是,当骨破坏超过50%或病灶直径大于1.5厘米以上时才能在X线平片上发现转移灶。

CT具有良好的解剖分辨率。可很好地显示浸润性骨质破坏以及周围形成的软组织肿块。CT增强扫描有助于显示骨转移瘤血供情况,并且同时可以显示病变与周围组织的关系。CT在诊断骨骼系统肿瘤方面敏感性较X线高,可以评估骨显像(BS)中不确

定的病灶;判断骨转移瘤有无发生病理骨折;显示骨转移瘤伴有软组织肿块。此外,核磁共振成像(MRI)具有较好的分辨率,是显示骨髓的最佳影像学检查方法。

穿刺活检

活检取得的病理结果是最准确、最可靠的诊断方法。取材时应尽可能取到软组织浸润部分及髓腔内的肿瘤组织。经皮穿刺包括两种方法:抽吸及芯芯。抽吸穿刺适用于细胞成分丰富的肿瘤,取芯穿刺有利于实质性肿瘤。

介入治疗

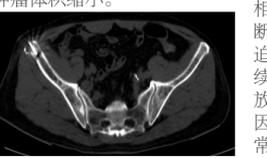
骨转移瘤的治疗以缓解疼痛、预防和治疗病理性骨折为主,主要目的是改善患者的生活质量。常规治疗包括药物化疗、放射性核素治疗、外照射治疗、手术治疗等。介入治疗是常规治疗的补充和进步,报道较多的方法有:经皮骨水泥成形术、放射性¹²⁵I粒子植入近距离治疗、消融治疗等。

经皮骨水泥成形术(POP):经皮骨水泥成形术广义上是指应用于身体各部位的经皮骨水泥注射技术,狭义上是指椎体外其他骨骼的经皮骨水泥注射技术。作为经皮椎体成形术(PVP)的外延,POP可以为那些不适合外科手术治疗的骨转移患者提供及时的疼痛缓解和机械稳定。但有以下状况的患者不宜行POP术:肝肾功能障碍,凝血功能障碍,骨髓炎,急性感染,对骨水泥敏感,大于5处病变,病变距重要神经、血管距离小于1厘米。骨皮质不完整为相对禁忌证。



右侧股骨转移瘤,骨水泥成形术(如图):POP治疗椎体外骨肿瘤主要基于以下两个方面:1.加固骨骼。由于骨水泥抗压强度高,注入病变部位后,能增加骨骼强度,起到一定的支撑作用,从而预防微骨折,防止骨骼畸形和病理性骨折。2.缓解疼痛。骨水泥聚合时可一过性产热,使病变周围的神经末梢和肿瘤坏死,从而缓解患者疼痛。也有相关文献报道,骨水泥单体的毒性还可能产生一定的抗肿瘤作用,使肿瘤体积缩小。

放射性¹²⁵I粒子植入术(如图):肿瘤骨转移姑息性



放射性¹²⁵I粒子植入术(如图):肿瘤骨转移姑息性

健康你我 原装生活 JIANKANGNIJWO YUANZHUANGSHENGHUO 116