DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.05.023

肠粘膜活检作出诊断。患者一般有排便次数增加，且大便量多而色淡，常伴腹胀及体重减轻。部分患者有出血倾向、感觉异常、骨痛及贫血等症状[1]。对于吸收不良综合征的检查方法虽多，但目前常用而诊断意义较大的有粪脂测定、呼吸试验及右旋木糖试验等[1,2,3]。右旋木糖试验反映小肠粘膜吸收功能，有定位诊断意义[4]。文献报导本试验对于诊断普遍性小肠吸收不良阳性率在90%以上。本组4例全部为阳性，并同时作了尿常规及肾功能检查，亦无呕吐及胃排空延迟的征象，可以排除肾功不全及胃疾患等影响木糖试验结果的其他因素。本院所作的右旋木糖试验是5 g法。许多资料表明，5 g法结果可与25 g法相比拟[3,4]，且可节省木糖用量，减少受试者恶心、呕吐及腹痛、腹泻等反应，值得推广。小肠镜检查及小肠粘膜活检是近年来开展的检查，可以直接观察小肠粘膜，并在直视下行小肠粘膜活检。本组3例均有病变发现，有诊断价值。而且小肠粘膜活检对某些小肠疾病所致的继发性吸收不良具有鉴别诊断意义[5]。

本组四例均有慢性腹泻、消瘦、体重下降及下肢水肿等表现；实验室见低蛋白血症、低钾血症、粪脂增加，木糖耐量试验明显下降；X线钡餐可见肠腔扩张等改变；其中三例小肠粘膜活检见粘膜上皮萎缩；以上均符合吸收不良综合征，诊断可以成立。至于引起吸收不良的原因，尚难肯定。鉴于四例均经抗菌治疗而明显好转，可能属感染性吸收不良症。另外，其中三例X线钡透均见肠腔扩张，一例并有液平，是否有小肠细菌繁殖过多，亦需考虑。例二小肠粘膜活检见大量淋巴细胞浸润，是否有结节性淋巴细胞样增生症，亦难排除。

参考文献

1. Cecil. Textbook of medicine. 17th ed 1985:103
2. Gary L, et al. Current gastroenterology 1982; 2:77
3. 江绍基主编。临床胃肠病学。上海科技出版社，1981:434
4. 陈忠贵。有关吸收不良综合征的诊断问题介绍。临床医学 1986；(1):10
5. 姚光弼，等。小肠粘膜活检的技术及临床意义。中华消化杂志 1983；8(4):294

（收稿：1986.9.8，修回：1988.5.20）

B型超声经直肠诊断前列腺疾病318例分析

王 风 周 毅 沈永维 （大坪医院 B超室）
宁天枢 方玉华 （大坪医院 泌尿科）

资料和方法

我院于1985年9月至1986年12月，应用直肠B超检查前列腺318例，其中正常健康人36例，年龄19～40岁，平均27.5岁；因前列腺疾病来院门诊或收住院病人共282例，年龄21～76岁，平均59.1岁。

仪器

采用Aloka-SSD-280型实时超声诊断仪，枪式线阵探头，频率5 MHz。

方法

常规清洁灌肠，检查前饮水使膀胱中度充盈，病人取左侧卧位，探头外罩避孕套并涂抹石腊油，经肛门沿直肠解剖两个弯曲方向缓缓插入至

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

探头8 cm刻度，然后经探头三通管注入微温水30～50ml至荧屏显示前列腺和精囊为度。每次检查约需10～15min。318例检查均获满意效果，病人无任何不良反应。

结　果

经直肠扫查的318例前列腺中，36例大小及声像图均为正常，24例呈前列腺炎改变（其中5例为急性前列腺炎），249例为不同程度前列腺增生表现，其中Ⅰ°增生104例，Ⅱ°增生91例，Ⅲ°增生54例，另前列腺癌9例。

一、正常前列腺声像图及测值

36例正常人前列腺的上下径平均为3.33±0.08 cm，前后径平均为2.39±0.08cm。正常前列腺正面呈桃形，包膜光滑，厚约0.1～0.15cm，腺体内部回声呈均匀一致细小光点，可见尿道内口及前列腺部尿道，左右叶对称，左右精囊呈柳叶或腊肠形，边缘光滑完整，内部呈低回声反射，加强增益可见散在光点。

二、前列腺炎声像特点及测值

共24例，其上下径平均为3.64±0.11cm，前后径平均为2.46±0.10cm，其大小各径测值与正常前列腺无明显差异（$P>0.05$），但5例急性前列腺炎各径测值均较正常增大，包膜粗糙，实质回声不均匀，以急低回声为主，同时伴有左右精囊肿大。而慢性前列腺炎形态增大不明显，左右叶尚对称，但包膜粗糙，厚度大于0.15cm，这可能与前列腺炎局部渗出纤维化粘连所致；实质回声欠均匀，形态尚规则，左右精囊不肿大。

三、前列腺增生声像特点及测值

本组249例，均有不同程度增大，内部回声增多、增粗，光点欠均匀，有的呈现增强光点聚集的圆形或椭圆形回声区，这可能与炎症吸收程度有关。其包膜粗糙，增厚不明显，左右叶不对称，部分合并其它疾病。根据增生程度，我们分为三度：Ⅰ°增生104例，其上下径平均为3.69±0.05cm，前后径平均为2.73±0.04cm；Ⅱ°增生91例，其上下径平均为4.15±0.06cm，前后径平均为3.1±0.03cm；Ⅲ°增生54例，其上下径平均为5.39±0.11cm，前后径平均为4.05±0.10cm。增生组249例前列腺测径大小与正常组比较均有统计学意义（$P<0.01$）（见附表）

附表　前列腺正常与异常测定值（cmX±SE）

	正常	炎症	Ⅰ°增生*	Ⅱ°增生*	Ⅲ°增生*	前列腺癌*
例数	36	24	104	90	54	9
上下径	3.33±0.08	3.64±0.11	3.69±0.05	4.15±0.06	5.39±0.11	4.88±0.13
前后径	2.39±0.08	2.46±0.10	2.73±0.04	3.10±0.03	4.05±0.10	3.40±0.46

* 与正常组比较$P<0.01$

四、前列腺癌声像特点及测值

本组9例，形态呈不规则增大，与正常前列腺比较前后径平均增大1.24cm，上下径平均增大1.38cm，其实质回声除具有慢性炎症及增大特征外，主要表现在后叶或左右叶出现不规则增强或低回声块形，边缘粗糙不规则甚至断裂。（图1）

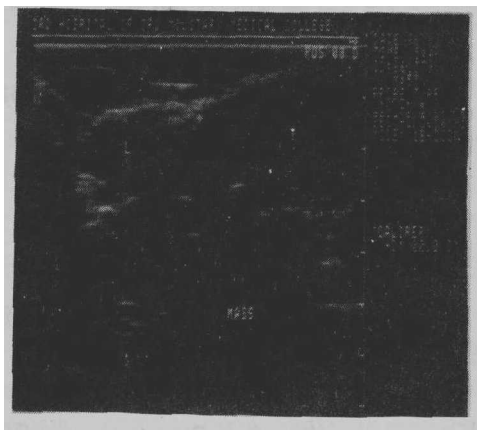


图1　L：前列腺左叶；T：癌

讨　论

应用直肠内圆周扫查法观察前列腺形态大小，平面结构及诊断前列腺肿瘤性质及膀胱吡邻关系，国内已有报道[1]，国外近几年经直肠超声检查前列腺疾病，前列腺增生诊

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

断正确率为90%，前列腺癌正确率为81%，认为是诊断前列腺疾病的主要方法[2]。经直肠线阵扫查前列腺疾病的方法国内曾有介绍和报道[3]。

一、前列腺炎：Peeling等[2]报道急性前列腺炎有时与前列腺增生相似，实质回声由于充血水肿声束易于穿透致回声减弱，慢性前列腺炎显示不均质的中等回声，但包膜模糊，左右对称。本组24例前列腺炎，5例为急性，19例为慢性，与Peeling等所见基本一致。对前列腺炎的诊断，既往主要根据临床症状，肛门指诊及前列腺液的实验室检查，许多患者因按摩不出前列腺液或实验室的误差而影响诊断，直肠B超不仅显示前列腺大小、包膜改变，还能提示是否有合并症存在(图2)，如本组24例前腺炎中4例合并精囊炎、2例合并前列腺结石。而合并症的存在可能给慢性前列腺炎的治疗增添困难，另5例急性前列腺炎经治疗症状好转消退后，复查B超其声像图基本恢复与正常一致。说明B超在观察疗效上也具客观的依据。

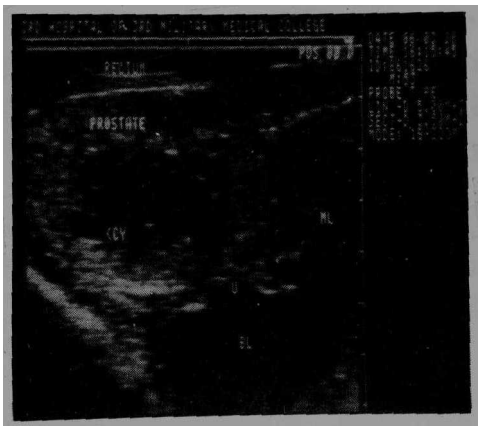


图2 ML：前列腺中叶；Cy：囊肿；U：尿道内口；BL：膀胱

二、前列腺增生：直肠B超可以较准确地测量前列腺各径大小和邻近器官的关系，根据测径的大小，可以对增生前列腺进行科学准确的分度以及重量的估计，这比过去通过直肠指诊，仅凭检查者主观的感觉来判断前列腺有鸡蛋、鸭蛋、鹅蛋大小的估计法要先进和准确。本组249例前列腺增生与正常组比较，前后径及上下径均有显著的差异($P<0.01$)。我们初步把前列腺增生分为三度如表所示，认为这样分法与临床比较符合。

三、关于前列腺癌：本组9例直肠B超诊断为前列腺癌，经手术和穿刺活检明确诊断7例，准确率为77.7%(7/9)。2例假阳性，一例将圆形增强回声并有声晕的增大前列腺误诊为前列腺癌，一例将炎性反射误诊为癌。前列腺癌早期(AB_1B_2)包膜声像清晰完整，而晚期(CD)则侵犯包膜显示界限不清、不完整甚至断裂或肿瘤组织侵入邻近组织，这可作为临床医生是否作前列腺根治切除的参考。但诊断前列腺癌依靠声像图不易与炎症区别，特别是早期诊断尚有困难。仍需用活检协助诊断。

四、对前列腺增生、肿瘤的腺体重量判断对临床医生决定手术治疗前准备有一定指导意义。Blum等[4]通过狗经直肠或耻骨上前列腺扫查指出下列对腺体重量计算公式，并与扫查后切除前列腺标本测量重量基本相等。

(1) 经直肠扫查对腺体重量计算

$2.16\times$（前列腺上下径$\times$前后径）-4.73

(2) 经耻骨上扫查对腺体重量计算

$2.76\times$（前列腺上下径$\times$前后径）-4.73

本组1例前列腺癌直肠扫查上下径6.9 cm，前后径4.1cm，按公式(1)计算为56.35g，手术标本实际重59g，上下径6.5 cm，前后径4.6cm。

前列腺疾病是泌尿外科常见病，以往检查手段不多，直肠B超结果表明，这种技术明显提高了对前列腺病变诊断的准确性，具

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

有较高的临床价值。这种检查方法，操作方便、迅速，声像图较为直观，与直肠内圆周扫查比较，病人无痛苦，可反复多次检查，病人易于接受。动态观察前列腺炎，前列腺增生的治疗效果也是一种首选有效的手段。直肠内线阵扫查法同样存在假阳性和假阴性以及对前列腺左右径的测量尚不能窥视等，尚有待进一步总结提高并辅以其它检查以弥补不足。

参 考 文 献

1. 杨浩，等。81例前列腺灰阶超声诊断显像。第三军医大学学报 1982；1(4)：71
2. Peeling WB and Griffitis GJ. Imaging of the prostate by Ultrasound, Jurol 1984；132(2)：217
3. 郭万学主编。实用超声诊断学。贵州人民出版社，1985：356～361
4. Blum MD, et al. Estimation of canine prostate size by in vivo Ultrasound and valumetric measurement, Jurol 1985；133(2)：1082

(收稿：1987.8.27，修回：1988.7.5)

简易羊膜镜检查监护高危妊娠的价值

谯淑平 阳光珍 (西南医院 妇产科)
冯华芳 (西南医院 中心试验室) 李治惠 (西南医院 超声诊断室)

本文目的是探讨简易羊膜镜监护高危妊娠的作用（下称羊镜），并与雌三醇/肌酐（E/C）比值测定及B超测量羊水量比较其对新生儿出生1min Apgar评分≤7（下称低评分）及围产期死亡的预测价值。

材 料 和 方 法

1984年2月至1986年7月连续两年半在我院作过羊镜的头位高危孕妇，4天内分娩者列为研究对象。共196例208次羊镜检查，其中100例同时作B超及E/C比值测定。羊镜为四川省自贡市医疗器械厂生产的简易羊镜。B超为日本EUB25或40线阵型实时显像仪，换能器频率3.5兆赫。E/C比值用单次晨尿。E_3用依特利-神户川法，肌酐用福-吴氏法测定。E/C在一周内测两次者取平均值，羊镜及B超作两次者取分娩前一次作研究。

孕妇年龄平均26.3岁。初产妇185例(94.4%)，经产妇11例（5.6%）。孕周<37周6例次，37～42周169例次，>42周33例次，均未临产。

判断标准

羊水分为四级。0级为正常，Ⅰ级可疑异常，Ⅰ～Ⅱ级为异常。0级，羊水无色清亮透明，可见胎脂浮动。Ⅰ级，羊水微着淡黄色清亮透明。Ⅱ级，羊水混浊呈黄绿色，不透明。Ⅲ级，无羊水见胎儿头发上紧贴一层胎膜，推动子宫或胎头仍不见羊水浮动或羊水呈深黄绿色。B超测定羊水量：探头垂直扫查最大羊水区≤2 cm为羊水过少。

E/C比值≥15为正常，<15为异常。

结 果

一、羊镜检查指征及结果（如表1）：若有几项指征同时存在者，只列入最主要的一项，共羊镜218例次，其中重复镜检12次。15例疑胎膜早破证实破膜的10例被排除。故共196例，其中，正常173例（88.2%），可疑8例，异常羊水15例(7.65

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