

脂肪餐诊断胆囊虹吸病的临床研究

刘厚勤^①

胆囊虹吸病是指在胆囊的虹吸部因解剖、病理等诸多因素引起的胆囊运动功能障碍的一种综合征。临床表现类似胆囊炎及胆石症,但两者的治疗结果有所不同。本病声像图易漏诊。几年来我们利用脂餐,在实时超声下检出48例,皆有临床结果,现报道如下。

1 资料与方法

凡因胆绞痛声像图不支持急、慢性胆囊炎、胆石症者,均施行脂餐试验检查。本组48例中,男17例,女31例。年龄18~49岁,平均34岁。多因食用油腻食物后,以胆绞痛而就诊。

常规扫查肝胆区,所有病人口服三枚油炸鸡蛋。分别在脂餐前及后15分钟、30分钟、60分钟、90分钟于同一呼吸相,同一部位先确定胆囊最大横轴图像,测定其长径和宽径,然后转动探头90度获得胆囊短轴图像,测定其短轴前后径,如该三径分别为a、b、c则胆囊容量计算公式 $V(\text{胆囊容量}) = \pi/6 \times a \times b \times c$ 。此方法为国外学者公认较为精确可靠方法。胆囊排空率=(1-脂餐后容量/脂餐前容量)×100%。扫查时要尽量显示虹吸部纵横断面图像。

2 声像图表现及结果

全部病例胆囊均轻度增大,其壁规则清晰,囊内无结石等异常回声。肝内胆管无扩张。胆囊颈部及漏斗部扩张饱满。脂餐后胆囊排空情况如附表。

附表 48例胆囊虹吸病脂餐后排空情况表(%)

胆囊缩小	脂餐后			
	15'	30'	60'	90'
宽径	0	5~10	15~30	35~60
容量	0	10~15	20~35	40~65

从表中可以看出,全部病例胆囊收缩排空明显差,延迟。脂餐后胆绞痛较前明显。经保守治疗3~5周B超随访:45例胆囊功能恢复正常,3例因囊管部梗阻其功能不能改善而施行手术。术中发现2例因十二指肠球部溃疡,1例因胰腺炎使囊管扭曲粘连。胆囊饱满,剖开后除发现胆汁略混浊外其余均正常。经及时治疗,胆囊恢复正常功能最快者为2周,最慢者为6周。有31例反复发作。

3 讨论

胆囊虹吸部是由胆囊的漏斗部、颈部与胆囊管的首段共同组成,它们的管径相对小而弯曲。漏斗部与囊颈部、囊颈部与胆管之间各有皱襞存在。虹吸部是胆汁能否正常出入胆囊的重要解剖段。当其肿胀、囊壁的纤维增生、皱襞过长,螺旋瓣膜的炎性增厚、囊管的扭曲以及来自周围肿块之压迫、炎症、粘连等,均可使虹吸部远段变窄,舒缩不良,胆汁通过受阻,使胆囊发生一系列的运功功能障碍。B超下脂餐检查能精确计算胆囊脂餐前、后各径线及容量的变化,从而能测定胆囊功能情况,由此奠定了诊断胆囊虹吸病的基础。

本病声像图极易漏诊,其主要原因是未施行脂餐检查,加之对本病认识不足。本文病例脂餐前声像图除囊轻度饱满外,几乎无明显异常回声。而脂餐后其排空功能差,从而得以正确诊断。

此病均伴有胆囊的运动功能障碍而无胆囊及肝内外胆管的结石。因而精确测定胆囊功能是诊断本病的关键所在。B超下脂餐检查能精确测定胆囊功能,是诊断本病不可缺少的重要检查手段。

胆囊虹吸病主要表现为胆囊收缩不协调的囊管开放或因囊管痉挛而狭窄,发作时胆汁流出受阻,囊压升高,哈氏囊显示饱满,脂餐后能使胆囊收缩排空加快,故使病人疼痛较前明显。此病间歇期胆囊可表现正常。如为炎症所致,颈部囊壁显示增厚。经过治疗上述表现与临床症状多在2~3周内缓解或消失。本病有反复发作倾向。如为外来因素所致时,须待外来因素解除后胆囊的功能方能恢复。

胆囊虹吸病无论临床表现,还是声像图表现均与胆囊炎类似,应加以区别。其主要鉴别点为前者胆囊功能差,脂餐后胆绞痛更加明显。后者脂餐后胆绞痛不明显,部分病人胆囊功能正常。另外,前者胆囊轻度增大,壁规则清晰,内透声好,虹吸部有皱襞显示,治疗后恢复快可复发。后者胆囊增大或缩小,囊壁厚、毛糙,有的呈双边。内透声差可有结石回声。治疗恢复慢,部分病人为不可逆。

结合本组病例,笔者认为:临床有反复发作的胆绞

① 276002 山东省临沂市沂蒙医院

痛病史,疑有胆囊炎、胆石症而声像图不支持者,均应施行脂餐检查。此方法简单易行,病人易接受,是目前诊断胆囊虹吸病首选的,无创伤性有重要价值的诊断方法。脂餐后胆绞痛更加明显,是本病的主要症状。胆囊排空功能差是诊断本病可靠声像图之一。

本病是内科疾病,保守治疗均能成功。若无好转应注意寻找是否胆囊外病变所致。本病发作时,其症状与体征极易与其它胆道急腹症相混淆,对此超声下脂餐

检查显得更为重要。

参 考 文 献

- 1 Everson DT, et al. A critical evaluation of real-time ultrasonography for the study gallbladder volume and contraction. *Gastroenterology*, 1980, 79: 40
- 2 中山医学院《内科疾病鉴别诊断学》编写组编. 内科疾病鉴别诊断学. 人民卫生出版社, 1979, 1: 389

(收稿 1995-01-09)

房间隔膨出瘤的超声诊断

金 超^① 汪宝林 李春敏

1 一般资料

我们自 1982 年至今共遇到 5 例房间隔膨出瘤患者。其中儿童 3 例,成人 2 例,2 例单发,3 例合并其他先天性心脏病。1 例经心导管检查,2 例经手术治疗。5 例均经心脏二维及彩色多普勒超声检查。2 例单发病例为健康查体中发现。检查用 Acuson 128 电脑超声仪、Aloka870 型彩色超声诊断仪及日产 Toshiba53M 型超声诊断仪。探头频率 3.5MHz。病人侧卧,取心尖四腔心。心底大动脉短轴及剑下四腔切面观察心房间隔,儿童令其服适量水合氯醛,于睡眠状态下检查。

2 结果

5 例病人中除 1 例外均可见房间隔中部卵圆孔处局部组织呈瘤样向右房侧膨出,瘤体回声呈膜状,较薄,在伴有房缺的患者中其瘤体上可见回声中断(如图 1)。5 例病人中 2 例呈右房,右室扩大,肺动脉增宽。在其瘤体顶端均可见回声中断,1 例经彩色多普勒检查可见明显地左向右分流。1 例右房扩大,右室缩小,三尖瓣回声消失,其瘤体顶端可见回声中断,并室间隔上端可见回声中断。2 例房室间隔内径比例正常。彩色多普勒未见房室水平分流(详见附表)。

附 表

病例	右室内径 (cm)	右房内径 (cm)	肺动脉内径 (cm)	瘤体 (cm ²)	膨出方向	房缺及分流方向	其他
1	3.7	3.1	2.1	1.8×1.3	右房	0.7 左向右	—
2	3.2	2.8	1.6	1.6×1.0	右房	0.4 左向右	—
3	1.2	2.9	0.8	0.9×0.5	左房	0.4 右向左	三尖瓣闭锁
4	3.1	3.0	1.8	2.0×1.4	右房	—	—
5	2.8	2.6	1.7	1.8×1.9	右房	—	—

3 讨论

房间隔膨出瘤是指房间隔局部呈“囊袋”状突出一侧心房,常发生于卵圆孔处,且因通常左房压力高于右房,故瘤体多向右房侧膨出。该畸形如单独出现,患者常无症状,其血流动力学无明显改变。在超声心动图普遍应用以前,该畸形较难在生前诊断。多在尸解或手术

中发现。有的学者认为:该病即使单独存在也应手术切除。因血液在瘤体中流速减慢可致血栓形成。再者较大的瘤体可嵌入二尖瓣或三尖瓣口而致二尖瓣或三尖瓣狭窄发生^[1]。Alexander1981 年曾经报告一例房间隔膨出瘤伴收缩期克拉音。该例中的瘤体在收缩早期其瘤体突向左房,收缩中期突然又突向右房,同步记录心音

^① 250021 山东省医学影像学研究所