

超声诊断胰腺假性囊肿 25 例

★ 曾群英 邓建群 (江西省遂川县人民医院 遂川 343900)

关键词:胰腺假性囊肿;彩超;诊断

中图分类号:R 657.5⁺2 文献标识码:B

本文回顾分析了本院 2002 年 3 月 ~ 2009 年 5 月超声提示为胰腺假性囊肿声像的资料,最终临床及手术病理证实确诊 25 例,现报告如下。

1 资料与方法

本组 25 例,男 15 例,女 10 例,年龄 25 ~ 75 岁,平均年龄 40 岁。采用 Aloka1700,GE Vivid3 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 2.5 ~ 5.5 MHz。患者检查前常规空腹 8 小时以上,因肥胖或气体干扰图像显示欠清者可通过胃做透声窗(嘱病人饮水充盈胃腔),采用右侧卧位、仰卧位、半卧位及坐位进行多切面扫查。

2 结果

25 例胰腺假性囊肿患者中,20 例曾患有胰腺炎,4 例有腹部外伤史,1 例原因不明。超声显像观察主要表现为:(1)胰腺局限性或周围出现无回声暗区,边界清晰;(2)多呈圆形、不规则和多房形,可单发或多发;(3)壁薄,后壁回声增强,囊内透声性好或可见液性暗区与胰管相通;(5)胰腺假性囊肿大小可为 2.6 ~ 19.0 cm。

囊肿位于胰腺假性囊肿胰腺头颈部 4 例(4/25)、胰体部 8 例(8/25)、胰尾部 13 例(13/25)、中上腹探及 2 个巨大囊性包块胰腺声像显示不清者 1 例。3 例胰腺假性囊肿患者同时可见腹腔积液(实验室检查:血清淀粉酶升高,腹水淀粉酶上升和蛋白含量均增加)

3 讨论

胰腺假性囊肿是胰腺炎最常见并发症之一,大多发生于急性胰腺炎,也可继发于腹部闭合性腹部损伤。彩超检查诊断胰腺假性囊肿简便、经济,无损伤、可多次反复检查。典型者于上腹可探及一位置明确、范围肯定的液性暗区。动态的超声探查可了解囊肿大小的改变。此外,在 B 超引导下,可作囊肿穿刺,抽取囊液作生化和细胞学检查。主要鉴别

诊断:(1)胰腺局部假性胰腺囊肿与胰腺真性囊肿:假性囊肿与真性囊肿的差别在于后者发生于胰腺组织,囊肿在胰腺内,囊内层为腺管或腺泡上皮细胞组成,一般相对较小,有包膜,一般无症状;而前者是胰腺周围组织形成囊壁将积液包囊形成的囊肿,囊壁内没有上皮细胞,一般较大,无包膜,有胰腺炎或外伤史。(2)胰腺假性囊肿与周围脏器囊肿:胰头部假性囊肿与肝左叶及右肾关系密切,应当与肝左叶囊肿及右肾囊肿相鉴别。胰尾部假性囊肿与左肾、脾囊肿相鉴别。而周围脏器囊肿与各脏器相连,胰腺声像图正常。(3)胰腺巨大假性囊肿与腹膜后淋巴瘤:前者有胰腺炎或外伤、手术史,另外超声检查加大增益以及超声导向穿刺细胞学检查有助于鉴别诊断;后者受累淋巴结多分布于大血管旁,呈现大小不等的圆形较均质性低回声,边界清晰,后方回声无衰减或增强,多个融合时呈淋巴结病灶可互相融合呈“串珠状”、分叶状或团块状,其内有线状或条状强回声分隔。CDFI 示:低回区内可探及紊乱血流。(4)胰腺假性囊肿与胰腺囊腺瘤:后者为囊实性,有分隔。超声导向穿刺抽取囊液检查亦可鉴别诊断之。(5)注意假性囊肿的内部结构:内部回声随假性囊肿各个不同时期而有不同,多数可见多条强回声分隔带,部分囊腔内可见实质性中等强回声小团块及细光点。CDFI 示:部分较大的假性囊肿壁上可见微弱星点样血流信号。(6)动态观察瘤体大小的改变,短期内缩小甚至消失则为胰腺假性囊肿诊断的重要依据。

参考文献

[1] 曹海根,王金锐.实用腹部超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1994:296-306.

[2] 吴在德.外科学[M].第五版,北京:人民卫生出版社,2000:654.

(收稿日期:2008-12-20 责任编辑:曹征)