

中首发症状为下肢痛仅1例，就诊时主要症状为下肢痛5例<sup>〔1〕</sup>；龚经文等<sup>〔2〕</sup>统计了54例原发性腹膜后肿瘤，无一例为下肢痛。因此临床诊断中易被忽视。本例盆腔腹膜后间皮肉瘤，肿块不大，但恰好压迫坐骨神经，故出现明显的坐骨神经痛及局部压痛，而无明显的其它症状及体征。

2. 本例曾作CT检查为：“L<sub>5</sub>、S<sub>1</sub>椎间盘膨出，L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>椎间盘轻度突出，”容易被误诊为“腰椎间盘突出病”。若临床上始终无明显腰痛，

但却有长时期顽固性臀腿痛，且局部压痛明显，应考虑盆腔腹膜后肿瘤的可能，必要时作盆腔CT或MRI检查。不要被辅助检查结果所迷惑，而延误诊治。

参 考 文 献

〔1〕《实用肿瘤学》编辑委员会.《实用肿瘤学第二册》第一版，人民卫生出版社 1979:211~213.  
〔2〕龚经文等，原发性腹膜后肿瘤54例分析，中国肿瘤临床 1988:15(2)84.

B 超诊断严重腹部复合伤一例

辽宁省海城市正骨医院 (114200) 范士忱 赵春巧

目前 B 超检查已被作为常规检查项目广泛应用于临床各科，特别是对急症病人如胸、腹外伤及软组织损伤引起的内出血行超声诊断，能迅速提出较为可靠的诊断依据。我院用 B 超诊断严重腹部复合伤，为手术提供了有力的依据。

患者李某，男，35岁，于1991年3月25日被砂土砸伤胸腹部并埋入土中，致使胸腹受伤。查体：右侧胸部广泛皮下气肿，腹部压痛明显，肌紧张存在。腹穿：未抽出血性液体。初步诊断：(1) 创伤性休克。(2) 右胸部多发性肋骨骨折并血胸。(3) 腹部闭合伤，肾挫伤。B超检查：右侧胸部皮下软组织被大量强回声干扰，于脾、肾之间及其周围见被有液性无回声暗区所包绕，以脾区为甚，借暗区检查见脾、肾轮廓清晰，组织结构正常，回声良好。转动体位，无回声暗区明显移动。肝右叶轮廓因皮下气肿干扰而显示不清，肝左叶轮廓规则，局部回声均匀。透视所见：右侧膈肌动度减弱，肋骨有多发性肋骨骨折，右侧肋膈角有少量积液，膈面毛糙。综上声像图及透视所见再结合临床，我们提示为(1)肝右叶挫伤，(2)

右侧胸壁皮下气肿，(3) 腹膜后血肿（液性暗区），建议手术治疗。手术所见：腹腔内有积血约 500ml，肝左、右叶交界联合部破裂，但表浅，有少量渗血，右叶膈面有两处破裂，约6cm，表浅，少量渗血，术后诊断：肝破裂。

讨论：本例患者肝破裂位置表浅，B超显示不佳，临床医生诊断困难，但我们经过对声像图进行分析并与透视相结合，给临床诊断提供了依据。

人体的腹部脏器组织结构复杂，有时临床难以确定有否损伤存在，或损伤的确切部位，如能及时应用现代影像技术几分钟就能得到正确诊断，又不给病人增加痛苦。应用B超显像可以查得各种脏器的结构及各脏器之间的关系，对脏器的外伤破裂出血等有针对性的诊断价值。超声检查简便易行，准确性高，同时可以反复动态观察，无损伤，安全可靠，是检查闭合性损伤的首选方法，尤其对腹部的闭合伤，特别是肝、脾、肾等实质性脏器的损伤有着直接指导意义。