

绝经后子宫内膜超声回声类型与病理对照分析

韦彩芬

(广西柳州市肿瘤医院 B 超室, 柳州市 545006)

【摘要】 目的 探讨阴道超声检查对绝经后阴道出血的诊断价值。**方法** 对 70 例绝经后阴道出血或排液患者行阴道超声检查, 观察其子宫内膜厚度、影像特征等, 并与手术病理比较。**结果** 70 例患者中 52 例 (74.3%) 为良性病变, 包括子宫内膜息肉、内膜增生、萎缩性内膜炎、黏膜下肌瘤; 6 例 (8.6%) 为中、重度不典型增生; 12 例 (17.1%) 为内膜癌。内膜厚 > 8 mm, 回声高、不均匀, 边界不清, 与子宫肌层分界不清, CDFI 内见短棒状血流信号、血流阻力指数 RI 值降低及宫腔积液提示子宫内膜癌可能。**结论** 经阴道超声检查对鉴别绝经后阴道流血或排液子宫内膜性质具有一定价值, 可为临床选择手术方式提供依据, 避免不必要的诊断性刮宫。

【关键词】 阴道超声检查; 绝经后; 子宫内膜良恶性病变; 病理

【中图分类号】 R 445.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1628-02

绝经后阴道流血是指生理性绝经后 1 年以上的阴道异常流血, 大约有 10% 可能有病理性改变。临床可采用经阴道超声检查排除子宫内膜癌。超声以子宫双层内膜厚 > 5 mm 作为筛查绝经后内膜癌的临床值^[1]。绝经后阴道流血大部分为良性病变引起, 早期的内膜癌与子宫内膜息肉、黏膜下子宫肌瘤、内膜增生等内膜病变鉴别有一定困难。本文总结绝经后患者子宫内膜超声回声特征, 并与病理诊断对照分析, 以提高绝经后子宫内膜良恶性病变的诊断。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2008 年 1 月至 2009 年 4 月, 我院妇科诊治 70 例绝经后阴道出血患者, 年龄 48 ~ 75 岁, 平均 62.5 岁。绝经时间 1 ~ 23 年, 阴道出血时间最短 3 d, 最长 1 个月。所有患者行诊断性刮宫或手术送病理检查, 对比阴道超声检查与病理检查结果, 排除宫颈炎及宫颈癌。

1.2 方法 应用 BK2002-ADI 彩色超声诊断仪, 探头频率 5.0 ~ 8 MHz, 均经阴道超声检查。患者取膀胱截石位, 膀胱可适当充盈, 便于识别子宫方位及萎缩子宫全貌, 探头缓慢放入阴道后作常规纵、横、斜各方位探测子宫大小, 观察子宫体、宫颈大小, 子宫肌壁回声是否均匀, 观察子宫内膜厚度, 内膜与肌层的关系, 宫腔回声情况, 盆腔、双附件有无肿块。对子宫增大明显及内膜增厚明显患者, 嘱患者饮水膀胱充盈后结合经腹超声检查。重点记录子宫内膜情况: 内膜厚度, 内膜呈梭形或局部不规则, 边界清楚状况, 内部回声均匀性, 有无回声小暗区, 宫腔有无积液。彩色多普勒血流显像观察血流情况。

2 结果

内膜厚度以 5 mm 为界。子宫双层内膜厚 > 5 mm 分为 4 种回声类型: I 型 32 例, 子宫内膜厚 5 ~ 8 mm, 超声检测示内回声高且较均匀, 边界清, 宫腔线可见居中, 提示内膜增厚; 病理报告: 内膜增生 27 例, 不典型增生 2 例, 息肉 1 例, 萎缩性内膜炎 1 例, 内膜癌 1 例。II 型 14 例, 子宫内膜厚 5 ~ 8 mm, 内回声不均匀, 其间见数个大小不等无回声区, 边界尚清, 提示内

膜增厚回声异常; 病理报告: 内膜腺囊型增生过长 8 例 (其中 2 例为雌激素替代治疗患者), 不典型增生 1 例, 息肉 4 例, 内膜癌 1 例。III 型 4 例, 子宫内膜局限性增厚 5 ~ 12 mm, 超声见较均匀低回声区, 边界清, 内可见点状或半环状血流信号; 病理诊断: 黏膜下肌瘤。IV 型 16 例, 内膜厚 > 8 mm 超声见内回声稍强不均匀, 形态不规则, 边界不清, 与子宫肌层分界不清, 内见星点或杂乱短棒状血流信号回声, RI 值低阻, 提示为内膜癌。病理报告: 内膜癌 10 例, 不典型增生 3 例, 黏膜下肌瘤变性 2 例, 复杂型内膜增生 1 例。V 型 4 例为萎缩性子宫内膜 (内膜厚 < 5 mm), 超声见内膜呈结构清晰的薄状高回声, 与子宫肌层分界清楚, 有时局部内膜回声稍不均匀, 但边界清晰, 为萎缩性内膜炎出血或排液。子宫内膜病变回声类型与病理类型对照见表 1。

表 1 绝经后子宫内膜回声类型与病理类型对照 (n = 70)

子宫内膜	n	病理类型					
		内膜增生	息肉	黏膜下肌瘤	不典型增生	内膜癌	萎缩性内膜炎
I 型	32	27	1	0	2	1	1
II 型	14	8	4	0	1	1	0
III 型	4	0	0	4	0	0	0
IV 型	16	1	0	2	3	10	0
V 型	4	0	0	0	0	0	4
合计	70	36	5	6	6	12	5

3 讨论

绝经后子宫内膜病变复杂, 阴道流血或流液是一个危险的信号, 绝大部分子宫内膜癌发生在绝经后, 因此, 诊断性刮宫往往是最常用的检查手段, 然而黏膜下肌瘤与内膜息肉等病变诊刮时往往是假阴性。经阴道超声检查图像清晰, 可以显示内膜回声情况。但早期子宫内膜癌等超声诊断又有一定局限性。超声检查以子宫内膜双层厚 > 5 mm 为临界值来筛查子宫内膜癌, 敏感性高但特异性不高, 大部分呈良性病变。雌激素替代治疗, 子宫内膜增厚明显, 亦导致子宫异常流血。只有充分认识绝经后子宫内膜的良性病变和内膜癌的声像图特征, 才能更好地为临床诊断治疗提供帮助。

超声特征 I 型回声类型:超声所见内膜厚 5~8 mm,以子宫内膜增生占大部分,包括子宫内膜单纯性增生过长、子宫内腺囊型增生过长。声像图表现为内膜对称性增厚,回声稍高,内部分布较均匀,内膜与肌层分界清楚。II 型回声类型:绝经后子宫内膜增生与内膜息肉超声诊断有重叠性,内膜内可见数个大小不等小无回声区,这是由于腺体增生扩张形成小无回声区,或众多腺腔的囊壁构成界面,可见于内膜增生,这也是绝经后腺型和囊腺型内膜息肉具有特征的声像图表现^[2],所以子宫内膜增生与内膜息肉常难以鉴别。内膜增生型可见内膜增厚伴多个无回声区,内膜呈梭形沿宫腔分布,宫腔线可见,与肌层分界清;内膜息肉却见内膜呈局限性增厚,内见数个大小不等小无回声区,或“蜂窝状”较稀疏的回声。还应与内膜癌鉴别,内膜癌境界不清,不伴小无回声区,但不规则,伴癌性坏死、液化时无回声区一般较大,不规则,无囊壁。III 型回声类型:为黏膜下肌瘤,声像图表现为子宫内增厚,局部回声减低,边界清,内回声均匀,CDFI 内可见点状或半环状血流信号。黏膜下肌瘤与内膜息肉两者临床表现相似,均可表现为绝经后子宫出血,诊刮往往是假阴性,但经阴道超声可鉴别:腺瘤型和纤维型息肉表现为高回声,内回声较均匀,腺型和囊腺型内膜息肉回声低,内可见数个大小不等小无回声区,或“蜂窝状”较稀疏的回声^[3];黏膜下肌瘤均表现为均匀性低回声,彩色多普勒显示黏膜下肌瘤内为环状血流,而息肉内可见短棒状血流。IV 型回声类型:子宫增大,内膜厚 >8 mm,宫腔内膜不均匀高回声,与子宫肌层分界不清,肌壁间不均匀回声增高,CDFI 内见短棒状或多条不规则血流,提示内膜癌 10 例,不典型增生 3 例,黏膜下肌瘤囊性变 2 例,复杂型内膜增生 1 例。内膜增厚明显,呈团块状与子宫肌层无分界且伴杂乱不规则血流信号,阻力指数低诊断内膜癌的准确率高,子宫内内膜癌血流显示率高但血流阻力指数 RI 值明显降低^[4]。内膜厚度 >8 mm 以上者,其病理类型较复杂,恶性比例高,因此需做病理检查。本组宫腔积液伴杂乱回声误诊为内膜癌 1 例,是因黏膜下肌瘤囊性变。从本组资料看,单纯内膜增厚,边界清楚,但不能排除内膜癌可能,增生子宫内膜与早期内膜浸润癌鉴别诊断有一定困难,因此对阴道反复不规则流血,临

床高度怀疑内膜癌者,一定要进行病理确诊。

萎缩性子宫内膜属于正常绝经后内膜的一种表现,是非器质性病变致绝经后子宫出血常见原因。萎缩性子宫内膜炎其内膜厚度 <5 mm,如偶然的子宫出血,经阴道超声可以排除内膜的器质性病变;有的患者在绝经最初几年,因偶发排卵,子宫内膜呈分泌期表现也可引起阴道出血,所以应注意观察,不必盲目活检。

雌激素替代治疗 2 例患者有阴道流血,测量子宫内膜厚 8~12 mm,病理诊断为增生良性病变。张晶^[5]认为雌激素替代治疗患者内膜厚度可在 1~15 mm,出血患者可连续观察内膜,内膜厚度小于 8 mm 不必做进一步检查,内膜厚度大于 8 mm 必须进行内膜活检。因此认为阴道超声可作为雌激素替代治疗的一个好的监测指标,可为临床提供合理调整用药依据。

综合上述,绝经后阴道超声见子宫内膜厚度小于 5 mm,出现阴道流血或排液患者,可不必盲目刮宫,可定期复查进行随访;内膜厚度 5~8 mm 者可根据内部回声情况结合临床有选择地进行病理学检查;内膜厚度大于 8 mm 患者,病理类型复查,恶性率高,应常规进行诊刮或手术行病理学诊断。阴道超声可快速、无创伤、重复观察子宫内回声情况,对绝经后子宫内出血可以初步预测良恶性病变。

参 考 文 献

- [1] 徐智章. 现代腹部超声诊断学[M]. 北京:科学出版社,2001:458-460.
- [2] 胡香英,徐开红,石一复. 经阴道超声对绝经后子宫腔内病变的鉴别诊断价值[J]. 中华超声影像学杂志,2005,14(9):719-720.
- [3] 贾瑱熙,江 泉,焦光琼,等. 子宫内膜良性病变的经阴道彩超与病理的对比分析[J]. 中国超声医学杂志,2009,25(2):162-163.
- [4] 邓海萍,莫可良,滕 慧. 子宫内膜病变的阴道彩色多普勒超声诊断价值[J]. 广西医学,2007,29(9):1339-1341.
- [5] 张 晶. 超声妇产科疑难病例解析[M]. 北京:科学技术文献出版社,2006:30-37.

(收稿日期:2009-07-31 修回日期:2009-08-31)

●关于文稿中数字的用法

本刊数字用法执行 GB/T158351995《关于出版物数字用法的规定》,总的原则是:凡是可以使用阿拉伯数字,而且又很得体的地方均应使用阿拉伯数字。以下两种情况必须使用阿拉伯数字:

1、公历世纪、年代、年、月、日和时刻:例如,公元前 5 世纪、20 世纪 90 年代、1995 年 6 月 8 日 14 时 30 分。表示年份要写全称,1995 年不能写成 95 年或'95 年;1953~1958 年不能写成 1953~58 年。年月日可以写成 1995-06-08。时刻用“:”分隔的形式,如 13 时 45 分 8 秒可以写成 13:45:08。

2、计数和计量(整数、小数、分数、百分数、均数)包括序数、编号,4 位和 4 位以上的数字采用三位分节法,不用“千分撇”,节与节之间留半个阿拉伯数字的空隙,如 2,431 应为 2 431。年份、部分代号、仪器型号等非计量数字不用分节,也不加千分撇。尾数“0”多、5 位以上的数字,可以用“万”“亿”表示,但不得以十、百、千、百万、十亿等汉字表示,例如 3 579 000 可写成 357.9 万,但不能写成 3 百 57 万或 357 万 9 千。