

超声诊断肾损伤 150 例分析

刘茹

(江苏省如东县中医院 如东 226400)

主题词:肾脏损伤;超声诊断

中图分类号:R 445.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)01-0061-01

我院近 10 年来经超声诊断并随访或手术证实肾损伤 62 例,对其 B 超诊断分析总结如下:

1 资料与方法

62 例中,男 53 例,女 9 例;年龄 5~61 岁,平均年龄(39.3依8.9)岁;58 例病例为急诊就诊,均有外伤史;外伤后就诊时间最短的 30min,最长 12h,采用 Aloka-1100 型超声诊断仪,探头频率 3.5MHz,患者取俯卧位,辅以仰卧位、侧卧位,于双肾区作纵切、横切、斜切及不规则切面扫查及腹腔探测。

诊断标准分 4 类^[1]:(1)肾挫伤(肾实质挫伤,小的裂伤,可造成肾实质瘀斑及包膜下血肿,肾包膜完整);(2)肾实质裂伤(表浅肾实质裂伤,肾包膜破裂,形成肾周围血肿);(3)肾盏(肾盂)裂伤(肾实质深度裂伤,致使肾包膜、肾实质和肾盂均破裂,造成大量出血和尿液外渗,形成肾周围大血肿);(4)肾横断(裂伤进一步加深,贯穿肾脏横断面,有时可损伤肾蒂,造成血管裂伤)。

2 结果

本组 62 例中,B 超诊断与保守治疗随访或手术相符 56 例,符合率 90.3%,漏、误诊 6 例。

3 声象图表现

3.1 肾挫伤 18 例,肾包膜完整,肾实质局部或肾包膜下出现小片状低回声区或呈无回声区及回声增强区,形态不规则,位于包膜下形态多变,大多呈棱形或新月形。

3.2 肾实质裂伤 31 例,肾包膜断裂,肾实质浅层和或包膜外见带状低回声或无回声区范围较小。

以上 2 型共 49 例,其中 28 例经保守治疗,随访观察,血块渐机化,回声增强,类似实质,范围渐小直至消失而结束随访,另 21 例采用手术治疗。

3.3 肾盏裂伤 12 例,肾包膜破裂,肾实质裂伤的低回声区深入至肾盏,肾盂有血块堵塞时发生扩张,扩张的肾盂内有不规则的低回声,肾周出现低回声或无回声。

3.4 肾横断 1 例,肾外形畸变,断裂损伤处的肾脏结构模糊,失常。裂伤穿过肾盏到达对侧边缘,具“肾盏断伤”的特征。

以上 2 型腹腔均见范围大小不等的游离暗区,均紧急施行手术,结果与超声相符。

4 讨论

肾损伤大多为车祸和工伤事故,如挤压、打击肾区所致,常可造成出血性休克,为外科急腹症之一,如不及时抢救很可能危及患者的生命。因此,尽早正确做出肾损伤的诊断显得尤为重要,而肾损伤的超声诊断主要是观察肾周围和肾组织破裂处的血肿存在而得到确诊^[2]。

本文 62 例超声诊断肾损伤中,除 6 例漏、误外,余均相符。本文就漏误诊病例作如下分析:肾包膜下血肿漏诊 2 例,主要原因肾包膜下极少量出血,加之气体干扰,其声象图显示不够理想,在损伤初期,肾外形及被膜无明显改变,更易漏诊;另漏诊 1 例自发性肾周围血肿,该患者患有血友病,凝血机制发生障碍而致自发性肾周围血肿。

肾周脓肿误为肾周围血肿 1 例,前者病例有血象增高、发热等临床特征,但恰逢有摔倒病史,而误为肾周血肿和其它感染并存;另 1 例肾实质裂伤误为肾脓肿,该患者否定外伤史,但有不明原因的发热,血象增高,腰背部疼痛而误诊为肾脓肿。肾周局限性血肿误为脾破裂 1 例,在脾、肾之间有一回声不均质区,与脾分界不清而误认为脾破裂。

综上所述,笔者认为:(1)超声检查应作为外伤的首选方法,在确定有无肾损伤或腹腔内出血时极为可靠,且无损伤、无痛苦,对决定是否需要立即手术有较大的帮助。(2)即使超声未发现肾脏有明显的肾损伤表现,而腹腔内有积液或游离气体,结合外伤史,也可提示内脏破裂的可能。(3)对外伤者,未发现肾损伤图象,又无腹腔积液者,应动态连续观察,以防漏诊。(4)熟练掌握肾脏的检查技巧、诊断及鉴别诊断,耐心细致的检查,可减少漏、误诊。

参考文献

- [1]周苏晋.临床急症超声诊断[M].北京:华龄出版社,1999.374
- [2]周永昌,郭万学.超声医学[M].北京:科学技术文献出版社,1998.1 023

(收稿日期:2003-09-08)