

彩色多普勒超声在妇科急腹症诊断中的应用价值

胡春雨

(广西合浦县人民医院妇产科,合浦县 536100;E-mail:492237749@qq.com)

【摘要】 目的 探讨彩色多普勒超声检查在妇科急腹症中的应用价值,以提高该病的临床诊断水平。**方法** 分析150例经手术病理确诊的妇科急腹症患者的彩色多普勒超声检查及声像图特点,对比超声诊断与病理诊断结果,并分析误诊原因。**结果** 经病理诊断为妇科急腹症的150例患者中,彩色多普勒超声确诊143例,超声诊断与病理诊断符合率为95.3% (143/150),其中超声诊断异位妊娠104例,诊断符合率98.1% (104/106),误诊2例;囊肿蒂扭转诊断符合率90.9% (10/11),误诊1例;黄体破裂诊断符合率83.3% (5/6),误诊1例;流产诊断符合率90.9% (10/11),误诊1例;盆腔炎症疾病诊断符合率90% (9/10),误诊1例;其他少见妇科急腹症诊断符合率83.3% (5/6),误诊1例。**结论** 彩色多普勒超声检查对妇科急腹症诊断确诊率高,但各种疾病声像图有较多相似处,需结合临床和实验室检查进行鉴别诊断。

【关键词】 超声检查;妇科急腹症;诊断

【中图分类号】 R 656.1;R 730.41 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2012)06-0801-03

妇科急腹症是临床常见疾病,病因复杂,误诊率高,临床诊断具有一定的难度。超声作为妇科急腹症的重要检查方法,被临床广泛应用,具有简便快捷、无创伤、结果正确率高等特点,能够为多数急腹症病因诊断和鉴别诊断提供可靠的客观依据,提高诊断率和降低误诊率^[1-4]。妇科急腹症的临床主要表现为腹痛,发病急、病情重、危害大,若不及时诊断治疗,可危及患者生命^[5]。我院2008年1月至2011年9月收治妇科急腹症患者150例,本文对彩色多普勒超声(简称彩超)检查的资料进行分析,旨在提高超声诊断符合率,为临床诊断提供客观依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组150例妇科急腹症患者均为我院妇产科住院治疗患者,年龄18~60岁。均以突发性腹痛就诊,呈下腹持续性钝痛、剧痛,伴恶心、呕吐128例,不规则阴道流血(流血时间1h至10d)117例,盆腔包块136例,白带增多、脓性白带19例,发热10例,有明确停经史114例,妊娠试验阳性113例,休克9例。疼痛就诊时间1~24h,平均8h。150例患者诊断均经手术病理结果证实或临床证实。

1.2 方法 采用GE730彩色超声诊断仪,腹部探头频率为3.5~5MHz,阴道探头频率5MHz。检查前适度充盈膀胱,先常规进行经腹超声,从耻骨联合上至脐下做上下横向扫查,下腹部做纵切、横切以及多角度、多切面扫描。经腹诊断不满意者,排尿后患者取膀胱截石位进行阴道超声检查。多切面扫查子宫、附件、盆腔,测量子宫大小,形态,仔细观察宫腔情况,双侧附件区有无包块,包块位置、大小、形态,边缘、内部回声特点及其与周边脏器的关系,腹腔或盆腔有无游离液体等。用彩色多普勒扫查病灶血流特征。并注意观察肝肾隐窝、脾肾隐窝等部位有无液性暗区。

2 结果

本组150例妇科急腹症患者超声确诊143例,与病理、临床诊断符合率95.3% (143/150),彩超诊断与病理诊断的符合情况见表1。

表1 150例妇科急腹症
彩超诊断与病理诊断的符合情况

病种	病理诊断	超声诊断	符合率(%)
异位妊娠	106	104	98.1
卵巢囊肿蒂扭转	11	10	90.9
黄体破裂	6	5	83.3
流产	11	10	90.9
盆腔炎症疾病	10	9	90
其他	6	5	83.3
合计	150	143	95.3

3 讨论

妇科急腹症一般根据患者病史、发病情况、疼痛部位以及相关辅助检查来诊断,但常无法确定具体病因^[6]。超声对妇科急腹症诊断敏感性高,特别是高清晰的黑白B超,再加上彩色多普勒超声,在妇产科疾病的诊断、鉴别诊断中具有重要临床意义。对良恶性肿瘤的鉴别诊断,可通过血流频谱观察,以作出诊断^[5]。阴道彩超较腹部彩超具有一定的优越性:(1)对子宫动脉、卵巢血流敏感性显示率高;(2)短时间内获得准确的多普勒频谱;(3)无需充盈膀胱,不受体形肥胖、腹部瘢痕、肠腔充气等因素的干扰;(4)借助探头顶端的活动寻找盆腔脏器触痛部位,判断盆腔有无粘连^[6]。本组150例患者均有明显的超声阳性特征。

3.1 超声表现 (1)异位妊娠:异位妊娠是妇产科急腹症中最常见的疾病,发病急,病情重,如延误诊断

后果严重,及时正确诊断有助于临床选择合适的治疗方式,如替代疗法、药物保守治疗或手术治疗^[7]。阴道彩色多普勒超声能获得盆腔清晰图像,根据附件包块、完整的妊娠囊及盆腔积液情况并结合病史,诊断不难。阴道彩超对直径<10 mm包块也能清晰显示,使没有临床症状的异位妊娠包块亦得以诊断^[8]。其超声表现为:①子宫稍大,宫内无妊娠囊声像,大多数子宫内膜明显增厚,可见子宫内膜分离征,形成假孕囊,应与宫内妊娠囊鉴别。②附件肿块:未破裂型异位妊娠在附件区可见类孕囊的环状高回声结构,内为小液性暗区,称 Donut 征。胚胎存活时,可见到胎心搏动频谱,在类妊娠囊周围可见到类滋养层血流频谱。此期盆腔和腹腔多无液性暗区。流产型宫旁见边界不清的不规则肿块,内部呈不均质高回声和液性暗区,有时仍可见 Dount 征,经阴道超声可以辨认出子宫旁、卵巢以外的妊娠囊,周围包绕不等量暗区,呈管道结构,有助于判断输卵管妊娠,盆腔内见液性暗区,量较少。彩超表现与未破裂型相同。异位妊娠破裂则宫旁肿块较大,无明显边界,内部回声杂乱,难辨妊娠结构,仔细扫查有时可见 Donut 征结构,盆、腹腔内大量液性暗区。彩超表现为不规则肿块内散在点状血流信号,有时可见类滋养层周围血流频谱。陈旧性异位妊娠宫旁见边界不清,不规则实性肿块,肿块内部呈不均质中等或高回声,可有少量盆腔积液。彩超表现:包块血流信号不丰富,可在肿块边缘部分显示1~2条血管,可见怪异型血流频谱,其表现具多样性,但以舒张期出现反向血流为主。本组异位妊娠106例,超声诊断104例,超声诊断合格率为98.1%(104/106),误诊2例均为流产型患者,超声仅见盆腔大量积液,未见包块,因此误诊。(2)卵巢囊肿蒂扭转:超声可见附件区囊性肿块,一定时间后囊壁可增厚,有渗出时囊周边见液性暗区,囊内出血可见囊内透声差。由于蒂扭转造成肿瘤动静脉血流障碍,CDFI显示血流信号减少或消失。因此类患者症状严重,大多数是一出现腹痛就到医院就诊,所以囊壁增厚水肿或出血变形等征不易观察到,声像图特征不明显,超声易诊断囊肿而不易诊断为囊肿蒂扭转。本组卵巢囊肿蒂扭转11例,超声诊断10例,误诊1例,超声显示右附件区囊性包块,直径98 mm,壁未见明显增厚,周边血流不明显,盆腔结构正常,超声结果只提示囊性占位,未考虑蒂扭转,后经手术证实。超声诊断符合率90.9%(10/11)。(3)黄体囊肿破裂:超声表现为附件区或子宫周围非均质不规则包块,并不规则液性区;此类患者没有停经史,多发生在月经后期,尿HCG和血 β -HCG阴性为重要鉴别点。本组黄体破裂6例,超声诊断5例,误诊1例,超声显示全腹有包块并大量积液,超声误诊为异位妊娠,急诊手术后确诊为黄体囊肿破裂。超声诊断符合率83.3%

(5/6)。(4)盆腔炎性包块:有炎性表现,包块触痛明显,结合病史、临床表现、体征综合分析诊断并不困难。其超声表现为:早期声像图无特异性表现,若形成输卵管积脓或输卵管、卵巢脓肿时则表现为附件区探及一系列大小不等的增厚、迂曲连续管状回声,边缘增厚、不规则或模糊,盆腔内可见椭圆形无回声区,局限于子宫直肠窝处形成脓肿。慢性盆腔炎性包块有时与实性占位性病变不易辨别;本组盆腔炎性包块10例,超声诊断9例,误诊1例,患者超声表现为子宫周围不均质包块,误诊为实性占位,术中见卵巢、输卵管严重粘连、积脓。对此类患者应详细询问病史,完善其他辅助检查,以明确诊断。本组有1例患者,入院时发热,体温39℃,血常规白细胞计数及中性粒细胞计数明显增高,超声声像图表现为右下腹混合性包块,误诊为阑尾脓肿,手术后证实为右输卵管扭转水肿坏死。(5)流产:超声表现为:①先兆流产:妊娠囊位置正常,形态完整,大小符合孕周,见胎心搏动呈闪烁血流信号,高回声的绒毛膜下有低阻力的滋养层血流。②难免流产:妊娠囊变形,下移至子宫下段或宫颈管内,甚至排出至宫颈外口或阴道内。胚胎常死亡,可见绒毛膜剥离征,或宫腔积血声像。无胎心搏动信号,妊娠囊未剥离时,可记录到低阻力的滋养层血流。③稽留流产:子宫小于相应停经孕周,孕囊变形,不规则,囊内无正常胚胎,或仅残留胎盘绒毛,并宫腔积液。妊娠囊内无胎心搏动信号,仍可记录到低阻力的滋养层血流频谱。④不全流产:子宫比相应孕周小,宫腔内见不规则斑状,团状高回声或见少许液暗区,子宫腔内不均质高回声团内无血流信号,但相邻局部肌层内可见丰富的低阻力型的类滋养层周围血流频谱。本组流产11例,超声诊断10例,误诊1例,其超声表现为子宫内膜不均匀,宫内异常回声团,未能作出诊断,后刮宫病理确诊为不全流产。超声诊断符合率90.9%(10/11)。

3.2 鉴别诊断 (1)异位妊娠与黄体囊肿破裂:当两者声像图均表现为子宫旁附件边界不清,形态不规则,内部不均质混合性包块,并腹、盆腔积液时,相互间误诊率较高。必须详细询问病史,结合临床症状及实验室检查来鉴别诊断。尿HCG和血 β -HCG阴性为重要鉴别点。(2)盆腔炎性包块与黄体囊肿破裂及卵巢囊肿蒂扭转:三者均无停经史及阴道流血史。鉴别时需仔细分析病变各自发病特点及声像图表现。(3)盆腔炎性包块与陈旧性异位妊娠包块:由于陈旧性异位妊娠包块缺乏典型的早孕临床表现及化验指标,因此不易与盆腔炎性包块鉴别,抗生素治疗试验有鉴别作用,一般炎性包块吸收快,而陈旧性异位妊娠包块往往吸收缓慢,可数月内不消退^[10]。

(下转第804页)

成人明显移位或脱位的髁突颈部骨折及基底部骨折从长期随访看可以获得较好的效果^[4]。而颞下颌关节成形术是治疗髁突粉碎性骨折无法复位固定的主要方法。切除骨折碎片后,术后仍然不可避免出现关节强直,关节成形术后出现关节强直为10%~55%,以术后1~2年内发生最多见,以后随着时间的延长,关节强直逐渐减少,术后关节强直一直是为广大学者所关注而尚未能完全解决的问题^[5]。为了解决这个问题,有学者提出了关节成形术后骨断面放置间置物,研究结果证实放置间置物者比不用间置物者其术后出现关节强直的机会明显降低,邱蔚六^[6]报告未用间置物者关节成形术后出现关节强直高达38.15%,采用阔筋膜间置者术后关节强直只有14.12%。间置物的种类繁多,目前主要有生物性间置物和非生物性间置物两种。心脏涤纶补片最初由心脏外科医师用其进行心房缺损及房室间隔缺损的修补,有较强的拉力和弹性,更为重要的是心脏涤纶补片与人体组织的相容性好,术后反应轻^[7]。现已被用在义眼修补、顽固性人工眼胎暴露、结膜瓣全角膜、修补腹壁巨大切口疝、腹膜缺损等方面,并取得了较为明显的效果^[8-12]。本研究采用心脏涤纶补片作为间置物垫隔骨断面,手术方法简单,疗效满意,随访至今未发现患者出现关节强直及排斥反应,疗效确切,不失为一种有效预防髁突粉碎性骨折术后关节强直的方法,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] Kaban LB, Perrott DH, Fisher K. A protocol for management of TMJ ankylosis[J]. Oral Maxillofac Surg, 1990, 48(11): 1 145-1 451.

[2] 杨庆铭. 骨关节病[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2002:1.

[3] 李祖兵, 李智, 尚政军, 等. 关节盘复位在创伤性颞下颌关节强直治疗中的作用[J]. 中华口腔医学杂志, 2004, 39(1):5.

[4] Umstadt HE, Eilers M, Müller HH, et al. Functional reconstruction of the TM joint in cases of severely displaced fracture dislocation[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2000, 28(2): 97-105.

[5] 吴发印, 陈琼, 李华林, 等. 颞下颌关节成形术腔隙内注射透明质酸钠预防复发的研究[J]. 广西医学, 2008, 30(7):969-971.

[6] 邱蔚六. 颞下颌关节真性强直手术治疗的探讨[J]. 口腔医学纵横, 1989, 5(4):195-198.

[7] 丁文祥, 苏肇伉. 国产微孔聚四氟乙烯心脏补片的实验观察与临床应用[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1995, 11(1):30-31.

[8] 刘德成, 刘懿, 王慧敏. 心脏涤纶补片在Ⅱ期义眼植入术中的临床应用[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2002, 24(3):354-355.

[9] 张敏, 张翠凤, 王香枝. 心脏涤纶补片修补术治疗顽固性人工眼胎暴露的护理[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(2):148-149.

[10] 刘德成, 李援东, 刘懿, 等. 心脏涤纶补片修补术治疗顽固性义眼座暴露[J]. 中国实用眼科杂志, 2002, 20(10):794-795.

[11] 蔡志民, 余佩武, 孙念绪, 等. 涤纶毡型心脏补片修补腹壁巨大切口疝18例报告[J]. 第三军医大学学报, 2000, 22(6):608-608.

[12] 刘丽杰, 王雪莹, 张昕宇, 等. 涤纶心脏补片修补严重电击伤致腹膜缺损成功1例[J]. 中国急救医学, 2000, 20(12):738.

(收稿日期:2012-02-11 修回日期:2012-03-23)

(上接第802页)

超声检查能直接观察子宫大小、形态、内部回声及宫腔有无异常、盆腔有无积液、包块等,可对引起急性腹痛的病因、病变部位,病变性质提供可靠的诊断依据,对妇科急腹症的诊断有较高的敏感性,确诊率高,而彩色多普勒超声能获得更多、更详细、更准确的信息,而阴道超声较腹部超声更具有优势。因为异位妊娠、黄体囊肿破裂、盆腔包块的超声声像图有时较难鉴别,囊肿扭转的超声特征性不强,所以对于妇科急腹症应详细询问患者病史,完善必要辅助检查,以作出正确诊断,尽量避免误诊漏诊,这对临床救治、监护和患者预后十分重要。

参 考 文 献

[1] 闫丽芳, 杨明, 王晓霞, 等. 急腹症202例超声检查及随访价值分析[J]. 武警医学, 2009, 20(6):831-832.

[2] 龚蓉. B超在妇科急腹症诊断中的应用[J]. 中国现代

医生, 2008, 46(1):106-108.

[3] 周毓青, 林舍芝. 超声检查在妇科急腹症诊断中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(3):172-174.

[4] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:105-110.

[5] 秦俐. 彩超在妇产科急腹症诊断中的临床研究[J]. 中国社区医师, 2011, 32(13):231.

[6] 蒋小勤. 彩超在妇产科急腹症诊断中的应用价值[J]. 浙江临床医学, 2007, 9(2):269.

[7] 金卫琴. 内科急腹症38例误诊分析[J]. 中国民康医学, 2009, 21(22):2 879-2 880.

[8] 赵丽. 彩超在妇产科急腹症中临床应用价值[J]. 医学信息, 2010, 5(5):1 318-1 319.

[9] 朱素琼, 林更霉, 黄芳珍, 等. 彩超在急腹症中的临床应用价值[J]. 四川医学, 2004, 12(6):697-698.

[10] 李德欣, 孙江萍, 吴瑞珍. 妇科急腹症的超声诊断价值[J]. 河北医学, 2004, 10(5):430-432.

(收稿日期:2012-02-04 修回日期:2012-03-05)