

腹白线疝的超声诊断

骆科美¹, 梁跃², 黄亨平³

(1. 贵州航天医院 超声科, 贵州 遵义 563003; 2. 贵州航天医院 普通外科, 贵州 遵义 563003; 3. 贵州航天医院 影像科, 贵州 遵义 563003)

[摘要] 目的: 探讨超声检查在腹白线疝中的诊断价值。方法: 分析35例腹白线附近包块在超声检查中的表现与初步诊断, 并与最后临床诊断对照。结果: 超声检查诊断为腹白线疝30例, 与临床最后诊断相符; 误诊5例, 3例误诊为脂肪瘤, 2例为混合性包块。结论: 超声检查对腹白线疝有较高正确诊断率。

[关键词] 疝, 腹; 超声检查; 诊断

[中图分类号] R445.1; R656.24 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2012)04-0432-02

腹白线疝常以腹中线附近无痛性包块而就诊, 由于腹白线疝的临床表现并不典型, 因此存在误诊病例^[1]。2008-2011年35例腹壁包块患者, 经超声检查初步诊断为腹白线疝30例, 另5例诊断为腹壁脂肪瘤或混合性包块, 外科手术确诊35例均为腹白线疝, 超声检查误诊5例。现对35例超声检查特点报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象

35例腹白线疝均为住院手术患者, 男21例, 女14例, 41~64岁, 平均49岁。35例患者均以腹壁包块就诊, 发病史1个月~2年。

1.2 超声检查方法

入院后应用PHILIPS HD11和iU22彩色多普勒超声诊断仪, 探头频率5~12 MHz、3~13 MHz, 采用“浅表组织”条件, 观察包块的边界、位置、大小、形态、内部回声及深部肌层回声, 用彩色多普勒血流显像观察包块内部有无血流信号等。

2 结果

2.1 治疗结果

35例腹壁包块均采用手术治疗且确诊为腹白线疝, 腹壁肌层缺损约3~10 mm, 其中25例疝出物为大网膜, 3例为大网膜及小肠, 另外2例疝出物为腹膜外脂肪, 无疝囊。超声检查误诊的5例中, 2例脂肪瘤行局部麻醉于门诊手术, 术中见其与腹膜外脂肪粘连, 遂缝合切口后择日进行了疝修补术; 另3例临床以疑诊腹白线疝收住院并手术。

2.2 超声检查结果

超声检查诊断30例为腹白线疝, 3例为脂肪

瘤, 2例为混合性包块。包块位置: 35例患者腹白线附近包块均位于脐孔以上, 误诊的5例患者的包块位于中线旁1~4 cm, 诊断正确的30例患者的包块均位于中线处。包块形状、边界: 诊断正确的30例中28例表现为蘑菇状包块(疝出皮下处较大, 为“蘑菇伞部”; 通过腹壁缺损处较细为“蘑菇柄”), 边界清楚, 另外2例平静呼吸时未见包块, 乏氏动作于皮下探及扁圆形包块; 误诊的5例均表现为扁圆形包块, 厚度约3~7 mm, 边界清晰。包块内部回声: 诊断正确的30例中27例内部表现为脂肪样中低回声, 其中2例周围伴有少量液性暗区; 3例除脂肪中低回声外, 可见肠道回声; 误诊的5例中3例内部为脂肪样中低回声, 2例为中低回声周围伴有少量斑片状液性暗区。包块深部肌层回声情况: 诊断正确的30例中28例包块深部肌层回声中断, 直径约2~9 mm, 另外2例深部肌层未见明显回声中断, 乏氏动作均可见包块增大; 误诊的5例包块深部肌层回声未见明显缺失, 乏氏动作包块大小无改变。35例包块内均未见血流信号。

3 讨论

腹白线位于腹前壁正中线上, 是两侧的腹直肌鞘纤维彼此交织而成的网状结构, 脐以上白线较宽约1 cm, 脐以下因两侧腹直肌向中线靠拢而变窄, 这也是白线疝多发生在脐以上的原因, 临床上多见于剑突与脐中点附近^[2]。腹白线的网状结构可使白线形态发生以适应身体活动或腹壁呼吸运动的变化, 如在伸长时白线变窄、缩短时变宽。当腹胀时需腹白线同时伸长和展宽, 较大网眼即成为白线上的薄弱点而致疝的发生。疝发生初期, 随着腹部压力的增加, 腹膜外脂肪通过白线缺损薄弱区突出

至皮下,此时多无疝囊。此组病例中 7 例(误诊的 5 例及诊断正确的、乏氏动作才可见的 2 例)即属于此型。疝发生后,腹膜也可突出,形成真正意义上的白线疝,疝出物多为大网膜及肠管,偶尔也可见胆囊疝出^[3]。对于位于中线的疝块,由于其位置典型,容易想到白线疝;如腹直肌鞘缺损较大,局部包块也较大,腹直肌鞘回声中断及包块均易被超声探及并确诊^[4];如腹直肌鞘缺失较小,平卧位时可无包块,嘱患者做乏氏动作或立位再检查,如能探及包块,也可做出诊断。中线旁的白线疝,多由于缺损口靠近白线边缘,缺损较小,且疝块向侧旁疝出,在乏氏动作包块大小无明显改变的情况下,容易误诊,尤其是内部回声为大网膜或腹膜外脂肪时,容易误诊为脂肪瘤^[5]。此组病例中误诊 5 例即属于此种情况。因此,对于中线旁的包块,应仔细扫查其附近的白线区域,观察腹直肌鞘有无回声中断,同时嘱患者做乏氏动作,仔细观察包块的大小有无改变;即使肌层回声无明显中断、乏氏动作包块大小也无明显改变的病例,也不能轻易除外白线疝而简单的诊断为“腹壁包块”。有学者认为通过彩超检测疝块内有无血流信号,可区分疝块有无绞窄坏死^[6]。此组病例未发生绞窄坏死,但彩超均未见血流信号,分析原因可能是使用仪器的条件不同所致。

超声检查对腹白线疝的诊断具有较好的临床价值,对于可探及包块深部肌层回声中断或(和)乏氏动作可见包块大小改变的病例,超声可作出腹白线疝的明确诊断;但对于中线附近的,尤其是内部为脂肪样组织回声的包块,超声容易误诊为脂肪瘤。因此,对于临床单纯以腹中线及其附近包块就诊的患者,包块深部肌层虽未见明显回声缺失,也应警惕白线疝。

4 参考文献

- [1] 何伟. 腹白线疝误诊 6 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010(10):6192.
- [2] 吴孟超, 吴在德. 黄家驹外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:1287.
- [3] 阿布力克木, 乌拉依木, 扎克尔. 临床少见的白线疝胆囊嵌顿[J]. 临床误诊误治, 2006(19):17.
- [4] 李艳娜. 高频超声在白线疝诊断中的临床价值[J]. 实用临床医学, 2010(11):102.
- [5] 蔡少雨. 高频超声诊断早期白线疝 1 例[J]. 实用医学影像杂志, 2007(8):36.
- [6] 李树荣, 邹建洪. 白线疝的高频彩色多普勒超声诊断价值[J]. 医学临床研究, 2006(4):608.

(2012-02-28 收稿, 2012-04-23 修回)

编辑:潘 娅

(上接第 431 页)

总之,准分子激光角膜屈光术后皮质类固醇性高眼压的早期诊断尤为重要,以免造成视神经的损害。要谨慎使用皮质类固醇激素类药物,患者不应未经医生许可擅自使用或调整药物的用量及用法。要定期复查和检测眼压的变化,外地患者不能复查者叮嘱当地复查后打电话随访。一旦发生了皮质类固醇性高眼压,立即停用皮质类固醇药物,积极使用降眼压药物控制眼压^[9]。

4 参考文献

- [1] 赫天耕, 王力军, 孙智勇, 等. 准分子激光角膜上皮磨镶术与准分子激光角膜切削术治疗近视的比较[J]. 中华眼科杂志, 2004(9):579-583.
- [2] Kottler U, Demir D, Schmidtman I, et al. Central corneal thickness in mucopolysaccharidosis II and VI[J]. Cornea, 2010(3):260-262.
- [3] 姚乃成, 张虹. 激素性青光眼的研究进展[J]. 临床眼科杂志, 2007(5):470-473.
- [4] Lautebach S, Funk J, Reinhard T, et al. Steroid glauco-

ma after laser in situ keratomileus[J]. Klin Monatsbl Augenheilkd, 2007(5):438-440.

- [5] 曾锦, 郭海科, 崔颖, 等. 高度近视准分子激光角膜原位磨镶术后并发开角型青光眼的早期诊断[J]. 眼科研究, 2010(5):441-444.
- [6] 刘祖国. 眼科学基础[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:66.
- [7] Qazi MA, Sanderson JP, Mahmoud AM, et al. Postoperative changes in intraocular pressure and corneal biomechanical metrics Laser in situ keratomileus versus laser-assisted subepithelial keratectomy[J]. J Cataract Refract Surg, 2009(10):1774-1788.
- [8] 帖彪, 乔宝笛. LASEK 术后皮质类固醇性高眼压的临床观察[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2009(6):437-439.
- [9] 高燕, 刘燕霞, 韦志强. 准分子激光角膜屈光术后皮质类固醇性高眼压的临床分析[J]. 国际眼科杂志, 2010(5):973-974.

(2012-05-29 收稿, 2012-06-07 修回)

编辑:周 凌