

可以直接显示后突骨块压迫硬膜囊的程度。

参考文献:

[1] 曹来宾,曹庆选,徐爱德,等.椎缘骨 100 例临床 X 线分析[J].临床放射学杂志,1990,9(1):35-36.

[2] 祝世峰,陈志仁.腰椎后缘软骨结节的影像学诊断与比较[J].中国老年学杂志,2009,29(13):1699-1700.

[3] 向旭.椎体后缘软骨结节的 CT 和 MRI 诊断[J].中外医学研究,2012,10(12):49-50.

[4] 黄志凌.腰椎椎体后缘软骨结节的 CT 诊断[J].中国医疗前沿,2011,6(4):71-74.

[5] 郭爱军,王进述,张显忠,等.腰椎软骨结节的螺旋 CT 分型及临床意义[J].泰山医学院学报,2010,31(9):702-704.

[6] 付振杰,付瑜莹.腰椎后缘软骨结节影像学表现及诊断[J].医学论坛杂志,2009,30(14):100-101.

收稿日期:2013-11-18;修回日期:2013-12-02

超声心动图对诊断心脏占位性病变的临床价值

钟清

(广西柳州市工人医院,广西医科大学第四附属医院超声诊断科,广西 柳州 545005
E-mail:zqmydqinger@qq.com)

摘要:目的 探讨超声心动图对于心脏占位性病变的临床诊断价值。方法 回顾性分析 2008 年 1 月~2013 年 1 月入院的 60 例心脏占位性病变患者的超声心动图表现,并结合手术及病理结果进行分析。结果 患者的心脏占位性病变以黏液瘤、血栓、赘生物及转移性肿瘤为主。黏液瘤的主要特征是在患者的心动周期中做有规律运动,且活动度大,左房轻度增大,左房内可见异常回声团块,蒂附着于心脏内壁。血栓回声较强,以左心为多见,为团块状或线状形态,无蒂,基底宽,附着面广,活动度小或者无活动度。赘生物多有感染性心内膜炎病史,主要病位为二尖瓣及主动脉瓣。转移性肿瘤的好发部位主要是心包,超声表现形态不规则、呈多发结节状、柔韧性差、与心肌分界不清、无蒂。结论 超声心动图是目前检出和评价心脏占位性病变的主要方法,超声心动图检查可准确描述占位性病变的病位、大小、形态、活动度,和周邻组织的关系,以及占位性病变所致的血流动力学改变。

关键词: 超声心动描记术;心脏肿瘤

中图分类号: R732.1;R445.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0059-02
doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.036

心脏占位性病变的临床特征不典型,并且发病率低,临床上不常见,诊断难度较大,常常容易被误诊为风湿性心脏瓣膜病、心包炎、先天性心脏病。通过超声心动图可以发现心脏的占位性病变,能够准确描述病变的位置、大小、数量、形状、活动度及其与邻近结构的关系,能够评估病变引起的血流动力学变化,为临床诊断和治疗提供可靠的依据。笔者回顾性分析 60 例经手术、病理或临床证实的心脏占位性病变的超声心动图表现,以提高本病的超声诊断率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2008 年 1 月~2013 年 1 月我院行超声心动图检查拟诊为心脏占位性病变的住院患者 60 例,男 28 例,女 32 例,年龄 12~65 岁,平均 37.8 岁。超声检查发现心脏占位性病变,后经手术或者理化等检查确诊。

1.2 方法 采用 GEVIVID7 及 GEVIVID3 彩色多普勒超声仪,对上述患者进行超声心动图检测,仪器探头的频率为 3.5 MHz。患者取左侧卧位行检查,对于心脏占位性病变,根据超声心动图观察患者心脏占位性病变的大小、形态、回声、密度、毗邻的组织及活动度等情况,对血流动力学进行分析。

2 结果

60 例心脏占位性病变的超声示:心腔或心包腔内团块状实性回声,团块最大径为 0.8~6.7 cm。其中黏液瘤 23 例,赘生物 20 例,血栓 15 例,恶性转移性肿瘤 2 例(转移到心包,1 例为肺癌转移,1 例为乳腺癌转移),见表 1。

3 讨论

心脏占位性病变主要以肿瘤、血栓为主,心脏肿瘤分为原发性及继发性肿瘤,原发性肿瘤有一半以上为黏液瘤,另有 30%以上为血管肉瘤,继发的多为转移性肿瘤。心脏占位性病变的病理及病位不同,其超声心动图以及血流动力学表现也不

同^[1]。

表 1 心脏占位性病变部位统计 (n)

分型	n	左房	左室	右房	右室	二尖瓣	三尖瓣
黏液瘤	23	12	4	3	0	2	2
赘生物	20	5	4	3	7	1	0
血栓	15	9	4	1	1	0	0
转移性肿瘤	2	1	1	0	0	0	0

黏液瘤患者主要表现为左房轻度增大,余各房室内径大致正常,左房内可见强回声团块形态,其蒂附着于左房壁,为分叶状或梨形蒂。团块回声较均匀,轮廓清晰,随心动周期,血流冲击,有规律来回运动,舒张期堵在二尖瓣口处,致使瓣口狭窄,收缩期返回左房,其余瓣膜未见异常。大动脉关系、位置未见异常。心包内未见异常。室间隔与左室壁厚度、振幅尚正常。左房及右房黏液瘤收缩期,舒张期瘤体活动在二、三尖瓣瓣口处,大的瘤体可脱入到左、右室腔内,造成瓣口阻塞。左房增大,内部可见异常回声团块^[2]。

20 例赘生物患者均合并有感染性心内膜炎,有发热、胸闷气促病史。主要超声表现为瓣膜或心内膜上附着一个或多个团块状回声,大小不等,形态不规则,附于瓣膜上的赘生物与瓣叶一起运动,多为中等回声,部分赘生物与瓣叶之间有类似于蒂样结构,赘生物表现为团块状、息肉状、葡萄状或条状,边缘多模糊或毛刺状,瓣膜可出现相对狭窄及关闭不全。随着病情发展,赘生物增多,出现脱落、机化或钙化等。大部分患者经过抗感染治疗,赘生物逐渐减少、缩小,甚至消失,心功能改善,心腔较前缩小^[3]。

血栓患者多有风心病合并房颤病史,左心多见,为团块状或线状形态,无蒂,基底宽,附着面广,活动度小或者无活动度^[4]。转移性肿瘤的原发灶多为肺及乳腺,而好发部位主要是心包。其临床症状为:充血性心力衰竭、心律失常,一般为血性心包积液,超声表现无蒂,不规则,为多发的结节状,与心肌边界不清^[5]。

4 结论

超声心动图是诊断心脏占位性病变的主要手段,可以了解占位性病变的病位、形态、大小、活动度等。临床上需要注意避免良恶性病变的误诊,还需要注意血栓、赘生物与肿瘤的鉴别,进而提高心脏超声诊断占位性病变的准确度^[6]。

参考文献:

[1] 肖芳,宋苏云,张雪珍,等.超声心动图在心脏占位性病变中的诊断价值[J].中华医学超声杂志,2008,5(3):43—

44.

- [2] 陈梦宇.超声心动图对诊断心脏占位性病变的临床价值[J].中外医疗,2012,31(35):175—177.
- [3] 李淑玲,吴晓萍.多普勒超声心动图在心脏占位性疾病中的临床应用[J].疾病监测与控制杂志,2009,3(5):291—292.
- [4] 王翠华,黄云洲,任书堂.实时三维超声心动图在心脏占位性病变中的应用价值[J].中国临床医学影像杂志,2006,17(9):505.
- [5] 王飞.超声心动图对心脏肿瘤的诊断价值与分析[J].医学信息,2011,24(10):357—358.
- [6] 伍志敏.探讨超声心动图诊断心脏肿瘤的临床价值[J].中国社区医师,2010,12(32):136—137.

收稿日期:2013—11—12

超声在血液透析自体动静脉内瘘术前评估中的应用

韦国毅¹,黄健源²①,钟清¹,冯艳¹

(1. 广西医科大学第四附属医院超声科,广西 柳州 545005 E-mail:weigyvictory@sina.com;

2. 广西医科大学第一附属医院超声科,广西 南宁 530021)

摘要:目的 探讨超声在血液透析自体动静脉内瘘术前评估中的应用价值。方法 拟手术建立自体动静脉内瘘进行血液透析的终末期肾脏病患者51例,术前对拟手术侧血管状况行超声评估,若不符合标准,改为对侧评估。结果 术前评估51例,其中3例因肥胖或皮肤瘢痕形成,临床无法确定手术血管,直接行超声评估。6例拟手术侧前臂血管状况不符合标准,改为评估对侧;3例双侧前臂血管状况不符合标准,而未予手术。12例颈内静脉、锁骨下静脉插管或有血栓史的患者,中心静脉均未存在狭窄或闭塞。体表描记符合标准的桡动脉、头静脉走行48例。结论 超声可用于血液透析自体动静脉内瘘术前评估,具有临床应用价值。

关键词: 超声;血液透析;自体动静脉内瘘;术前评估

中图分类号: R445.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001—5817(2014)01—0060—02

doi:10.3969/j.issn.1001—5817.2014.01.037

当肾脏病患者进入到终末期时,血液透析便是维持其生命的主要手段之一。患者在进行血液透析前需要建立血管通路,自体动静脉内瘘作为血管通路中的一种,由于其具有通畅率高、寿命长、并发症少、医疗费用低等优势,现已成为重要的血管通路,而手术成功建立内瘘的一个关键环节便是术前自体血管状况的评估。超声作为一项影像学检查技术,在评估血管状况方面发挥了重要作用。鉴于此,本研究将超声应用于内瘘术前血管评估,以探讨其在这方面的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010年6月~2011年12月,在广西医科大学第四附属医院拟手术建立自体动静脉内瘘进行血液透析的终末期肾脏病患者51例,其中男22例,女29例,年龄27~68岁,有颈内静脉、锁骨下静脉插管或血栓史的患者12例。所有患者手术建立内瘘的血管均为左或右侧前臂桡动脉、头静脉。

1.2 仪器与方法 使用GE公司的LOGIQ5及迈瑞公司的DC7彩色超声诊断仪,线阵探头,频率8~13MHz。患者取仰卧位,充分暴露上肢和肩关节区,上肢外展外旋,平放于检查床上,与躯干呈45°角,同时肘关节保持放松。术中对拟手术侧血管状况进行评估,若不符合标准,改为对侧评估。首先行灰阶超声检查,观察桡动脉及头静脉血管壁情况、管腔通畅与否、走

行状况、有无变异及属支等,在不使用束臂带的情况下,于腕横纹以上2cm处分别测量桡动脉及头静脉的内径,接着行彩色及频谱多普勒超声检查,观察两者的血流信号充盈情况及频谱形态。然后,对同侧颈内静脉、锁骨下静脉行频谱多普勒超声检查,观察两者血流频谱呼吸期相性及是否受心脏搏动影响,若多普勒频谱显示为单相血流,提示中心静脉存在狭窄或闭塞。最后,通过灰阶超声对符合标准的桡动脉、头静脉走行进行体表描记。

超声术前评估标准:桡动脉内径 >0.16 cm^[1-3],内壁无严重钙化,管腔通畅、无狭窄;头静脉内径 >0.20 cm(不使用束臂带)^[3-6],管腔通畅、无狭窄,走行相对平直,属支少,中心静脉无狭窄或闭塞。

2 结果

术前评估51例,其中3例因肥胖或皮肤瘢痕形成,临床无法确定手术血管,而直接行超声评估。6例因临床拟手术侧前臂血管状况不符合标准,其中2例桡动脉内径 <0.16 cm、3例头静脉内径 <0.20 cm、1例头静脉局部血栓机化性闭塞,而改为评估对侧;3例因双侧前臂血管状况不符合标准,其中1例双侧桡动脉内径 <0.16 cm且头静脉内径 <0.20 cm、1例双侧头静脉内径 <0.20 cm、1例双侧桡动脉多发斑块形成,而未予手

① 通讯作者,E-mail: wellbeing2005@sina.com