

经阴道彩色多普勒超声诊断子宫内膜病变的临床价值

丁文君, 李 晓, 郭 艳, 于海晶

[摘要] 目的:探讨经阴道彩色多普勒超声(彩超)对子宫内膜病变的诊断价值。方法:选取经病理检查确诊为子宫内膜病变的患者 87 例,与经阴道彩超检查结果进行对比,分析超声图像特征,观察病变处血流状态,测量血流阻力指数。结果:经阴道彩超检查误诊 2 例、漏诊 3 例,诊断总符合率 94%,其中子宫内膜增生、内膜息肉、黏膜下肌瘤、内膜癌诊断符合率分别为 92%、94%、100%、89%,子宫内膜良性病变与内膜癌的动脉血流阻力指数差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论:经阴道彩超检查对于各种子宫内膜病变的诊断准确率高,对子宫内膜良、恶性病变有重要的鉴别价值,是诊断子宫内膜疾病的首选方法。

[关键词] 超声心动描记术,多普勒;经阴道;子宫内膜病变;临床价值

[中图分类号] R 540.45; R 711.74

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.10.031

子宫内膜病变是妇科常见疾病,近年来发病率呈上升趋势,常影响女性的健康及生活质量,严重者可危及生命,早期诊断、早期治疗至关重要^[1]。而子宫内膜癌有年轻化和发病率明显上升的趋势^[2],使子宫内膜良、恶性病变的诊断成为临床关注的问题。随着设备和技术不断更新,超声学检查发展迅速,广泛应用于人体各器官疾病检查,其中经阴道超声检查能够得到更高的分辨率和更好检查效果的子宫图像^[3-4],对疾病的确诊起到重要的作用。本研究对 87 例患者的病理结果与超声检查结果进行对比分析,探讨经阴道彩色多普勒超声(彩超)诊断子宫内膜病变的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年 2 月至 2014 年 1 月我院经病理检查确诊的 87 例子宫内膜病变患者,临床症状多为月经量多或不规则阴道出血、排液,部分无明显症状;年龄 32~72 岁。

1.2 仪器与方法 使用 TOSHIBA APLIO 770 型彩色多普勒超声诊断仪,阴道探头频率 6 MHz。子宫内膜增厚诊断标准^[5]为绝经前子宫内膜厚度超过 12 mm,绝经后内膜厚度超过 5 mm。常规检查子宫内膜厚度、回声,子宫内膜与肌层分界是否清晰及宫腔内病灶形态、内部回声,考虑内膜癌的病例判断肌层浸润深度,比较各种内膜病变的血流显示状态,测量血流阻力指数(RI 值)。

1.3 统计学方法 采用 *t* 检验。

2 结果

2.1 超声图像特点 (1)子宫内膜增生(见图 1):内膜多呈均匀偏高回声,基底层与肌层分界清晰,囊腺性增生时可见小无回声区。(2)黏膜下肌瘤(见图 2):多为宫腔内圆形中低实质回声,内膜基底线变形或中断。(3)内膜息肉(见图 3):宫腔内偏高实质回声结构,多呈水滴状,内膜基底层连续、清晰;多发性内膜息肉呈不均匀团簇状高回声斑。(4)子宫内膜癌:内膜不规则增厚 6 例,厚度 5~38 mm,2 例绝经后患者内膜厚度小于 5 mm,回声毛糙,且均伴宫腔积液(见图 4);内膜呈局灶性或弥漫性不均匀包块回声 11 例(见图 5),受浸肌层回声低而不均。

2.2 病理结果与彩超检查结果对比 经阴道彩超检查诊断子宫内膜增生 25 例、内膜息肉 18 例、黏膜下肌瘤 26 例、内膜癌 17 例;误诊的 2 例为子宫内膜增生,漏诊的 3 例为内膜息肉 1 例、内膜癌 2 例。其超声诊断符合率分别为 92%、94%、100%、89%,总符合率 94%。

2.3 子宫内膜病变血流显示情况 子宫内膜增生血流显像无特征性表现;内膜息肉蒂部可探及短条状血流深入息肉内;黏膜下肌瘤可探及来自子宫肌层的血管呈分支状进入瘤体内,带蒂的可显示自肌层附着处的条带状血流信号;大部分子宫内膜癌内部及周边探及分布杂乱的血流信号,浸润愈深血流愈丰富。本组良性内膜病变(增生、息肉、肌瘤)血流显示率 48.52% (33/68)、RI 值为 0.60 ± 0.06 ;恶性病变血流显示率 78.94% (15/19),RI 值为 0.45 ± 0.08 。子宫内膜良性病变和内膜癌之间的 RI 值差异有统计学意义($t = 8.93, P < 0.01$)。

[收稿日期] 2014-01-24

[作者单位] 安徽省宿州市立医院 超声科,234000

[作者简介] 丁文君(1974-),女,主治医师。

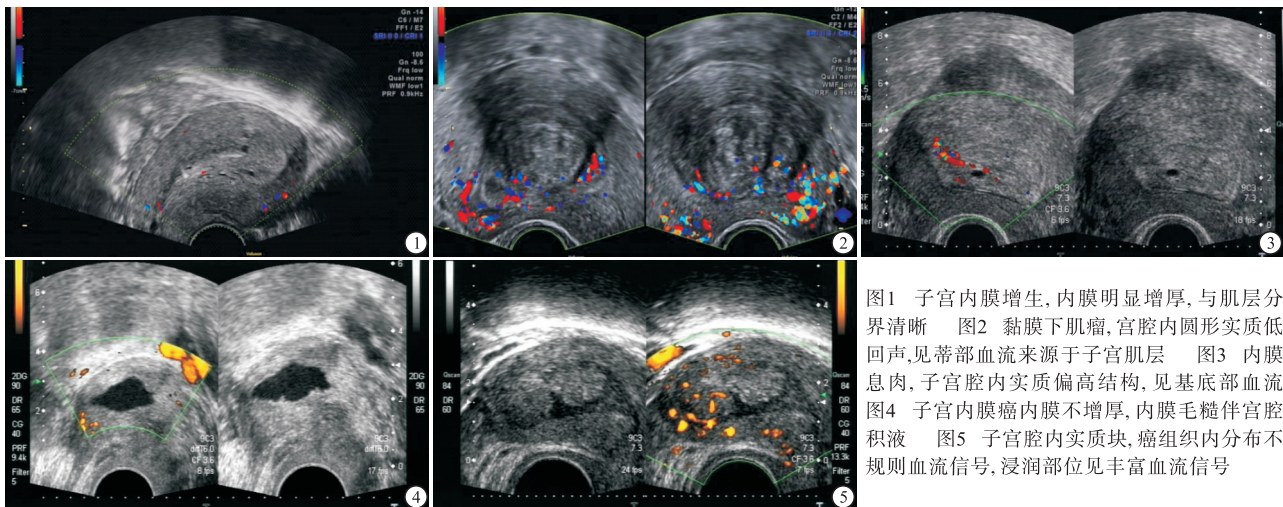


图1 子宫内膜增生,内膜明显增厚,与肌层分界清晰 图2 黏膜下肌瘤,宫腔内圆形实质低回声,见蒂部血流来源于子宫肌层 图3 内膜息肉,子宫腔内实质偏高结构,见底部血流 图4 子宫内膜癌内膜不增厚,内膜毛糙伴宫腔积液 图5 子宫腔内实质块,癌组织内分布不规则血流信号,浸润部位见丰富血流信号

3 讨论

目前,临床上应用于妇产科的影像学检查方法有超声学检查、X线片、计算机体层成像、MRI及导管影像检查等^[6],但MRI检查费用昂贵,X线片、计算机体层成像检查存在放射性损伤的缺点。而诊断性刮宫是一种有创伤的检查手段,给患者带来恐惧和痛苦,甚至引起一些癌细胞扩散、出血、感染等并发症^[7]。由于阴道彩超探头频率高,贴近子宫,图像显示清晰,扫查范围大,可以很好的显示子宫内膜病变的部位、数量、形态、边缘、回声特点及血流特点等,更加有利于子宫内膜微小病变的显示,且不受子宫位置的影响,大大地提高临床诊断率^[8]。

经阴道彩超检查显示子宫内膜增生、内膜息肉、黏膜下肌瘤、内膜癌各有其特征性声像图表现,可给予临床诊断较明确的提示,本组病例总的诊断符合率为94%。子宫内膜病变的诊断要点:(1)子宫黏膜下肌瘤与内膜息肉的鉴别,内膜息肉多为椭圆形的偏高回声、底部内膜连续,黏膜下肌瘤多为圆形的低回声、底部内膜连续中断。(2)超声检查对于子宫内膜过度分泌、分泌状况不同步造成的局部内膜增厚与内膜息肉声像图相似,是造成误诊的原因,选择月经后增殖早期检查有助于鉴别。

子宫内膜癌是原发于子宫内膜的上皮性恶性肿瘤,其中多为腺癌。确切病因尚不清楚,其发病与下列因素有关:长期雌激素刺激,子宫内膜上皮内瘤样变,体质遗传因素。本组内膜癌声像图表现内膜增厚6例(5~38 mm),伴肌层浸润与肌层分界不清、边缘毛糙,其内探及少许点状血流信号,部分无血流信号;2例绝经后内膜无增厚伴宫腔积液的内膜癌病例,临床症状均为阴道不规则少量出血。Wang等^[9]研究报道,17%的绝经后Ⅱ型子宫内膜癌患者

子宫内膜厚度<4 mm,可同时合并其他异常超声征象,如子宫增大、宫腔积液、子宫肌层或附件区肿块等,因此对于绝经后阴道出血患者,即使内膜未增厚,出现这些异常超声征象时也应进行内膜活检;本组另有11例内膜癌呈局灶性或弥漫性不均匀包块回声,浸润肌层与其分界不清,其内探及丰富的、走行紊乱的血流信号。本研究结果显示,良性内膜病变与恶性内膜病变RI值分别为 0.60 ± 0.06 和 0.45 ± 0.08 ,差异有统计学意义($P < 0.01$),为子宫内膜良、恶性病变的鉴别提供重要依据。

综上所述,经阴道彩超检查能细致观察子宫内膜各种病变,可提高子宫内膜良、恶性病变的诊断率,是目前评价子宫内膜病变理想的途径。

[参 考 文 献]

- [1] 李秋林,刘金华,殷观梅. 经阴道彩色多普勒超声在诊断子宫内膜病变中的临床价值[J]. 当代医学,2011,17(1):96-97.
- [2] 陈青,白洁,丛淑珍. 彩色多普勒超声在子宫内膜癌诊断中的应用[J]. 广东医学,2009,30(5):759.
- [3] 散志华. 经腹及经阴道超声早期诊断异位妊娠的临床分析[J]. 中国计划生育杂志,2011,19(2):119-121.
- [4] 朱颖,曹云霞. 经阴道超声与宫腔镜检查对不孕症与复发性流产患者宫腔病变的诊断价值[J]. 安徽医科大学学报,2010,45(6):819-821.
- [5] 姜玉新,王志刚,胡兵,等. 医学超声影像学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2013:268.
- [6] 齐铮琴,赵锦,李扬. 经阴道超声三维血管定量与病理微血管密度对卵巢癌临床分期及病理类型的应用价值[J]. 中国临床医学影像杂志,2010,21(7):521-522.
- [7] 解茗. 经阴道超声在早期子宫内膜癌中的诊断价值[J]. 中外健康文摘,2010,7(4):27.
- [8] 范丽梅,张立会,林场,等. 经阴道超声对绝经后子宫内膜息肉的诊断价值[J]. 中国实验诊断学,2008,12(12):1601-1602.
- [9] Wang J, Wieslander C, Hansen G, et al. Thin endometrial echo complex on ultrasound does not reliably exclude type 2 endometrial cancers[J]. Gynecol Oncol,2006,101(1):120-125.

(本文编辑 周洋)