

讨 论

发生脑梗死原因多种^[3],随着诊断手段的增加及技术水平的提高,大多脑梗死已能找到病因,文献^[4]表明,在较完善的现代神经影像检查和严谨的科学评估手段下,CS 诊断率仅占脑梗死的 18%。TEE 作为评价心脏结构的新方法,可以避免胸壁和肺的干扰,对于肥胖、肺气肿的患者,其图像质量与 TTE 比较更具有优越性。同时,TEE 检查不但可以对心源性 CS 查找病因,还可以详细了解评估房间隔解剖结构,针对房间隔缺损、卵圆孔未闭进行进一步的定量诊断,测定房间隔缺损、卵圆孔未闭的大小、位置及并发情况,筛查此类患者是否需进行封堵术的治疗,为其下一步的治疗提供指导性建议^[5]。

本组 167 例 CS 患者中,部分合并有高血压病、糖尿病及高血脂,但从发生率上难以判定其相关疾病为发生脑梗死的主要原因,难以有针对性的预防治疗。而通过 TEE 检查发现其中 70 例患者存在有潜在的心源性病因,可以针对病因对患者及时治疗、防止复发,对临床的治疗及患者预后具有重要的意义。

本组中,针对心源性病因的检查,TEE 检查的阳性率明显高于 TTE 检查,尤其在主动脉斑块、左心耳微小的血栓、左房微小的黏液瘤、主动脉瓣或二尖瓣微小的赘生物、二尖瓣二或三级小腱索的断裂、成人小的房间隔缺损及卵圆孔未闭等方面。分析其原因,由于 TEE 探头的频率高于 TTE 探头的频率,同时避免了胸壁和肺的干扰,TEE 对于微小结构的显示率明显高于 TTE。

特别在主动脉斑块的诊断方面,由于气道的影像,TEE 检查升主动脉存在有一定的盲区,且部分斑块回声极低,TEE 检查难以显示,而 TEE 检查可避免气道的干扰,对极低回声的小斑块也能清晰显示。在左心耳血栓、左房自发显影及卵圆孔未闭等方面,由于左房及左心耳、房间隔等结构位于 TTE 探头的远场,TEE 检查往往不能清晰显示有关,而 TEE 在此类结构的显示方面存在有不可替代的优势。

总之,TEE 可以提高 CS 潜在心源性病因的检出率,为下一步治疗提供重要的参考意见,在 CS 诊断中具有重要的临床价值。

参考文献

- [1] Guercini F, Acciarresi M, Agnelli G, et al. Cryptogenic stroke: time to determine aetiology [J]. J Thromb Haemost, 2008, 6(4): 549-554.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊断指南 2010 [J]. 中国全科医学, 2011, 43(35): 4013-4017.
- [3] 韩军良, 赵钢. 卵圆孔未闭与缺血性脑卒中的关系 [J]. 中国卒中杂志, 2014, 9(7): 445-450.
- [4] 徐蔚海. 隐源性脑梗死的诊断进展 [J]. 中国实用内科杂志, 2007, 27(1): 40-42.
- [5] Bang OY, Lee PH, Joo SY, et al. Frequency and mechanisms of stroke recurrence after cryptogenic stroke [J]. Ann Neurol, 2003, 54(2): 227-234.

(收稿日期: 2016-06-27)

· 临床报道 ·

Ultrasonic diagnosis of endometriosis in the abdominal wall after cesarean section

剖宫产术后腹壁切口处子宫内膜异位症的超声诊断分析

付赵虎 郑晓芳

[中图法分类号] R711.71; R445.1

[文献标识码] B

腹壁子宫内膜异位症 (abdominal wall endometriosis, AWE) 是指具有活性的子宫内膜组织异位生长于腹壁, 是最为常见的盆腔外子宫内膜异位症之一。近年来, 由于子宫创伤性操作等增多, 其发病率逐年增高。临床上 AWE 的诊断方式多样, 如何早期快速准确诊断是治疗该病的核心。现总结我院经超声诊断并经手术、病理证实的剖宫产术后 AWE 病例声像图特征, 报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选取 2009 年 4 月至 2016 年 7 月我院超声诊断为 AWE 的患者 31 例, 年龄 20~42 岁, 平均 (30.4±4.7) 岁。均有完整的术后病理结果。均有剖宫产病史, 发病时间为剖宫产术后约 7 个月~12 年, 平均 (2.6±0.6) 年。患者表现为腹壁切口处皮下出现规律

性疼痛,可触及边缘不规则肿块,或随月经周期变化等;7 例无明显不适。

二、仪器与方法

使用西门子 Sequoia 512 和 GE Logiq E 9 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 7.5 MHz。患者取平卧位,于肿块处行纵、横、斜等行多角度超声扫查,观察病灶的位置、大小、数目、回声、边缘及有无包膜等;CDFI 观察病变内部血流情况;频谱多普勒测量血流最大流速及阻力指数。

三、统计学处理

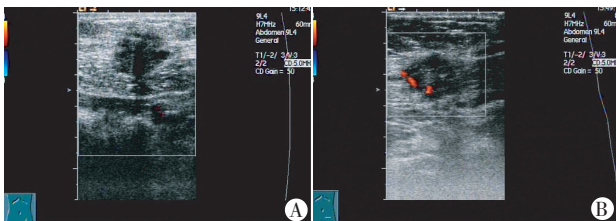
应用 SPSS 17.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

超声诊断为 AWE 的 31 例患者中,26 例符合病理结果,诊断准确率为 83.87%,3 例为皮下缝合线引起的肉芽肿性炎,1 例为脂肪组织坏死,1 例为纤维瘤。

26 例经病理确诊的 AWE 患者年龄 21~40 岁,平均(28.1±3.7)岁,包块大小 0.5~3.3 cm,平均(1.1±0.4)cm;非子宫内异位症患者年龄 20~42 岁,平均(32.3±4.2)岁,包块大小 0.7~4.4 cm,平均(1.4±0.5)cm,年龄、包块大小比较差异均无统计学意义。

AWE 超声表现为:多单发,边界不清,形态不规则,中低回声,内部回声不均,肿块内可见斑片状无回声区间点状弱回声及条带状低回声区,无包膜。CDFI 示肿块内见点状或短线条状血流信号,15 例肿块周边可见线状血流信号。肿块内部血流测及低速高阻动脉样频谱,流速 4.16~21.14 cm/s,阻力指数 0.56~0.84。见图 1。



A:二维超声图;B:CDFI 图。

图 1 AWE 声像图

讨 论

子宫内异位症是指有生长活性的子宫内组织出现在宫体肌层以外的其他部位,其中异位于腹壁者称 AWE。其主要为医源性种植所致,发生率为 0.03%~1.70%^[1],在剖宫产、羊水穿刺、子宫手术等操作过程中,被临床操作带到切口处的子宫内组织一旦种植成功,局部的子宫内组织在人体内分泌激素的作用下,生成新的血管组织,可导致同宫腔内一样的周期性、剥离性出血等变化,最终导致局部包块的形成,并随着月经周期的变化而变大、疼痛,甚至破溃出血等^[2]。该病潜伏期多数为 1 年左右,少数患者病史长达 15 年以上。病灶多发生于脂肪层,少见肌层。临床上诊断切口子宫内异位症主要依据患者的下腹切口剖宫产分娩史、临床症状、影像学检查及病理检查结果,

其中下腹切口剖宫产分娩史是诊断切口子宫内异位症的基础和必备条件。MRI 和 CT 虽可用于 AWE 诊断,但因其检查费用高、有辐射等限制了临床应用。针吸细胞学是术前诊断 AWE 最准确、可靠的方法^[3],且操作简便、经济快捷,但属于有创性操作,易导致新的种植因而备受争议。随着超声技术的发展,其对 AWE 的诊断越来越受临床医师青睐。本组通过总结 AWE 的超声表现特征,旨在提高超声对其的诊断价值。

本组腹壁切口处皮下子宫内异位症的超声表现为:肿块呈中低回声,边界不清,形态不规则,内部回声不均质,无包膜等与其他肿块声像图表现相似,无法区分。但是,肿块内斑片状液性无回声区间点状回声及条带状低回声为其特征性表现^[4],结合 CDFI 的血流显像分布和频谱多普勒血流信号性质便可做出较为准确的诊断。本组中肿块内斑片状液性无回声区间点状弱回声考虑为异位内膜组织周期性剥离性出血较为集中所导致;条带状低回声区考虑为异位内膜组织沿组织间隙浸润生长和少许周期性剥离性出血所致。

本组误诊的 5 例病例中,3 例为皮下缝合线引起的肉芽肿性炎,1 例为脂肪组织坏死,1 例为纤维瘤。肉芽肿性炎与子宫内异位症从形态、边界、血流等方面极为相似,但是在皮下缝合线引起的肉芽肿性炎性包块中,常可见缝合线导致的点状强回声,可作为两者的鉴别点之一^[5]。本组有 3 例皮下缝合线引起的肉芽肿性炎因病史及超声表现与 AWE 相似,临床超声经验不足导致误诊。脂肪坏死液化多发生于肥胖患者术后 5~7 d,患者多诉切口处渗出液多,无其他自觉症状,切口无红肿及压痛,愈合不良,超声多表现为腹壁切口下方不规则低回声区,边界不清,CDFI 示内部未见明显血流信号。本组误诊的 1 例为脂肪组织坏死后期所形成的瘢痕组织改变,由于其声像图表现不典型,因此误诊。纤维瘤常无临床表现,多因触及皮下肿块来诊,超声多表现为有包膜,边界清晰,形态规则,内部回声尚均,CDFI 示内部可见低阻血流信号,本组误诊的 1 例可能与继发性炎症有关。

综上所述,超声检查费用低、无辐射、操作简单、诊断率较高,可作为首选辅助检查方法。

参考文献

- [1] 何兴云.剖宫产腹壁切口子宫内异位症的超声诊断及临床分析[J].中国现代医生,2010,48(6):71-73.
- [2] Durlinger AL, Gruijters MJ, Kramer P, et al. Anti-Müllerian hormone in-hibits initiation of primordial follicle growth in the mouse ovary[J]. Endocrinology, 2002, 143(3): 1076-1084.
- [3] 王飞,龚萍,何钊,等.腹壁子宫内异位症的针吸细胞学诊断[J].现代医学,2012,40(6):679-681.
- [4] 万登敏,韩姓权,宋振才.超声对腹壁切口及会阴部皮下子宫内异位症的诊断价值[J].中国超声诊断杂志,2004,5(12):944-946.
- [5] 魏玉华.剖宫产后腹壁子宫内异位症的超声诊断[J].中国医药指南,2013,11(7):415-416.

(收稿日期:2016-10-15)