

嗽 1 月余, 干咳少痰, 咽干咽痛, 鼻干唇燥, 纳少, 无寒热, 大便干。曾于外院服中药 20 余付, 均为麻杏石甘汤及葶苈大枣汤之品, 未效。诊之: 脉浮数, 舌红少津, 故病患者于秋季感受燥邪, 肺失润泽, 肺燥津伤, 予桑杏汤合银翘散加减: 冬桑叶 10 g, 杏仁 6 g, 沙参 10 g, 川贝 10 g, 银花 12 g, 连翘 9 g, 前胡 10 g, 竹叶 3 g, 杷叶 10 g, 麦冬 6 g, 莱菔子 6 g, 甘草 3 g。水煎服, 日服 1 剂, 共 5 剂。症状减轻, 大便通下, 继服 2 剂而愈。

本方以辛凉甘润之剂, 化燥润肺而咳自止, 肺与大肠相表里, 肺燥得润, 故津液润大肠, 大便自通。

如上所述, 人体的生理活动和病理变化是随着四时气候的变化而相应改变的, 所以在治疗的时候因时制宜。在辨证论治的时候, 不要忽略四时气候对人体的影响, 从而提高病效, 达到治疗疾病的目的。

(收稿日期: 2001-02-04)

浅谈非弥漫性脂肪肝弱回声团块型的超声特点

李春荣

(天津市宁河县医院 301500)

中图分类号: R575.5 文献标识码: B

文章编号: 1005-1180(2001)02-0036-01

目前, 脂肪肝的发病率日渐增高, 弥漫性脂肪肝具有典型的超声声像图特征, 容易作出诊断, 超声诊断敏感性为 90%, 准确率可以达 85%~93%。然而, 对非弥漫型脂肪肝, 由于认识不足和酷似占位病变, 常导致误诊, 以致给病人及家庭造成不必要的精神痛苦, 行不必要的治疗而加重经济负担。下面就几例典型的非弥漫性脂肪肝误诊病例, 谈一谈非弥漫型脂肪肝低回声团块型的特点, 以引起临床医师和超声诊断医师的重视。

1 典型病例

例 1: 男, 12 岁, 体胖, 体重 75 Kg, 于当地医院查体时 B 超提示肝脏占位病变, 父母为此焦急万分, 急去上级医院复查 B 超为肝右叶, 胆囊旁见 1 个 3.4 cm × 2.6 cm 低回声暗区, 无包膜, 内部回声均匀, 彩色多普勒超声扫描无异常血流信号, 询问患者无肝区不适及其它症状, 考虑肝内脂肪浸润不均, 嘱随诊, 低脂饮食, 加强体育锻炼, 减轻体重, 2 周及 1 个月后复查 B 超无

大改变, 1 年后, 患者体重减至 52 Kg, 再次 B 超检查, 肝内回声均匀。

例 2: 女, 48 岁, 患席汉氏综合症 16 年, 常服激素治疗。B 超检查肝左叶见两个大小分别为 4.5 cm × 3.2 cm, 4.8 cm × 4.0 cm 的低回声暗区, 与周围肝脏界线不清, 内部回声均匀, 周围肝脏颗粒回声细、密、强, 管道结构部分欠清, 考虑长期服用激素, 肝内脂肪浸润不均, 动态观察, 每 2~3 周查 1 次 B 超, 现已 1 年, 影象无改变, 患者无肝区不适。

2 讨论

中医认为, 脂肪肝起因多为食肥甘厚味, 过度肥胖, 或饮酒过度, 或感受湿热疫毒, 或情志失调, 或久病体虚以及食积、气滞、痰气等都可引发本病, 其病变部位在肝, 与肝、胆、脾、胃、肾等脏腑密切相关, 对其发病机理的认识, 众多学者均认为是肝失疏泄, 脾失健运, 湿热内蕴, 痰浊郁结, 瘀血阻滞而最终形成湿痰瘀阻互结, 痹阻肝脏脉络而形成脂肪肝。现代医学认为脂肪肝为肝脏代谢功能异常, 过量脂肪尤其是甘油三脂在肝细胞内过度沉积, 并与内分泌、代谢性疾病及大量饮酒有关, 如: 高血脂、糖尿病、肥胖、激素治疗等。肝脏普遍性增大, 被膜光滑, 肝内回声颗粒细、密、强, 管道结构欠清, 肝后段回声部分衰减, 肝肾回声比例增大, 是弥漫性脂肪肝的典型超声改变, 但由于脂肪在肝内浸润过程不同, 又可表现出复杂多样的声像图改变, 即非弥漫性肝脏脂肪浸润, 有时酷似占位病变, 常导致误诊, 尤其是非均匀脂肪肝弱回声团块型, 表现为弥漫性改变的脂肪肝强回声区域内出现单个或多个孤立的弱回声区, 与肿瘤回声相似, 易误诊, 其分布多见于肝脏边缘部分或胆囊床周围, 左叶多见, 形态不规则, 呈片状或团块非球形改变, 内部回声均匀, 彩色多普勒显示其周围及内部无异常血流信号, 肝脏内出现的弱回声区是正常或相对正常的肝组织回声, 上述误诊 2 例均为此型脂肪肝, 无论何种表现形式的非弥漫性脂肪肝都有一个共同的结构特征, 即: 异常回声区域内可见门静脉或肝静脉分支或是肝裂、韧带等正常结构, 其外周无血管推移或中断表现。这种非占位效应是与肝癌进行鉴别的重要依据, 也可联合 CT、血脂、AFP 等检查进行鉴别诊断。笔者认为掌握非均匀性脂肪肝的超声特征, 提高对该病的重视, 可以减少误诊, 提高诊断正确率。

(收稿日期: 2000-08-27)