

● 报告与分析 ●

基层医院超声诊断漏、误诊问题浅析

虞素兰

(江苏省金坛市中医院 金坛 213200)

关键词:超声诊断;漏诊;误诊;基层医院

中图分类号:R 445.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0060-02

随着现代医学科学的发展,超声诊断已得到广泛应用。超声医学的教育,正规系统的培训、普及与提高已成为当前非常紧迫的任务。超声诊断漏、误诊原因有医生方面、患者方面及仪器方面等多种因素,一个正确的诊断往往是医学理论与检查技术、临床经验和科学的思维方法三者综合应用的结果^[1]。下面就超声检查中的漏、误诊问题从上述三方面加以分析。

1 理论与技术因素

为了提高超声诊断水平,医生必须具有丰富的医学临床知识,增加对相关疾病的认识,重视对某些组织结构、生理现象的认识,这一点对减少假阳性是有帮助的。如有些脏器的部分组织在解剖上有些特殊,因此,在超声图像上也有些特殊表现。如:位于肝左叶下缘的肝尾状叶、脾周的副脾、乳腺外侧至腋下的副乳腺,以及位于甲状腺左右上下的甲状旁腺,这些组织的内部回声与相应脏器组织回声一致,且边界清晰,对这些组织的超声表现我们必须有足够的认识。还要认识正常的、生理性的现象,并注意对异常回声现象的动态观察。如早孕子宫局限性收缩突向宫腔压迫胎囊使之变形,可造成似两个胎囊的假象,对于刚从事超声诊断工作不久的医生,即会将其误诊为双孕囊,如仔细鉴别,并通过观察 10~25min 后检查,此局限性收缩区消失,双孕囊的假象也随之消失。再如大量饮水所致的肾窦分离,乃属生理性表现,嘱病人排尿后 0.5、1h 等多次检查,发现肾窦分离测值随时间的延长而渐渐减少乃至消失。有些部位由于特殊的解剖位置容易导致某些疾病,如胡桃夹综合征。脊柱肥大者应与肾肿瘤进行鉴别,肥大的脊柱与肾皮质连为一体,无明显分界,无包膜,无球体感,从而予以鉴别。诊断是医生从搜集患者的有关资料开始,经过思维中的分析与判断,提出诊断的假说,然后采用各种医技检查,以求验证或修正假说,在实践中,包括应用其他方法确诊后反馈的信息,来不断推进认识的过程。县级医院超声医生因患者多、工作忙,有时在不了解病史、病情的情况下,拿起探头就检查。这种既缺乏明确目的,又缺乏对必要征象的警觉,漏、误诊就在所难免。曾有 1 例车祸患者,检查者未了解病史,只报告了胆结石,4h 后病人血压下降,处于休克状态,再次复查 B 超,发现病人腹腔积液,脾脏有不均质回声区,诊断为脾破裂而行手术。该例的教训是,第一次检查医生未注意了解病史,忽视了盆腔的扫查,未能把握住主要矛盾,而导致漏诊。对于女性患者,要问清楚病人的月经情况,包括月经周期,末次月经经色、量;另外还要询问用药情

况,如绝经后的雌激素替代疗法常可引起老年人的阴道出血,需要与子宫内膜癌相鉴别。超声医生绝不能认为检查完患者,发出报告就完成任务。其实这仅仅是提出了某种诊断假设,尚需在临床实践中坚持随访制度,丰富我们的诊断依据或及时修改不确切的诊断,用更深层次的检查方法直至活检或手术病理等去修正、排除或证实。

超声医生不仅要有丰富的理论知识,还要有熟练的操作技能。仪器的调节非常重要,如增益太低,会将早孕时有胚芽搏动的胚胎报告为枯孕。做彩超时,如仪器调节不当,会使正常静脉血管彩色血流显示稀疏或无彩色血流信息等显示,误认为是静脉栓塞,分析其误诊原因是操作者或将彩色增益调得太低,或速度尺标过高,或滤波过高,或取样框方向与血管方向不一致等要领未能掌握,只要加以调整,此种假象即消除。另超声扫查要多方位、多切面、全面扫查,如房间隔缺损,有的切面有假阳性现象,故必须在 2 个以上切面切到回声失落,并可探及穿隔血流及分流频谱,方可诊断。有的医生扫查不全面,将双胎漏报为单胎,有一宫外孕合并卵巢囊肿的病人,超声只报告了卵巢囊肿,而遗漏了宫外孕的诊断。此种情况值得注意,否则易发生意外。

2 经验因素

超声医生具有医学理论知识和临床经验是正确诊断的基础,没有理论的认识,不可能有正确的实践,而理论只有通过实践即自身的经验才能发挥正确的指导作用,没有大量的实践和丰富的经验,理论在头脑中只是一种离开个性的死板的概念。虽然许多病例声像图有一定特征,但都不是特异性的,要进行鉴别诊断,超声发现腹腔积液时,应考虑有以下多种疾病如肝硬化腹水、内脏破裂出血、癌性腹水、胰腺炎、布查氏综合征、腹膜炎、低蛋白血症,女性病人则尤需考虑异位妊娠破裂出血、黄体破裂等,要进行分析、推理、综合判断,逐一排除。经验丰富的医生,考虑面比经验少的医生要全面,命中的可能更大,且诊断过程的盲目性会少一些^[2]。一发热病人首次查 B 超,肝、胆、脾、胰未见异常,时隔一天病人又复查 B 超,此次是一位有经验的超声医生检查的,虽然病人肝、胆、脾、胰未发现异常情况,但病人有寒热、腰痛、白血球升高等临床表现,该医生马上想到是否有腰大肌脓肿的可能,于是扩大扫查范围,发现右腰部有一脓肿,穿刺证实。另一病人腹痛明显,呈板状腹,先是一位年轻医生作超声检查的,发现肝肾隐窝之间有少量积液,胃肠大量积气,后又经一位具有临床经验的高年资医生检查,发现肝前、脾前间隙有不同程度

酒精性肝炎、肝纤维化的超声表现探讨

刘茹

(江苏省如东县中医院 如东 226400)

关键词:酒精性肝炎;肝纤维化;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)03-0061-02

本文分析了本院 1998 年 6 月~2003 年 6 月门诊及住院诊断为酒精性肝病的临床和超声资料 98 例。发现超声除对酒精性脂肪肝、肝硬化有重要诊断价值外,在酒精性肝炎、肝纤维化的诊断中也有一定价值,现报告如下:

1 资料

患者均为男性,年龄 39~72 岁,平均年龄 54.8 岁,均有 10 年以上持续饮酒史,最长 30 余年;每日摄入酒精量均≥ 50g,21 例≥ 100g;乙肝(HBV)、丙肝(HCV)病毒血清标志物检测均为阴性;76 例血清丙氨酸转氨酶(ALT)和/或天冬氨酸转氨酶(AST)轻中度升高(80~200 U/L);禁酒 1~4 个月后复查 AST,57 例恢复正常,其余 19 例下降均>50%;59 例血清甘油三酯(TG)和/或总胆固醇(TC)轻、中度升高;大多数患者无明显症状,少数有肝区不适、乏力等;所有患者均无药物性肝病、血吸虫肝病及其它肝病史。98 例均依据 1995 年南京会议酒精性肝病标准诊断。所用仪器为 Aloka-SSD1100 型超声诊断仪,探头频率 3.5MHz。患者均空腹 8 h 以上,多切面探查肝脏。

2 结果

98 例患者中,52 例肝实质回声密集、增强,管道系统纹理欠(不)清晰,远场回声程度衰减,部分近场呈云雾回声,诊断为酒精性脂肪肝;6 例肝体积不同程度缩小,肝被膜呈绳索样改变,实质回声明显增粗、增强,分布不均匀,见小结节的强回声干扰呈等距横纹状多次反射带状回声,且聚集在腹腔的上层处,是游离气体,再结合病史、体征、超声所见,报告为胃肠穿孔,后手术证实。再如,一腹痛病人来检查肝胆 B 超,首次检查是一位工作年限不长的医生,未发现异常,时隔 2h,病人疼痛加剧,再次复查 B 超,这次是位有经验的主治医师检查,当他了解到病人 1d 前食柿子的病史时,首先考虑有胃肠柿石的可能,结果超声检查发现胃内有一大柿石,从而避免了漏诊。

因此,在大量临床实践中较丰富的经验,拓展对疾病认识的广度和深度,是减少漏、误诊的重要基础。

3 思维因素

正确的思维方法能减少漏诊、误诊。和临床医生一样,超声医生也常常需要进行鉴别诊断。临床医生倡导的方法是除外法,这是一种科学的立体思维方法。它不是满足一种解释,而是使思维不断渐进与上升,展开思维的翅膀,避免因思维狭窄而导致漏诊、误诊。在超声诊断中,不要因为患者未婚(但已同居)、离异或输卵管已结扎或无明显停经史,就排除宫外孕的诊断,也不要因为尿早早孕阳性、腹痛、附件包块就不假思索地诊断为宫外孕,要注意早早孕也有假阳性。超声

或短棒样回声,管道系统回声变细,门静脉主干内径>14mm,诊断为酒精性肝硬化;27 例肝实质回声增粗、增密,诊断为酒精性肝炎;13 例肝实质回声增粗,见小鳞片状低回声结节,弥漫性分布,肝被膜、肝静脉及门静脉均无明显异常,诊断为酒精性肝纤维化。

3 讨论

酒精性肝炎、肝纤维化是酒精性肝病的表现形式,它可以独立存在,也可与酒精性脂肪肝或肝硬化混合存在,常为后两者间的过度期。酒精性肝炎主要病理改变为肝细胞坏死,炎症细胞浸润,肝细胞周围有嗜酸性蛋白样物质沉积,即为酒精性透明小体。另外,肝组织的炎症活动是肝纤维化发展的基础,肝组织炎症坏死活动可致门静脉阻力增高,进而影响门静脉血流速度。而肝纤维化病变进展到一定程度,引起肝脏的形态及结构改变时,可导致肝实质声学界面增多而杂乱,声阻抗差异增大,声象图可表现为回声增粗,增强,分布紊乱,肝表面回声不平整。这一形态改变呈渐进性发展,对纤维化程度的判断有重要作用。这是酒精性肝炎、肝纤维化、肝硬化三者之间从量变到质变的过程^[1]。

由于酒精性脂肪肝、肝炎、肝纤维化和肝硬化的病理基础不同,肝损害程度及性质不同,因此诊断应尽可能明确,临床确诊还有赖于生化检查及肝活检^[2]。超声在酒精性脂肪肝和肝硬化诊断中的作用已很明确,而由于酒精性肝炎、肝纤

诊断需结合其它辅助检查,但也不要过分依赖于其它检查,需结合临床和声像图特征表现综合考虑问题,找到符合真实情况可能性最大的疾病,使拟诊疾病的范围逐步缩小。发现病灶,同时还要注意相邻脏器是否存在病灶,有助于发现病灶是原发,还是继发。这样就不会漏掉病变,所做诊断能更准确。有时候临床医生会因不明原因的血尿而要求超声检查,我们在常规超声未能发现明确阳性体征时,也应该想到胡桃夹综合征或某些药物引起血尿的可能。如手术后单侧肢体的疼痛、水肿,要考虑到血管栓塞的可能。当外伤或剧烈运动后,出现阴囊肿痛,向患侧下肢放射,可伴有恶心呕吐,结合超声表现,睾丸内见局灶性低回声区,与健侧比较,患侧早期血流减少,后期可无血流,即可及早诊断睾丸扭转,早期可复位治疗,必要时及早手术治疗。

参考文献

[1]梁萍,董宝琦. 超声诊断中的漏误诊问题浅析[J]. 中华超声影像学杂志, 2000, 9(8): 501~502
[2]邓学尔. 医学影像诊断方法中的认识论问题[J]. 江苏超声医学, 2000, 11(1): 49

(收稿日期:2003-12-08)