

统计学意义。

2 结果

2.1 两组病变血管 TIMI 血流分级及术后 10 d LVEF、BNP 水平比较 实验组病变血管 TIMI 血流分级、术后 10 d LVEF 明显高于参照组, BNP 水平低于参照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组病变血管 TIMI 血流分级及术后 10 d LVEF、BNP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	TIMI 血流分级	LVEF (%)	BNP 水平 (ng/L)
实验组	50	2.9±0.2	50.5±5.0	210.5±67.5
参照组	50	2.0±0.3	46.5±10.0	296.5±65.5
t		10.302	7.851	9.867
P		0.000	0.003	0.000

2.2 两组冠脉慢血流发生率、术后 2 h ST 段 50% 回落率、心血管不良事件发生率比较 实验组冠脉慢血流发生率低于参照组, 术后 2 h ST 段 50% 回落率高于参照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义; 两组心血管不良事件发生率比较无显著性差异, $P > 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组冠脉慢血流发生率、术后 2 h ST 段 50% 回落率、心血管不良事件发生率比较 [例 (%)]

组别	n	冠脉慢血流	术后 2 h ST 段 50% 回落	心血管不良事件
实验组	50	6 (12.0)	41 (82.0)	8 (16.0)
参照组	50	12 (24.0)	31 (62.0)	10 (20.0)
χ^2		4.207	5.637	1.214
P		0.036	0.021	0.207

3 讨论

研究表明^[5-6], 短时间内开通病变血管, 控制患者梗死面积是治疗心肌梗死的关键所在。PCI 治疗为首选方法, 可有效改善患者临床症状, 提高生存质量, 但部分患者行 PCI 治疗期间, 心肌再灌注效果不佳^[7-8]。抬高 ST 段迅速回落, 是心肌恢复有效血流灌

注的主要指标之一, TIMI 血流是评定冠脉血流的影像学指标。研究结果显示, 实验组病变血管 TIMI 血流分级、术后 10 d LVEF 水平、术后 2 h ST 段 50% 回落率明显高于参照组, BNP 水平、冠脉慢血流发生率低于参照组 ($P < 0.05$), 且两组心血管不良事件发生率比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。说明冠脉内注射替罗非班联合血栓抽吸后行梗死相关动脉 PCI 治疗可明显增加患者心肌血流灌注, 减少心肌损伤, 且未增加不良事件的发生。

参考文献

- [1] 杨静, 石慧武, 魏冬梅, 等. 瑞舒伐他汀对老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊冠脉介入治疗后再狭窄的影响[J]. 中国全科医学, 2012, 15(31): 3620-3623
- [2] 吴铿, 叶少强. 不同负荷剂量氯吡格雷在急性 ST 段抬高心肌梗死中应用的临床对比研究[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2010, 9(4): 337-341
- [3] 张学强. 不同剂量替罗非班联合冠脉介入治疗非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者的临床疗效[J]. 中国老年学, 2016, 36(7): 1613-1615
- [4] 赵玉君, 王东颖, 董秋立, 等. 老年急性 ST 段抬高型心肌梗死患者围术期替罗非班不同给药方法比较[J]. 中国老年学, 2014, 34(24): 6871-6873
- [5] 郑扣龙, 卢辉和, 盛臻强, 等. 不同时间使用替罗非班对急性 ST 段抬高型心肌梗死行急诊冠脉介入治疗患者的疗效比较[J]. 南通大学学报(医学版), 2015, 35(5): 374-377
- [6] 李正章, 薛豪平, 程石, 等. 不同时间窗冠脉介入治疗对急性 ST 段抬高心肌梗死患者左室功能及远期预后的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2015, 12(6): 61-64
- [7] 朱桂平, 雷达, 曾智桓, 等. 不同时间窗延迟经皮冠状动脉介入治疗对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者预后的影响[J]. 岭南心血管病杂志, 2014, 20(5): 571-574
- [8] 孙宇姣, 姜大明, 张波, 等. 吸烟对急性 ST 段抬高型心肌梗死接受紧急冠脉介入治疗患者预后影响的前瞻性多中心队列研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(26): 2996-2999

(收稿日期: 2017-05-10)

高频超声诊断小儿腹股沟肿块的临床价值分析

何季珊

(广东省肇庆市端州区妇幼保健院 肇庆 526040)

摘要: 目的: 分析高频超声诊断小儿腹股沟肿块的临床价值。方法: 选取 2013 年 3 月~2016 年 9 月在我院进行腹股沟肿块检查的新生~10 岁的 321 例患儿作为研究对象, 采用高频超声诊断患儿的腹股沟肿块类型, 对比患儿的手术或病理结果与高频超声诊断的结果, 分析高频超声诊断小儿腹股沟肿块的临床价值。结果: 高频超声诊断出腹股沟斜疝 129 例, 准确率为 95.56%; 隐睾 27 例, 准确率为 84.38%; 精索鞘膜积液 140 例, 准确率为 94.59%; 精索静脉曲张 1 例, 卵巢囊肿 2 例, 圆韧带囊肿 3 例, 准确率为 100%。结论: 高频超声诊断无创伤, 易操作, 患儿不易产生排斥, 且准确率极高。

关键词: 小儿腹股沟肿块; 高频超声诊断; 临床价值; 准确率

中图分类号: R726.5

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.070

小儿腹股沟肿块在外科临床中极为常见, 需依据肿块组织的性质给予针对性的治疗, 但单纯依据病史及体征无法对肿块组织做出准确诊断^[1]。因此, 采

用何种检查方式去精准诊断肿块的性质显得尤为重要。本研究着重探讨了高频超声诊断小儿腹股沟肿块的临床价值, 旨在为诊断小儿腹股沟肿块提供更为

准确的病理学依据。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月~2016 年 9 月在我院进行腹股沟肿块检查的新生~10 岁的 321 例患儿作为研究对象。其中,男童 313 例,年龄 0~10 岁,平均年龄 (4.51 ± 3.17) 岁,合并腹股沟斜疝 132 例(嵌顿 4 例),隐睾 32 例,精索鞘膜积液 148 例,精索静脉曲张 1 例;女童 8 例,年龄 0~6 岁,平均年龄 (4.49 ± 3.25) 岁,合并卵巢疝 2 例,腹股沟斜疝 3 例,圆韧带囊肿 3 例。所有患儿基本临床资料完整,肿块性质均经手术诊断明确。

1.2 检查方法 充分暴露腹股沟区,采用 HITACHI 6500 超声诊断仪,探头频率调至 7.5 Hz,观察病灶范围、形态、内部回声和血流分布情况,及其与周围组织及腹腔内脏器的关系等。

1.3 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

高频超声诊断出腹股沟斜疝 129 例,准确率为 95.56%,患儿声像资料特征为:疝囊内容物清晰可见,伴肠样蠕动,并与腹腔组织相连,可见持续性混杂强回声,其中 4 例嵌顿患儿疝内部回声混杂,均为扩张积液的肠管,疝组织周边可见明显积液,且与周围组织边界模糊;隐睾 27 例,准确率为 84.38%,声像特征为:患儿阴囊内未见大小正常的睾丸组织,除少部分病例显示内部回声略低于正常睾丸外,其他内部回声均相似;精索鞘膜积液 140 例,准确率为 94.59%,声像特征为:肿块组织呈固定形状,多为梭形或圆形,且无回声,并单独存在,不与腹腔组织连通;精索静脉曲张 1 例,声像可见呈精索静脉呈蜂窝状或蚯蚓状,且 > 3 条,管径 ≥ 3.0 mm;卵巢疝 2 例,声像图可见卵巢内部回声低沉,并有多无回声区,且与腹腔连通;圆韧带囊肿 3 例,诊断准确率均为 100.00%。高频超声诊断肿块的准确率为 94.08%。见表 1。

表 1 高频超声诊断结果

类型	病理结果(例)	高频超声诊断结果(例)	准确率(%)
腹股沟斜疝	135	129	95.56
隐睾	32	27	84.38
精索鞘膜积液	148	140	94.59
精索静脉曲张	1	1	100.00
卵巢疝	2	2	100.00
圆韧带囊肿	3	3	100.00
总体准确率	321	302	94.08

3 讨论

腹股沟肿块是指患者下腹壁区域出现的不明结

节,该区域内部结构极为复杂,患者临床症状呈多样化^[2-3]。常规诊断方式如触诊结合症状表现进行诊断不能明确肿块性质,多需通过有效的诊断对肿块组织性质、大小和区域进行判定后再予以针对性的治疗^[4]。高频超声是传统彩超检查的进化,不仅能较为清晰的显示病区内部结构,还能通过内部回声判定病区的血流情况,进而判断病区性质^[5]。同时高频超声还是无创检查的一种,操作极为简单,可重复操作,患儿及家属易接受。本研究将患儿高频超声诊断的结果与手术结果进行了对比后发现,高频超声诊断腹股沟肿块的准确率达 94.08%,诊断价值极高。

在临床上,一般将腹股沟肿块分为含气性、实质性及囊性三种^[6]。含气性肿块多指腹股沟斜疝,是由于患儿的身体器官发育尚不完全,腹壁较薄弱,鞘状突闭合不全便会导致腹股沟斜疝,严重者甚至出现机械系肠梗阻等症状^[7];实质性肿块即为隐睾,患儿阴囊内睾丸组织大小异常,易与淋巴结肿大混淆;囊性肿块则多为先天性鞘膜积液,是由于鞘状突闭合不全致使腹腔液体回流至鞘状突内,且积液呈流动性,患儿阴囊可随积液的流动而出现大小变化,不及时治疗则会导致睾丸负荷过重,出现睾丸萎缩甚至影响生育能力^[8];其他肿块类型如精索静脉曲张、卵巢疝、圆韧带囊肿等的危害性同样很大,特别是对处于正常发育初期的婴童,若不及时治疗便可能会造成终身隐患^[9]。在使用高频超声诊断腹股沟斜疝时,不仅可以通过声像资料直观地了解疝内组织的具体性质,同时还能观察疝内组织的活动轨迹,诊断准确率为 95.56%;针对隐睾的准确率略低,这可能是由于隐睾和正常睾丸组织的声像资料较为相似,在本次高频超声检查中,诊断准确率为 84.38%;高频超声检查还能准确测量鞘膜积液的量和类型,诊断准确率达 94.59%。综上所述,高频超声检测具有无创、操作简单等特点,检测时对患者无特殊要求,接受性强,能清晰地显示肿块组织的内部结构及血流情况,准确率较高,能为确定治疗方案提供有价值的病理学参考,可避免误诊或漏诊,提高治疗效果,改善预后。

参考文献

- [1]梁阔鹏,黄雪兰,卢晓潇,等.高频超声及彩色多普勒早期诊断女婴幼儿腹股沟卵巢嵌顿疝价值研究[J].中国全科医学,2014,17(33):4021-4023
- [2]梁阔鹏,黄雪兰,卢晓潇,等.高频超声及彩色多普勒早期诊断女婴幼儿腹股沟卵巢嵌顿疝价值研究[J].中国全科医学,2014,17(33):4021-4023
- [3]余方芳,林小瑜,周秀萍,等.高频超声在不同类型腹股沟疝中的临

- 床应用[J].温州医学院学报,2012,42(4):371-373
- [4]张郦.高频超声对腹股沟斜疝的诊断价值分析[J].医学影像学杂志,2012,22(2):297-299
- [5]许云峰,蒋海燕,胡慧勇,等.高频彩超对小儿阴囊急症的诊断及鉴别诊断价值[J].中华男科学杂志,2016,22(11):996-1000
- [6]周海燕.高频彩色多普勒超声诊断阴囊疾病110例分析[J].中国误诊学杂志,2012,12(11):2686

- [7]李海红.超声鉴别诊断腹股沟肿块价值的体会[J].中国临床医生,2012,40(12):55-56
- [8]胡小霞,王立中,张引法.超声引导下髂管阻滞在小儿腹股沟疝修补术中的应用[J].临床麻醉学杂志,2014,30(8):814-815
- [9]韩诚.高频彩色多普勒超声在小儿腹股沟包块的诊断价值[J].安徽医药,2014,18(9):1734-1735

(收稿日期:2017-04-04)

脑梗死患者脑血管狭窄的分布及影响因素分析

夏俊博

(河南省郑州市职工医院 郑州 450000)

摘要:目的:探讨脑梗死患者脑血管狭窄的分布及影响因素。方法:选取2013年7月~2015年4月我院收治的急性脑梗死患者80例,进行CTA检查后,根据患者是否有高血压分为高血压组(61例)和非高血压组(19例)。分析两组患者血管狭窄程度、分布特点及危险因素。结果:两组患者颅内血管病变发生率均较高,且组间比较无显著性差异($P>0.05$);高血压组颅外血管病变与多支病变狭窄发生率明显高于非高血压组($P<0.05$);年龄($r=1.551, P<0.05$)、高血压病($r=2.106, P<0.05$)、糖尿病($r=1.834, P<0.05$)、高血脂($r=1.996, P<0.05$)等均为脑血管重度狭窄的独立危险因素。结论:急性脑梗死的重要发病原因为脑动脉狭窄,颅内血管病变发生率高于颅外血管病变,且血管狭窄重度狭窄存在多种影响因素,临床干预中应有针对性的进行治疗和二级预防。

关键词:脑梗死;脑血管狭窄;数字减影血管造影;形象因素

中图分类号: R743.3

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.071

脑血管狭窄是导致脑血管病变的主要原因,早期发现和干预可有效改善预后,降低病变损害程度。随着影像技术的发展,血管狭窄的诊断率不断提高,如CT血管造影(CTA)具有较好的直观性及空间分辨率,是血管狭窄诊断中的金标准^[1]。本研究旨在探讨脑梗死患者脑血管狭窄的分布和影响因素,为脑血管疾病的筛查、治疗及二级预防提供有利依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年7月~2015年4月我院收治的急性脑梗死患者80例,均符合相关诊断标准^[2],经MRI与CT检查后确诊,排除严重脑出血患者。其中,男45例、女35例,年龄41~77岁、平均年龄(52.3 ± 5.3)岁。根据患者是否有高血压,分为高血压组(61例)与非高血压组(19例)。两组患者年龄、性别等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 资料收集 通过询问病史、临床病例等,收集患者资料,包括性别、年龄、吸烟史、饮酒史、高血压病史、糖尿病史、生化检查结果等。

1.2.2 脑血管检查 进行脑血管造影检查前签署知情同意书。造影剂为泛影葡胺(80~100 ml),用高压注射器注射以3 ml/s、延时35 s注射;头颈部血管造影完成后进行血管成像,进行薄层扫描(3~5 mm)和

重建(2~3 mm),横断扫描获取数据后作后期处理和多次层面重建。血管狭窄根据北美症状性颈内动脉内膜切除标准,分为轻度狭窄、中度狭窄、重度狭窄。

1.3 观察指标 分析两组患者血管病变情况,高血压病分级与动脉狭窄分布情况及脑血管重度狭窄影响因素。

1.4 统计学方法 数据处理采用SPSS19.0统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验,对脑血管狭窄的影响因素进行logistic逐步回归分析, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血管病变情况 两组患者颅内血管病变发生率均较高,组间比较无显著性差异, $P>0.05$;高血压组颅外血管病变与多支病变狭窄发生率明显高于非高血压组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表1。

表1 两组患者血管病变情况[例(%)]

组别	n	颅内血管病变	颅外血管病变	多支病变
高血压组	61	32 (52.46)	16 (26.23)	36 (59.02)
非高血压组	19	8 (42.11)	1 (5.26)	5 (26.32)
χ^2		3.12	5.69	6.38
P		>0.05	<0.05	<0.05

2.2 高血压程度与动脉狭窄分布情况分析 非高血压组患者中发生动脉狭窄9例,高血压组48例。其中,颈总动脉6例,颈内动脉20例,锁骨下动脉