

存在行开腹肠套叠手法复位术。

讨 论

肠套叠是婴幼儿最常见的急腹症。本组资料发现, 结肠套叠和小肠套叠患儿均表现为腹痛、哭闹及呕吐等非特异性的临床症状, 部分结肠套叠病程较长者可出现果酱样血便, 因此仅从临床表现上无法区分。研究^[1]表明, 肠套叠有典型声像图表现, 彩色多普勒超声是小儿肠套叠的首选影像辅助检查方法, 其分型对后续治疗方式的选择至关重要。本组结果表明, 结肠套叠包块直径为(3.29±0.53)cm, 长度为(5.23±1.98)cm; 小肠套叠包块直径为(1.94±0.48)cm, 长度为(2.68±1.29)cm, 结肠套叠包块直径及长度均大于小肠套叠; 结肠套叠包块位于结肠走行区域, 多位于右上腹, 包块外鞘肠管为结肠, 小肠套叠位于脐周小肠分布区域, 包块外鞘肠管为小肠; 部分结肠套叠包块内可见肿大淋巴结, 而小肠套叠包块中未见。由此可见, 肠套叠包块的直径和长度是区分结肠套叠和小肠套叠的主要超声影像参数, 包块位置及包块内有无肿大淋巴结在肠套叠分型中也有一定参考价值, 这与张尧等^[2]报道一致。

本组中, 58 例小肠套叠患儿采取禁食对症治疗, 57 例 6~24 h 后复查肠套叠包块全部自行消失, 为暂时性小肠套叠, 其超声影

像特点为靶环直径小, 套叠长度短, 无肠壁水肿, 可自行复位, 无需手术及灌肠治疗, 仅 1 例患儿 24 h 后复查肠套叠包块未见变化, 为持续性小肠套叠, 后行开腹肠套叠手法复位术。结肠套叠者 63 例, 均于超声监测下行水压灌肠复位, 成功复位 57 例, 失败 6 例, 6 例复位失败患儿后行开腹肠套叠手法复位手术, 1 例行肠修补术。彩色多普勒超声准确诊断分型可以避免暂时性小肠套叠过度治疗^[3], 因其实时、无辐射、费用合理, 在肠套叠治疗及复查随诊中也有其独特的优势。

综上所述, 彩色多普勒超声可以依据肠套叠形成包块的直径、长度、部位等判断结肠套叠和小肠套叠, 为临床后续治疗提供可靠的影像依据, 还可以实时监测治疗情况及复查治疗结果。

参考文献

- [1] 乔向彬, 梁红雨, 欧新伟, 等. 彩色超声对小儿肠套叠诊断及治疗指导价值分析[J]. 重庆医学, 2013, 42(33): 4017-4018.
- [2] 张尧, 李士星, 白玉作, 等. 儿童大肠套叠与小肠套叠的超声影像特点[J]. 中国临床医学影像学杂志, 2012, 23(3): 208-210.
- [3] 任丽丽, 权重禄, 李素贤, 等. 小儿暂时性小肠套叠高频超声影像特点及可能诱因浅析[J]. 中国超声医学杂志, 2011, 27(9): 835-837.

(收稿日期: 2016-09-19)

· 临床报道 ·

Analysis of the value of color Doppler ultrasound in diagnosis of uterine cicatricial pregnancy 彩色多普勒超声诊断瘢痕子宫再次妊娠的价值分析

欧 霞

[中图分类号] R445.1

[文献标识码] B

随着“二胎”政策的放开, 越来越多的瘢痕子宫再次妊娠。本组通过分析 170 例瘢痕子宫妊娠的临床资料及声像图特点, 旨在探讨超声在瘢痕子宫宫内早孕的诊断价值, 以期及时、准确地判断瘢痕子宫早期妊娠类型, 为临床诊治提供重要依据。

资料与方法

一、临床资料

收集 2012 年 1 月至 2015 年 12 月我院门诊及住院部确诊的瘢痕子宫早孕者 170 例, 年龄 21~43 岁, 平均 28.7 岁。其中 148 例剖宫产 1 次, 22 例剖宫产 2 次或以上。本次妊娠停经时间 35~65 d, 尿人绒毛膜促性腺激素妊娠试验均为阳性。主要临

床症状是停经、早孕症状、不规则阴道流血及腹痛。

二、仪器与方法

使用 GE Voluson 730 彩色多普勒超声诊断仪, 经腹部探头, 频率 3~5 MHz; 腔内探头, 频率 5~9 MHz。所有患者均行经腹部与经阴道联合检查, 观察孕囊着床部位, 与宫颈、切口关系及孕囊内部情况; CDFI 观察孕囊周围肌层及病灶内血流情况, 测量滋养层动脉阻力指数(RI)。根据临床病理及超声跟踪结果对其进行最终诊断。

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, 组间比较行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

170 例瘢痕子宫早孕者中,超声诊断正常妊娠 117 例,准确诊断 110 例,7 例为瘢痕妊娠,准确率为 94.0%;典型超声表现:孕囊位于宫腔,下段邻近瘢痕,孕囊周边血流信号常较丰富,分布均匀。超声诊断瘢痕妊娠 34 例,准确诊断 29 例早孕,2 例宫颈妊娠,2 例正常妊娠,1 例流产不全,典型超声表现:孕囊位于宫颈内口上方,子宫前壁下段肌层内,向膀胱生长(外生型)或孕

囊到达宫腔甚至底部,部分滋养组织位于瘢痕,孕囊拉长(内生型),前壁肌层均不同程度变薄;孕囊周边血流信号不等、变薄肌层处血流丰富(图 1)。超声诊断难免妊娠 10 例,均准确诊断;典型超声表现:孕囊位于宫腔下段或宫颈管内,可见绒毛剥离征象,宫颈内口开放,前壁肌层厚度正常;孕囊周边无明显血流信号(图 2)。超声诊断宫颈妊娠 9 例,准确诊断 7 例,2 例为瘢痕妊娠;典型超声表现:宫颈膨大,宫颈管内见孕囊或不均混合回声,宫颈内口关闭;宫颈肌层内见滋养层血流信号(图 3)。

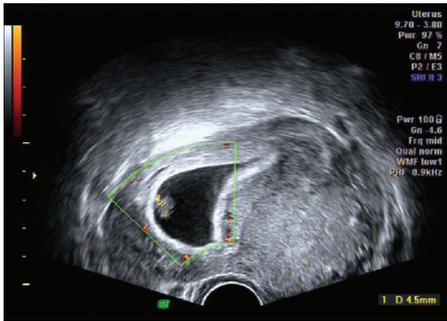


图 1 瘢痕妊娠声像图

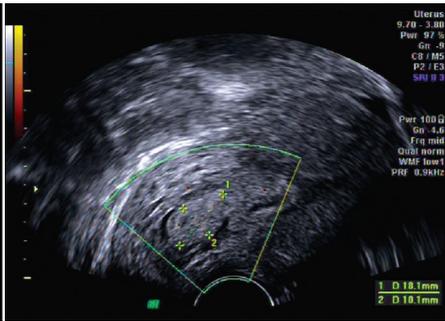


图 2 难免妊娠声像图



图 3 宫颈妊娠声像图

宫颈妊娠、瘢痕妊娠者子宫滋养动脉 RI 测值分别为 0.76 ± 0.09 、 0.73 ± 0.12 , 均明显小于正常妊娠者 (0.87 ± 0.11), 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 而宫颈妊娠者与瘢痕妊娠者比较差异无统计学意义。

讨 论

根据临床病理及超声跟踪结果, 本组将瘢痕子宫再次妊娠分为正常妊娠、难免妊娠、宫颈妊娠及瘢痕妊娠。难免妊娠超声表现为孕囊仍在宫腔内, 孕囊周边积血、血流信号少, 不易探及血流频谱, 与正常早孕容易鉴别。若孕囊移至宫颈管内, 通过观察宫颈肌层是否有局灶性扩张的血管及滋养层血流信号, 可判断是宫颈妊娠还是难免妊娠。瘢痕妊娠按部位可分内生型和外生型^[1], 内生型宫颈机能较差者孕囊凸向宫颈管, 与宫颈妊娠或瘢痕妊娠合并宫颈妊娠容易混淆, 这或是本组误诊瘢痕妊娠与宫颈妊娠的原因。但瘢痕妊娠宫颈管形态正常, 前壁孕囊种植部位较薄, 而宫颈妊娠孕囊位置更低, 并且宫颈管膨大明显, 可据此鉴别。另外, 本组中 7 例正常妊娠误诊瘢痕妊娠, 2 例瘢痕妊娠误诊为正常早孕。原因可能与内生型向宫腔生长的特征有关, 当瘢痕位置高或宫腔较小、孕囊较大时, 均可出现正常早孕者孕囊下缘靠近瘢痕的情况, 两者易造成混淆; 此时出现先兆流产或发育不良时, 通过 CDFI 监测滋养血管充盈程度或血流速度不能判断是正常妊娠出现了结局不良还是瘢痕妊娠, 应仔细追踪孕囊种植部位, 如发现滋养层位置异常可考虑瘢痕妊娠。对于陈旧性瘢痕妊娠, 超声表现与流产不全相似时, 超声随访结

合临床病史有助诊断。本组结果表明, 超声可通过显示瘢痕子宫再次妊娠时孕囊着床位置及范围、子宫肌层厚度、彩色血流信号等特点, 达到较高的诊断准确率。

早期已有研究^[2]应用超声监测孕囊种植部位内膜血流信号及 RI 值, 以此判断孕囊生长情况, 结果显示正常妊娠时, 孕 4~9 周滋养层 RI 值比较差异无统计学意义, 本组亦得到相似结论。病理学角度认为宫颈妊娠者绒毛着床于宫颈腺体上, 瘢痕妊娠者绒毛直接侵蚀局部血管, 容易发生动静脉瘘; 局部滋养层发育异常、缺乏胚胎组织、血流丰富, 胎盘基底部循环加快, 表现为血管阻力降低。本组结果也表明, 异常妊娠组 RI 值较正常妊娠组低, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 由此, 可利用早期妊娠血流动力学改变不同 (RI 值), 协助区分瘢痕妊娠 (内生型) 与正常妊娠, 为早期诊断提供鉴别补充。

综上所述, 超声能准确、及时诊断瘢痕子宫再次妊娠时典型图像, 且滋养层动脉 RI 对于瘢痕子宫早期妊娠临床方案、疗效监测有重要意义。

参 考 文 献

- [1] Wang DB, Chen YH, Zhang ZF, et al. Evaluation of the transvaginal resection of low-segment cesarean scar ectopic pregnancies [J]. Fertil Steril, 2014, 101(2): 602-606.
- [2] 余鸽, 周净, 顾佩儿. 彩色多普勒对早期妊娠诊断的评估 [J]. 上海医学影像杂志, 2001, 10(4): 282-283.

(收稿日期: 2016-12-20)