

腹部超声到底能看出哪些疾病

◎达州市中西医结合医院 周 益

腹部超声是临床极为常用的无创影像学检查手段之一。因其具有实时、动态、可重复性良好且无辐射等特性，俨然成为医生探寻腹腔奥秘的“透视眼”，它借助高频声波与人体组织相互作用来生成图像，可帮助医生观察腹部脏器的形态、结构以及血流状况，为疾病的早期诊断和治疗给予了关键依据。

肝脏 是超声检查的重点区域。弥漫性病变中，脂肪肝表现为肝实质回声增强、肝内血管显示不清，超声可评估脂肪浸润程度；肝硬化可见肝脏体积缩小、表面凹凸不平，常伴门静脉增宽和脾大；肝炎活动期则表现为肝脏肿大、回声增粗，可间接反映肝细胞炎症水肿程度。局灶性病变中，肝囊肿呈边界清晰的液性暗区，后方回声增强；肝血管瘤多呈高回声团块，内部呈网格状改变；肝癌常表现为形态不规则的低回声结节，周边可见声晕，超声还可检出门静脉癌栓。

胆囊 胆道系统疾病同样能在超声下一览无余。胆囊结石表现为强回声团伴声影，可随体位改变移动；胆囊炎可见胆囊壁增厚（超过3毫米），呈“双边征”；胆囊息肉为附着于胆囊壁的等回声突起，基底部较窄。胆管病变中，结石可致肝内外胆管扩张，腔内可见强回声团伴声影；胆管癌常表现为胆管突然截断、管壁增厚及管腔狭窄；先天性胆管扩张症则显示胆管呈囊状或梭形扩张。

胰腺 此区域疾病的超声表现也较为典型。急性胰腺炎可见胰腺肿大、回声减低，常伴胰周积液；慢性胰腺炎表现为胰腺萎缩、回声增强、主胰管扩张。胰腺癌多为低回声肿块，边界不清，可侵犯周围血管；胰腺囊肿呈边界清晰的液性暗区，内部无血流信号；胰岛细胞瘤常呈圆形低回声或等回声结节，血供较丰富。

脾脏 可由不同病因引起其形态变化。感染性脾肿大表现为脾脏均匀增大、

回声减低；血液病所致脾大往往更为显著，可见髓外造血灶；门静脉高压时脾脏长径超过12厘米、厚度超过4厘米。局灶性病变中，脾囊肿为液性暗区；脾血管瘤呈高回声团块，内部呈筛孔状；脾梗死可见楔形低回声区，基底部朝向脾包膜。

肾脏 此区域疾病在超声图像上也有清晰特征。肾积水表现为肾盂肾盏扩张，呈“调色盘”样改变；肾囊肿为边界清晰的液性暗区，后方回声增强；肾肿瘤呈低回声肿块，内部回声不均，可见血流信号。肾血管病变中，肾动脉狭窄可见内径变细、血流速度增快；肾静脉血栓表现为静脉内实性回声、血流信号消失；胡桃夹综合征显示左肾静脉受压、血流受阻。

泌尿系统 结石是超声检查的优势项目之一。肾结石位于肾窦内，呈强回声团伴声影，可随体位移动；输尿管结石多伴近端输尿管扩张；膀胱结石在膀胱内显示强回声团，可随体位改变移动；尿道结石则位于尿道内，伴局部尿道扩张。

腹部 大血管的异常扩张或阻塞也能被超声发现。腹主动脉瘤表现为腹主动脉局部扩张，直径超过3厘米；动脉硬化闭塞症可见管壁增厚、管腔狭窄；深静脉血

栓表现为静脉内实性回声、血流信号消失；门静脉高压时门静脉直径超过1.3厘米，脾静脉增宽。此外，腹腔积液的性质可从声像特征中初步判断。漏出液呈无回声区，透声好，多见于肝硬化或心力衰竭；渗出液透声差，可见分隔，常见于结核或肿瘤；血性积液内可见细小光点，多与外伤或肿瘤相关。

腹部超声虽能发现上述多种病变，但并非所有腹部问题都能通过一次检查全部解决。检查部位不同，准备要求也有所差异。上腹部检查（肝、胆、胰、脾）通常需空腹8小时以上，以免胃肠胀气干扰图像；糖尿病患者应提前告知医生，以便合理安排空腹时间。检查时应穿着宽松分体衣物，避免金属饰品干扰；若需检查盆腔器官，应适度充盈膀胱，一般于检查前1小时饮水500~800毫升，既不过度充盈，也不可处于排空状态。

长期服药者不必自行停药，但应告知医生目前用药情况；若近期做过消化道钡餐检查，应间隔数日再做超声，以免钡剂残留影响观察。检查过程中，受检者需按医生指令调整体位、配合呼吸，儿童则需家长协助保持体位稳定。☺

甜蜜的负担： 糖尿病肾病的早期筛查与逆转

◎南平同道仁爱医院 陈 刚

在门诊中，常有糖尿病患者拿着化验单疑惑：“尿常规正常，肾脏怎么会有问题？”也有患者直到出现水肿、恶心想吐才就医，此时往往已错失逆转良机。需要明确一个事实：糖尿病肾病早期完全有逆转可能，关键在于“早发现”和“准干预”。我国糖尿病患者已超过1.4亿，其中约30%~40%会发展为糖尿病肾病。这种疾病已成为我国终末期肾病的第二大病因，且中青年患者越来越多。该病早期毫无症状，尿常规常为阴性，一旦出现泡沫尿、浮肿，往往已到中晚期。因此，把筛查窗口前移，是扭转局面的唯一出路。

UACR捕捉早期肾损伤

长期的高血糖环境让肾小球处于“高滤过、高血压、高灌注”状态，滤过膜受

损，蛋白质漏出，形成微量白蛋白尿。若持续不控，肾小球硬化、闭锁，最终走向尿毒症。但好消息是：在微量白蛋白尿阶段，这一过程完全可逆——及时干预，蛋白尿可消失，肾功能可恢复。

尿常规灵敏度有限，蛋白超过300毫克/升才会显示阳性，而早期微量白蛋白尿（30~300毫克/升）根本测不出来。尿微量白蛋白/肌酐比值（UACR）是国际公认的早期肾损伤筛查指标，留取随机尿即可检测，能在尿常规正常时捕捉到最早的肾损伤信号。建议所有2型糖尿病患者从确诊之日起，每年至少检测一次UACR，并联合血肌酐计算估算肾小球滤过率（eGFR），全面评估肾脏“漏蛋白”和“排毒”能力。UACR升高并非坏事——它恰恰是抓住逆转机会的黄金信号，不必恐慌，而应积极行动。

“四维干预”的逆转策略

一旦发现微量白蛋白尿，应立即启动以下四方面干预措施，为肾脏减负。

控糖是基础。多数非老年、无严重并发症的患者，可设定个体化目标：空腹血糖4.4~7.0毫摩尔/升，餐后2小时血糖低于10毫摩尔/升，糖化血红蛋白控制在7%以下。控糖讲究平稳，不宜大起大落，同时配合每周至少150分钟中等强度有氧运动。

降压不可忽视。合并高血压的患者，血压应控制在130/80毫米汞柱以下。首选ACEI或ARB类降压药，这两类药物能降低肾小球内压力、减少尿蛋白，具有独立于降压之外的护肾作用。每日食盐摄入量应控制在5克以内。

饮食需要双重管理。采用优质低蛋白饮食，早期每日蛋白质摄入按每公斤体重0.8克计算（如60公斤者约48克/天），优先选择鸡蛋、牛奶、瘦肉，适量减少豆制品摄入。同时限制精制碳水化合物，增加全谷物和低糖蔬菜的比例。戒烟限酒、规律作息同样重要。

新型护肾药物带来更多选择。在传

统降糖治疗的基础上，两类新药已被证实具有明确的肾脏保护作用。SGLT2抑制剂（如达格列净、恩格列净）通过促进尿糖排泄，降低肾小球内压，减少蛋白尿，延缓eGFR下降；GLP-1受体激动剂（如利拉鲁肽、司美格鲁肽）则通过平稳降糖、减轻体重、辅助降压调脂，间接保护肾脏。这些药物均须在专科医生指导下使用，不可自行购药服用。

逆转并非一劳永逸。患者需要每3~6个月复查UACR、eGFR和糖化血红蛋白，根据结果动态调整治疗方案。长期坚持规范管理，绝大多数早期患者可将蛋白尿转为阴性，肾功能长期保持稳定，终身远离透析。

糖尿病肾病不是必然结局，而是一个可以主动截断的进程。从今天起，放下“尿常规正常就没事”的旧观念，定期请医生开具UACR检查，严守血糖血压，管好日常饮食，规范用药、定期随访。肾脏拥有强大的修复能力，给它一次“减负”的机会，它将以健康回馈。把“甜蜜的负担”化作“甜蜜的康复”，从这次检查开始。☺

DR、CT、MRI 怎么选？ 三大影像检查区别有哪些

◎南宁市中医医院放射科 黄向东

身体出现不适去医院检查时，医生常常会推荐做影像学检查。面对DR、CT、MRI这三种方法，很多人都会产生疑问：它们究竟有什么不同？到底应该做哪一种？不同的影像学检查各有优势，有的擅长骨骼，有的精于软组织，有的还能呈现立体图像。弄清楚它们之间的区别，有助于更好地配合医生顺利完成诊疗，减少不必要的检查。接下来就介绍三者的区别与选择原则，帮助大家合理选择影像学检查方法。

三种检查，原理不同

数字X线摄影（DR）是利用X线穿透人体不同组织时衰减程度不同的原理成像。骨骼等密度较高的组织吸收X线更多，在图像上显示为白色；软组织等密度较低的组织吸收X线较少，显示为灰色或黑色。这种检查方式速度快，辐射剂量相对较低，显示骨骼系统清晰。

计算机断层扫描（CT）同样通过X线成像，但与DR不同之处在于，CT的X线管发出X线束围绕患者旋转，从不同角度采集

数据，再经过计算机处理重建人体横断面图像。这样消除了组织结构重叠的影响，可以获取精细的解剖细节，对密度差别较小的组织分辨力更高。

磁共振成像（MRI）则完全没有X线辐射。它依靠强大的磁场和射频脉冲使体内氢原子产生共振，通过接收共振信号重建图像。人体不同组织内氢原子的数量和状态各不相同，产生的信号差异让MRI拥有非常好的软组织分辨率，对神经、肌肉、韧带等结构的观察效果尤为突出。

理解了三种检查的基本原理，就不难看出它们并非互相取代的关系，而是相互补充的伙伴。DR快速定位骨骼问题，CT精细显示器官细节，MRI深入观察软组织病变。选对检查，就是在合适的时间用合适的手段，让病灶无处遁形。

检查过程，各有差异

从检查时间来看，DR最快，一般几分钟即可完成；CT检查通常需要10~20分钟，具体因扫描部位而异；MRI耗时最

长，一个部位一般为20~40分钟，且检查过程中需要保持身体不动。

从安全性来看，DR和CT都属于X射线检查，存在电离辐射，但现代设备已经能够将辐射剂量控制在安全范围内。MRI没有电离辐射，但强磁场环境使得部分体内有金属植入物的患者无法进行检查。关于造影剂的使用，不同检查也有着各自的禁忌证与注意事项。

从检查准备来看，DR一般不需要特殊准备；腹部CT检查可能需要禁食，盆腔CT检查可能需要憋尿；MRI检查需要去除所有金属物品，有些检查需要空腹或口服肠道准备，如果做增强检查，均需要提前评估肾功能并了解过敏史。

从费用和可及性来看，DR检查费用最低，设备普及率最高，各级医院基本都有配备。CT检查费用中等，三级医院普遍配备多台设备。MRI检查费用最高，设备相对较少，预约等候时间可能较长。三者在医保报销比例上也存在差异。合理安排检查顺序也很重要，例如先做DR初筛，必要时再行CT或MRI，既节省时间，也能避免重复检查带来的不便。

如何选择，在于临床

影像学检查方式的选择属于专业医疗行为，患者不必自行纠结。临床医师会结合症状、体征及相关检查结果，再依据各

种影像学检查方式的特点，为患者推荐最合适的方案；技师与影像科医师也会根据实际情况适当调整扫描方式。

从具体疾病来看，外伤和急诊脑卒中情况下，首选DR或CT，以便快速诊断；对于慢性或需要细致观察的病变，建议选择MRI。脑出血急性期选择CT更有优势，脑梗死的亚急性期和慢性期则更适合MRI。需要随访复查时，可优先选择超声或MRI以减少辐射暴露；肿瘤的诊断通常需要多种影像学检查联合进行。

特殊人群更需谨慎选择。儿童应尽量避免不必要的辐射检查，必须检查时优先考虑超声或MRI。孕妇应避免CT检查，确有必要时须做好防护。体内有金属植入物的患者选择MRI需格外慎重，应由医生评估植入物的材质和性质后再做决定。

DR、CT、MRI三种检查方式各有优势与不足，临床实践中主要根据症状、拟诊方向、检查目的以及患者个体化情况，选择合适的检查方法，以提高诊断效率和诊断质量。随着影像学技术的迅速发展，检查手段会越来越完善，将来可能出现更加精确、安全的技术，但一切应以临床需要为前提，以对患者负责为原则。如果对检查项目有疑问，可以向主治医生多了解几句，弄清开单缘由，打消不必要的顾虑，也有助于配合治疗。☺