DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.03.039

结核性腹膜炎的诊断经验及腹腔镜应用价值

廖福权 史常旭* （第三军医大学西南医院消化科）630038

本文报道我院近 15 年收治的结核性腹膜炎 84 例，其中 10 例经剖腹探查，26 例经腹腔镜证实，其余根据临床及辅助检查作出诊断。

本组 84 例中，男性 29 例，女性 55 例，年龄 2～70 岁，20～40 岁占 85%。主要临床表现为发热 47 例(55.6%)，腹痛 57 例(67.8%)，腹胀 42 例(50%)，食欲不振及消瘦各 44 例(52.4%)，腹部压痛 58 例(69%)，腹水 34 例(40.4%)，腹部柔韧感 15 例(17.9%)，腹部肿块 11 例(13.1%)，合并腹膜外结核 44 例(52.4%)。有血沉记录者 62 例，47 例血沉增快。51 例行肝功检查，GPT 正常，26 例(50.9%)γ球蛋白增高。

讨论

结核性腹膜炎临床较为常见，多发于青壮年，本组 40 岁以下者占 85.5%，女性占 65.5%，与文献报道相似[1,2]。典型的结核性腹膜炎根据临床表现，诊断易于确定，但有些非典型病例，易于误诊或漏诊，本组非典型病例有以下表现形式：

(1)无症状及体征：本组 17 例女性患者，因不孕行腹腔镜检查，发现腹膜有粟粒状结节及干酪样病灶，多数腹膜与邻近脏器有粘连，这类患者，若不做腹腔镜检查，极易漏诊。

(2)因骤起腹胀、腹痛、恶心、呕吐，误诊为肠梗阻 3 例，急性腹膜炎 1 例。

例 1 张某，男，19 岁。因间隙下腹痛半年，加重 3d 于 1989 年 2 月入院。体温 38.5℃，腹肌呈板状，全腹有压痛及反跳痛。白细胞 11.2×10^9/L。剖腹见腹膜增厚，腹膜及肠管有粟粒状灰白色结节，病理诊断腹膜结核。

(3)肝硬化腹水：本组有 5 例初期误诊为肝硬化腹水，经反复腹水常规及蛋白测定得以鉴别，其中 4 例经腹腔镜证实为结核性腹膜炎。

例 2 陈某，男，26 岁。因腹胀、纳差半月于 1991 年 5 月入院。体温正常，腹部有压痛，有移动性浊音，肝脾触诊不清。B 超示肝血管纹理不清，回声密集。CT 示肝叶比例失调，脾大。GPT 及胆酸均正常，γ球蛋白 22%。腹水比重 1.018，白细胞 $440/mm^3$，单核 0.90。腹腔镜见腹膜有散在粟粒状干酪病灶，腹膜粘连，肝膈粘连，肝未窥见。

(4)本组 11 例腹块型，其中 5 例与胃、肠、盆腔肿瘤鉴别困难，后经手术证实。另一例 52 岁女患者，血性腹水中发现大量间皮细胞，且抗病效果不佳，曾疑诊间皮细胞瘤，经两次腹腔镜及腹膜活检证实为腹膜结核。

(5)原因不明的慢性腹痛，应警惕腹膜结核。

例 3 任某，男，33 岁。因上、中腹痛 3 年伴乏力、消瘦 1 年于 1991 年 9 月入院。曾多次行 B 超、胃镜、肠镜、钡餐及胆囊造影等检查未明确诊断。血沉及胸片正常。体检仅腹部有不固定压痛，后经腹腔镜证实为腹膜结核。

本文资料提示非典型结核性腹膜炎临床诊断有一定困难。腹腔镜检查及直视下腹膜活检是较安全、可靠的诊断方法，尤其对非典型病例更有价值[3]。本组 38 例非典型病例，26 例经腹腔镜确诊，腹腔镜下所见病灶典型，且 99.6% 病例有肝膈粘连是盆腹膜结核的重要特点[4]，可助确诊。有γ球蛋白升高者中，4 例腹腔镜证实并发肝结核。若临床推广应用腹腔镜检查，不仅可确诊腹膜结核，亦可确定有否并发病。

关键词 结核，腹膜；腹腔镜术

参考文献

1. 祝璠珠 陈其芬 胡德昌，等。结核性腹膜炎 330 例临

* 西南医院妇产科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

床分析。中华内科杂志 1983;22(6):352
2. Sochocky S. Tuberculous peritonitis : A review of 100 cases. Amer Rev Resp Dis 1967;95:398
3. Geake TM. Peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis. Gastrointest Endosc 1981;27:66
4. 史常旭。女性生殖道结核 225 例的腹腔镜诊断分析。第三军医大学学报 1991;13(1):68

(收稿:1991-11-18;修回:1992-03-01)

心肌梗塞并发室壁瘤的二维超声心动图诊断

张令仪 (第三军医大学西南医院超声科) 630038

二维超声心动图(2-DE)可显示节段性室壁运动异常,借此可推测冠状动脉受累的范围和程度且对心肌梗塞后并发室壁瘤的检出是最理想的一种无创性技术。本文报道我院 58 例经临床、心电图和心肌酶谱系列改变及向量图确诊的心肌梗塞患者,接受 2-DE 检查共检出室壁瘤 15 例,报告如下:

1 资料与方法

15 例中男性 11 例,女性 4 例. 平均年龄 59.7 岁(42～74 岁). 心肌梗塞病史 3 月～7 年。使用日立 EUB-40 型及 450 型超声诊断仪,探头频率 3.5MHz,取胸骨旁左室长轴、二尖瓣口及乳头肌水平短轴、心尖左室长轴二腔、四腔切面,同步输入Ⅱ导联心电图,按 Gibsom 等的方法将左室分为 11 个节段,实时观察各节段运动状态并进行录相,测量左室收缩末期及舒张末期径、室壁瘤大小、瘤壁厚度及运动幅度、室壁运动计分。按 Teicholz 公式计算左室短轴缩短率(%ΔD)及射血分数(EF)。

2 结果

2.1 左室形态改变

除 4 例左室内径正常外,其余 11 例均>55mm,其中 7 例 60～67mm 之间。左室失去正常形态,受累节段膨出,变形,心尖部扩大. 受累节段与邻近正常室壁之间形成扭曲畸形,左室腔常呈葫芦状改变.

2.2 2-DE 检出室壁瘤 15 例(占 25%),位于前壁前间隔、心尖部者 10 例(占 66.6%),下后壁 3 例(占 20%),下壁 1 例(占 6.7%),后壁 1 例(占 6.7%)。

2.3 室壁瘤大小及瘤壁厚度、运动状况

瘤体最大的 4.6cm×6.2cm,最小的 1.2cm×2cm。15 例均见瘤壁变薄,壁厚度 3～4mm。11 例瘤壁无运动或矛盾运动,4 例运动减弱。室壁运动计分均大于 6,最大者 16。

2.4 心电图改变

ST 段抬高 13 例,无 ST 段抬高 2 例。>2mm 7 例,=2mm 2 例,<2mm 4 例。

2.5 心功能改变

14 例 EF 均低于 38%,1 例正常,%ΔD 全部低于正常(12.3%～23.9%)。

2.6 2 例 2-DE 诊断室壁瘤与左室数字减影造影定位完全符合。

3 讨论

3.1 2-DE 对左室真性室壁瘤和假性室壁瘤的诊断标准

真性室壁瘤 2-DE 表现:局限性室壁变薄,收缩期和舒张期均膨出于心脏轮廓之外伴有无运动或反常运动,瘤区与邻近正常室壁间常有明显转折故形成扭曲畸形,瘤口大,腔小。本组按上述特征作为诊断标准,15 例符合占 25%,与 Visser 等[1]报告的心肌梗塞后室壁瘤发生率 22%相近。

假性室壁瘤系心肌发生小穿孔,心包覆盖后形成的一个囊袋。2-DE 表现:瘤体与左室腔交通处有锐利不连续的内膜影,瘤口小,腔大,心包外层呈囊状瘤腔局限性外凸,矛盾运动不明显。

3.2 2-DE 对室壁瘤诊断的价值

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net