

经阴道超声诊断子宫内膜息肉的临床价值

李波

(广西梧州市妇幼保健院功能科,梧州市 543002, E-mail:474000806@qq.com)

【摘要】 目的 探讨阴道超声对子宫内膜息肉的临床价值。方法 病理确诊为子宫内膜息肉患者79例,分析其阴道超声的特点及符合率。结果 病理检查确诊的79例中,经阴道超声诊断符合64例(81.01%),超声误诊及或漏诊15例(18.98%)。结论 采用无创性的经阴道超声进行检查,具有无创性及经济、简便等优点,有较高的临床价值。

【关键词】 子宫内膜息肉;阴道超声;疾病鉴别诊断

【中图分类号】 R 711.22 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2014)05-0688-02

DOI:10.11675/j.issn.0253-4304.2014.05.44

子宫内膜息肉(endometrial polyp, EP)是由于子宫内膜炎症或雌激素持续作用而发生局灶性增生的良性病变,是生育期及围绝经期妇女的常见病^[1]。临床表现为阴道不规则流血、经量过多、经期延长等,也是不孕症的主要原因之一。阴道超声检查对诊断子宫内膜息肉,诊断准确率高,是一种无创性而简捷又方便的超声诊断方法^[2]。经腹部超声虽能发现宫内病灶,但对较小的息肉容易漏诊。本文回顾性分析79例经病理确诊的子宫内膜息肉的声像图表现,以提高阴道超声对子宫内膜息肉的诊断准确率,更好地为临床治疗提供可靠依据,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2011年9月至2013年4月在我院经病理确诊为子宫内膜息肉患者79例,年龄21~64岁,平均38岁。主要临床表现为月经过多或不规则阴道流血43例,经期延长15例,不孕11例,无症状体检者8例,绝经后出血2例。

1.2 仪器及方法 采用阿洛卡 α -10、阿洛卡4000彩色多普勒超声诊断仪,经阴道探头8 MHz。检查时间在月经后3~15 d行阴道超声检查;患者检查前需排空膀胱,取膀胱截石位,将探头涂上足够耦合剂并套上安全套,避免安全套前端有气泡;将探头轻缓插入阴道,探头顶端到达阴道穹窿部。子宫前倾患者,探头置于阴道前穹窿,子宫后倾患者则置于后穹窿,即能获得满意清晰的图像。子宫直位、活动度大的患者不易得到清晰的子宫矢状面图像,此时操作者可用一只手在受检者耻骨联合上稍加压,使子宫稍固定于后

倾位贴近探头,则可获得较好的图像^[3]。经多个切面观察子宫大小、形态及肌层回声、内膜厚度、病灶发生部位、数目、大小形态及内部回声,并加以彩色多普勒观察病灶内部及周边彩色血流情况,做出超声诊断。79例患者均行宫腔镜检查并手术处理,送病理检查确诊。

1.3 子宫内膜息肉的声像学诊断标准^[4] (1)子宫增大或正常或稍萎缩,轮廓规整。(2)宫腔内可见不均匀的低回声或稍高回声,周边回声高,与子宫肌壁分界清楚,多呈椭圆形,部分内部可见单个或多个大小不等透声区。(3)可显示息肉与子宫内膜相连的纤维蒂。(4)子宫内膜线弧形偏移。(5)子宫内可见少量积液。(6)彩色多普勒超声显示部分息肉内可见星点状或条状彩色血流信号。

2 结果

子宫内膜息肉患者79例,经阴道超声检查诊断为子宫内膜息肉64例(其中单发息肉48例,多发息肉16例),符合率为81.01%;超声误诊及漏诊15例,误诊率为18.98%,其中误诊为黏膜下肌瘤5例(6.33%),子宫内膜增生症3例(3.80%),子宫内膜癌2例(2.53%),不完全纵隔子宫1例(1.27%),4例(5.06%),较小息肉合并组织物残留、息肉合并宫内节育器漏诊。

3 讨论

子宫内膜息肉是妇科常见的子宫内膜病变之一,是内膜基底的局限性增生,由分布不规则的内膜腺

体和间质组成,发病率为5.7%^[5]。既往对内膜息肉的诊断主要是用诊断学刮宫和宫腔镜检查,但这两种方法均有一定的创伤性;近年来内膜息肉的发病率有逐渐上升的趋势,无临床表现的子宫内膜息肉也越来越多^[6];由于对这种病变的不断认识和研究,加上阴道超声在临床的广泛应用,经阴道超声检查能清晰显示内膜及宫腔病变;经阴道彩色多普勒超声以其便捷、无创、客观的优势成为诊断内膜息肉的首选检查方法^[7]。子宫内膜息肉可单发或多发,但以单发多见。本研究中,79例子宫内膜息肉患者,经阴道超声检查诊断为子宫内膜息肉64例(其中单发息肉48例,多发息肉16例),符合率为81.01%。

典型的子宫内膜息肉比较容易发现,但是当声像图表现不典型时容易误诊。本文79例患者,超声误诊、漏诊15例,误诊、漏诊率为18.99%,为了提高阴道超声诊断子宫内膜息肉的诊断率,笔者认为子宫内膜息肉需与下列疾病进行鉴别诊断:(1)黏膜下肌瘤:在误诊的病例中,其中5例(6.33%)误诊为黏膜下肌瘤,子宫内膜息肉与子宫黏膜下肌瘤的鉴别有一定难度。一般情况下肌瘤形态较圆,超声表现多为圆形均匀低回声,内膜线中断或断续状,内膜边缘不规则,可找到基部与肌层连接处;内膜息肉多为中高回声,形态为略长形或不规则形,边界欠清,无明显包膜回声;肌瘤可探及周围环状血流信号。(2)子宫内膜增生症:在误诊病例中,其中3例(3.80%)误诊为子宫内膜增生症。子宫内膜增生症是子宫内膜增生过长,导致内膜厚度明显增厚,阴道超声显示回声呈均匀性增强,在子宫矢状切面上呈梭形,内膜与肌层界限清晰;而子宫内膜息肉是由多种因素引起的子宫内膜的局限性增生,子宫内膜呈局灶性增厚隆起,回声不均,局部区域回声增强或见低回声团块,伴或不伴宫腔积液,有蒂或无蒂,蒂部与子宫内膜相连。所以在超声诊断时要加以区别,减少误诊。(3)子宫内膜癌:在误诊病例中,2例(2.53%)误诊为子宫内膜癌。当内膜息肉体积较大、形态不规则和血流较丰富时容易误认为子宫内膜癌。子宫内膜癌多呈较强回声,内膜普遍回声不均匀,宫腔团块呈不规则状,边缘不齐,病变与肌层分界不清,内部回声紊乱,基底部较宽;而子宫内膜息肉的子宫内膜呈均匀性增厚,边界清晰,子宫内膜息肉基底部较窄。彩色多普勒超声检查对鉴别子宫内膜息肉与内膜癌也有一定的帮助,子宫内膜癌多血流丰富,子宫内膜息肉多见蒂部血流。而当内膜息肉长径>1.0 cm时,可清晰显示息肉内部或基底部长条状血流,并可追溯到内膜基底层,而非子宫肌层。这与内膜息肉的病理组织结构相符,此征

象可作为内膜息肉的超声诊断标准^[8]。(4)不完全纵隔子宫:在误诊的病例中,1例(1.27%)误诊为不完全纵隔子宫,在临床上此误诊情况亦不多见。当多发性内膜息肉密集排列于子宫底部,息肉回声较低,形成纵隔样的低回声区,则易误认为不完全纵隔子宫。(5)组织物残留:在误诊及漏诊病例中,有4例(5.06%)较小息肉合并组织物残留、息肉合并宫内节育器漏诊。组织物残留的声像表现为子宫稍偏大或大小正常,内膜回声不明显,界限不清晰,内可见不规则高回声区或伴少量积液,需结合病史近期内是否有流产史或生产病史,血人绒毛膜促性腺激素(HCG)为阳性或弱阳性。当考虑内膜息肉而因节育器影响时,建议取环后再行复查。

合理选择检查时间对提高内膜息肉的诊断率非常关键。育龄妇女子宫内膜总厚度在月经周期第4天为<4 mm,第8天为<8 mm,这是诊断内膜息肉的最佳时机。因为内膜的周期性变化,分泌期和增生晚期的内膜增厚,回声增加,子宫内膜与息肉的回声比较相近,所以很难显示息肉,常引起漏诊。增生早期子宫内膜薄且回声较暗淡,此时内膜息肉显示清晰,容易辨别,对较小息肉的检出率高。

综上所述,经阴道超声检查,子宫内膜息肉的诊断准确率高,可清晰显示子宫内膜及子宫内膜息肉的大小、形态及其与子宫内膜的关系,具有无创性、经济、简便等优点。对于不典型病例,应密切结合临床,必要时行宫腔镜下病理检查,减少误诊及漏诊,进一步提高内膜息肉的诊断率。

参 考 文 献

- [1] 田 琼. 宫腔镜对子宫内膜息肉的诊断价值[J]. 贵阳中医学院学报, 2007, 29(6): 31.
- [2] 徐家慧, 方开峰, 刘 亚. 经阴道超声诊断子宫内膜息肉的价值[J]. 中华全科医学, 2010, 8(2): 239-240.
- [3] 谢红宁. 妇产科超声诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 10.
- [4] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 第3版. 北京: 科学技术文献出版社, 1998: 1 208.
- [5] 于云英, 冷金花. 子宫内膜息肉的研究进展[J]. 现代妇产科进展, 2005, 14(1): 59-61.
- [6] 张 晶. 超声妇产科疑难病例分析[M]. 北京: 科学文献技术出版社, 2006: 31.
- [7] 张青萍, 徐辉雄. 妇科疾病超声诊断进展[J]. 中国超声医学杂志, 2000, 16(3): 227-228.
- [8] 徐子宁, 张竹君, 王灵燕, 等. 经阴道彩色多普勒超声诊断子宫内膜息肉[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2006, 3(5): 318-319.

(收稿日期: 2014-02-17 修回日期: 2014-03-20)