

本文引用格式:贺倩倩,谭宏,宋进花.彩超诊断急性胰腺炎继发完全性脾梗死1例[J].安徽医学,2024,45(1):130-131.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.01.029

## 彩超诊断急性胰腺炎继发完全性脾梗死1例

贺倩倩 谭宏 宋进花

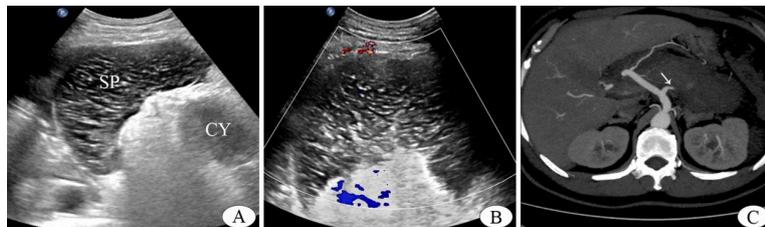
[关键词]超声;脾梗死;急性胰腺炎

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.01.029

### 1 病例资料

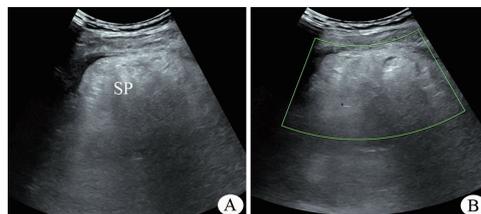
患者,男性,43岁,因上腹疼痛3小时于2023年2月19日就诊于急诊科。患者于3小时前无明显诱因出现中上腹部疼痛,为持续性绞痛,伴背部放射痛,伴恶心、呕吐,疼痛时大汗淋漓,疼痛与活动无关,弯腰屈膝位稍有缓解,无畏寒、发热,无胸闷、气促,无呕血、黑便。入院体格检查:体温36.5℃,血压160/90 mmHg,急性痛苦面容,中上腹及左上腹压痛明显,局部反跳痛,心肺正常,肝脾肋下未触及。实验室检查:白细胞25.28×10<sup>9</sup>/L,中性粒细胞百分比87.4%,血红蛋白136 g/L,血淀粉酶421 U/L。入院时CT检查:胰尾部周围间隙欠清晰,不排除炎症,胰尾部及胃窦周围囊状影,建议进一步检查。入院后予以抑制胰液分泌、抗炎等对症支持治疗。于2月22日开始,患者出现反复发热,体温最高达39℃,血红蛋白持续下降,降至86 g/L,无黑便,大便潜血试验阴性。当日行CT增强扫描示:胰腺炎,胰周及双肾周积液;胰尾部及胃窦周围囊状影,考虑囊肿;双侧胸腔积液。2月24日首次超声检查:肝脏形态饱满,近场回声增

强,远场回声衰减;胰腺体积弥漫性增大,实质回声减低,胰尾周围可见较宽约6 mm的无回声区,胰尾处可见一大小约57 mm×48 mm的无回声区,边界尚清晰,内透声差;脾窝未见正常脾脏声像,可见一大小约111 mm×64 mm的无回声区,有包膜,形状似脾,内可见大量线状强回声交织呈网状,彩色多普勒血流显像(color doppler flow imaging, CDFI):无回声区内部及周边未探及血流信号(图1A、1B);腹腔内可见无回声区,较深约1.5 cm;左侧胸腔可见较深约2.7 cm的无回声区。超声诊断:胰腺声像,考虑胰腺炎,假性囊肿?胰周及腹腔积液;脾窝无回声区,考虑脾梗死;脂肪肝;左侧胸腔积液。当天腹主动脉成像显示脾动脉近端呈残根样,其中、远段及其脾内大分支未见明显显示(图1C)。临床采取保守治疗,治疗期间多次超声复查脾脏及胰尾处囊肿逐渐缩小,脾内线状强回声逐渐减少,腹腔积液、左侧胸腔积液逐渐减少。入院后35天,二维超声显示胰尾处假性囊肿、左侧胸腔积液消失,脾脏缩小,形状不规则,内呈高回声并可见少许强光团,CDFI:脾门及脾内未见血流信号。见图2。



注:A为脾脏(SP)二维图像并可显示胰腺假性囊肿(CY),B为脾梗死的彩色多普勒声像图,C为腹主动脉成像,白箭头示脾动脉近端呈残根样显影,中远段不显影。

图1 胰腺假性囊肿、脾梗死声像图和腹主动脉成像图



注:A为二维声像图,B为彩色多普勒声像图,SP为脾脏。

图2 脾梗死后脾脏萎缩声像

## 2 讨论

完全性脾梗死是由于脾动脉主干的血栓形成或者栓塞,或由相邻组织、肿块压迫血管导致脾脏整体组织缺血坏死。脾梗死常见原因有骨髓纤维化和血液系统肿瘤<sup>[1]</sup>。另外,血液高凝状态、栓塞性疾病(心房颤动或心内膜炎等所致)、血管疾病、外科并发症、创伤、炎症等也可导致脾梗死<sup>[2-5]</sup>。继发于急性胰腺炎的脾梗死并不常见,其发生率为 0.4%~7%<sup>[6-7]</sup>。临床表现主要包括突发左上腹疼痛、脾区压痛、脾大、发热、大多伴有左侧胸腔积液。但因梗阻程度不同,其临床表现可不典型。该患者因胰腺炎的症状掩盖了脾梗死的症状,但患者出现反复发热且血红蛋白持续下降,因此当急性胰腺炎患者出现难以解释的反复发热及血红蛋白下降时,应警惕脾梗死的发生。当怀疑脾梗死时,腹部彩超及 CT 可提供重要的诊断价值。超声表现:完全性脾梗死早期可仅表现为脾脏体积增大,内回声减低,CDFI 示脾门及脾实质内未见血流信号显示;当梗死时间较长,脾脏发生坏死液化,表现为无回声区,其内可见大量线状强回声交织呈网状,系脾实质内存留的纤维条索。早期完全性脾梗死需与单纯性脾肿大鉴别,单纯性脾肿大超声表现为脾脏体积增大,实质回声无变化,脾门及脾实质内可见血流信号。当整个脾出现液化坏死时,需与腹腔内囊性病变相鉴别,此时如能找到正常的脾脏就可鉴别。脾梗死是可高度自愈的疾病,超声安全、方便,可用于随访观察脾梗死的转归,指导临床制定治疗策略。

## 参考文献

- [1] NORES M, PJILLIPS E H, MORGENSTERN L, et al. The clinical spectrum of splenic infarction[J]. *Am Surg*, 1998, 64(2): 182-188.
- [2] 殷雯雯, 高甜甜, 张静, 等. 布鲁菌感染性心内膜炎合并睾丸炎、脾梗死 1 例[J]. *中国感染与化疗杂志*, 2019, 19(3): 319-322.
- [3] 刘瑞婷, 何斌, 华宝来, 等. 滤泡性淋巴瘤合并脾梗死一例[J]. *中国临床新医学*, 2020, 13(3): 300-302.
- [4] 马佳丽, 何玲玲, 蒋煜, 等. 内镜治疗食管胃底静脉曲张并发脾梗死及反复腹腔感染 1 例报告[J]. *临床肝胆病杂志*, 2022, 38(9): 2113-2115.
- [5] 李向阳, 任磊, 梁瑞. 阵发性心房颤动致脾梗死 1 例[J]. *人民军医*, 2021, 64(3): 258-259.
- [6] MORTELÉ K J, MERGO P J, TAYLOR H M, et al. Splenic and perisplenic involvement in acute pancreatitis: determination of prevalence and morphologic helical CT features[J]. *J Comput Assist Tomogr*, 2001, 25(1): 50-54.
- [7] XIE C L, ZHANG M, CHEN Y, et al. Spleen and splenic vascular involvement in acute pancreatitis: an MRI study[J]. *Quant Imaging Med Surg*, 2018, 8(3): 291-300.

(2023-06-05 收稿)

(本文编校:周雪春,张迪)