

经阴道超声鉴别子宫肌瘤与子宫腺肌症

段欣 林燕明 邹叶萍
(福建省三明市第二医院 永安 366000)

摘要:目的:探讨阴道超声对子宫肌瘤及子宫腺肌症的鉴别诊断价值。方法:应用经阴道超声检查子宫肌瘤 58 例,子宫腺肌症 40 例。结果:子宫腺肌症与子宫肌瘤在阴道超声上检查的二维声像图上存在明显差异性。结论:二者在临床治疗方法上完全不同,因此二者的鉴别诊断对临床处理有重要意义,且经阴道超声检查能更形象直观地观察病灶区域的回声、边界及宫腔线情况。

关键词:超声检查;子宫肌瘤;子宫腺肌症;鉴别诊断

中图分类号:R445.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)05-0073-02

1 资料与方法

2004~2005 年 6 月间的住院患者,子宫肌瘤 58 例,年龄 26~58 岁,平均年龄 37 岁;子宫腺肌症 40 例,年龄 22~48 岁,平均年龄 35 岁。患者排空膀胱,取仰卧位,双腿屈曲,经阴道探头表面涂适量藕合剂,外套 1 个避孕套,轻轻地送至阴道后穹窿,进行矢状及冠状探测,仔细观察子宫肌瘤、子宫腺肌症的位置、形态、大小及回声。使用 ALOKA630,探头频率 5.0MHz。

2 结果

子宫肌瘤 58 例,其中单纯性子宫肌瘤 48 例,合并子宫腺肌症 10 例,表现为:(1)子宫增大 52 例,轮廓失常 48 例;(2)有假包膜 40 例;(3)内部回声不均出现点状高回声区域 2 例,内部呈现无回声或极低回声区域 3 例,周边有钙化光环 2 例;(4)宫腔线移位 45 例,居中 13 例。子宫腺肌症 40 例,其中弥漫型 31 例,局限型 9 例,表现为:(1)子宫增大 35 例,轮廓失常 10 例;(2)宫内呈散在不均匀强点状回声 26 例,积血小囊 6 例,宫内见圆形或类圆形低回声块 8 例,等回声或稍

强回声 10 例,上述光团边界模糊,无包膜及声晕,后壁回声衰减;(3)宫腔线居中 31 例,移位 9 例。

3 讨论

近年来由于刮宫手术的增多,子宫腺肌症的发病率有明显上升趋势,在临床上其治疗方法与子宫肌瘤完全不同,尤其对有生育要求的患者。子宫腺肌症只能通过药物治疗,手术不能进行剥离;而子宫肌瘤在了解肌瘤的位置、数目后,可以行肌瘤剥除术。因此,二者的鉴别诊断对临床处理具有重要的意义。但是二者有 40%~50%合并存在的可能性,均表现子宫体的增大,无论临床或超声论断都有较高的误诊、漏诊率。经阴道超声检查有助于二者的鉴别。

子宫肌瘤是妇科的常见的良性肿瘤,对于子宫增大、外形不规则、肌层内有明显异常结节样回声,经腹探测诊断较容易,但是有些子宫肌瘤缺乏典型的改变时,经腹超声难以确诊,经阴道有助于这些肌瘤的检出。子宫肌瘤部位较正常肌层回声稍低,假包膜的存在使得肌瘤与正常组织有较为清晰的分界。肌瘤早期呈粘液性或水样变性,表现为充性局部

例,慢性阑尾炎 2 例,慢性阑尾炎急性发作 6 例。

2 讨论

2.1 回盲部肿瘤与阑尾炎的关系 回盲部肿瘤与阑尾炎并存在国内外文献中有诸多报道。国内报道率为 54%^[1-2]。其原因是:(1)肿瘤致阑尾淋巴血流受阻;(2)肿瘤挤压或阻塞阑尾腔;(3)肿瘤使肠腔内压力升高是阑尾血流不畅;(4)肿瘤周围炎症扩散波及阑尾。由此在回盲部肿瘤症状不典型时,往往因为阑尾炎就诊而于术后发现;而患者有典型急性阑尾炎病史、症状、体征时常因阑尾炎掩盖了肿瘤症状而造成误诊或延误治疗。

2.2 强调回盲部肿瘤的早期诊断 由于回盲部的解剖学特点,加之在回盲部肿瘤早期又缺乏特异性表现,故早期诊断比较困难。一旦出现右下腹肿块、贫血、恶质、消化道症状等回盲部肿瘤三联症时,病理多为晚期,根治切除率低。本组病例均因诊断阑尾炎在书中发现或因术后右下腹体征未缓解甚至加重进一步在检查中确诊。我们认为以下几点有助于提高早期诊断率:(1)年龄在 40 岁以上若出右下腹固定性隐腹胀痛者;(2)阑尾炎术后右下腹症状缓解而腹胀、消瘦、排便习惯改变等症仍有存在者;(3)近期内无明显原因贫血、消瘦

者;(4)大便隐血实验多次阳性者。若出现上述情况者应及时进行有关检查。对于阑尾炎患者常规术前右下腹 B 超检查常可发现回盲部肿块。文献报告纤维结肠镜检查诊断正确率达 94%以上^[3]。CT 检查不仅能清晰显示肿瘤大小、浸润范围,还能准确判断肿瘤与周围脏器、组织的关系,在回盲部肿瘤早期诊断中具重要价值。当然,检查方法应遵循简单到复杂、廉价到昂贵的原则。应强调的是任何一种检查方法均不能替代详细询问病史,仔细体查。尤其是以阑尾炎收治病人,切忌先入为主的诊断思路而出现误诊和漏诊。本组 32 例均未在阑尾手术前诊断出回盲部肿物,固然有各种客观原因存在,但部分病例诊断过程中医师的疏忽也应反思。

参考文献

- [1]董米连,林祖朝,邵虎,等.84 例误诊为急性阑尾炎疾病分析[J].中国普通外科杂志,1998,7(1):58~60
- [2]杜重实,汤治平.阑尾炎与回盲部恶性肿瘤并存 33 例临床分析[J].实用肿瘤杂志,1990,5(4):226
- [3]贾欣永,于蒙爱,王令云.纤维结肠镜检查对回盲部癌的诊断价值[J].普外临床,1994,9(1):11

(收稿日期:2005-03-02)

难治性肾病综合征合并药物性肝病 1 例报告

熊维建 陈原 杨敬
(重庆市中医院 重庆 630013)

关键词: 难治性肾病综合征; 药物性肝病; 中西医结合疗法; 六味地黄汤; 强的松; 病例报告
中图分类号: R 692 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2005)05-0074-02

1 病例介绍

患者男性, 17 岁, 反复头昏、头痛 1 年, 伴双下肢水肿 2 月, 于 2001 年 12 月 21 日入院。患者 1 年前无明显诱因出现头昏、头痛, 不伴恶心呕吐, 精神紧张及活动加重, 平静休息可缓解, 未引起重视, 未到医院诊治。2 月前, 无明显诱因出现双下肢轻度水肿, 尿量减少, 无发热、皮疹和关节痛, 到某大医院就诊, 查血压 150/110mmHg, 尿常规: Pro(++++), RBC (1~2 个 /HP)。诊断: 肾病综合征。收入住院, 予以抗感染、降压、利尿及激素(强的松 60mg/d)治疗, 水肿消失, Pro(+++), 出院。出院后继续服用强的松等药物。2001 年 12 月 21 日到我院就诊, 收入住院。入院时述头昏、乏力、双下肢水肿。查体: T 36.5℃, P 84 次 /min, R 20 次 /min, BP 140/90mmHg, 发育正常, 营养良好, 全身皮肤及巩膜无黄染, 无肝掌和蜘蛛痣, 咽充血, 扁桃腺无肿大, 心肺(-), 腹软, 肝脾未扪及, 移动性浊音阴性, 双肾区无叩痛, 双下肢轻度水肿。既往无肝病及饮酒史。实验室检查: 血常规: RBC 3.99×10^{12} /L, Hb 110g/L, WBC 7.4×10^9 /L, N 0.82, PLT 159×10^9 /L。尿常规: Pro(+++), BLD (+)。24h 尿蛋白定量 2.84g/L。生化: ALT 357U/L, AST 79U/L, AST/ALT 0.22, ALP 49U/L, LDH 230U/L, GGT 134U/L, TBA 18 μ mol/L, TP 52 g/L, ALB 33g/L, GLO 19.00g/L, A/G 1.74, TBIL 7.3 μ mol/L, DBIL 1.4 μ mol/L, GLU 4.4 μ mol/L, Urea 7.44 μ mol/L, CRE 90 μ mol/L, UA 362 μ mol/L, CHO 4.34 mmol/L, TG1.17mmol/L, HDL-C 2.1mmo/L, LDL-C 1.62mmol /L, K 5.12 mmol/L, Na 139.3 mmol/L, CI 5.5 mmol/L, CO₂CP 24 mmol/L, Ca 2.23 mmol/L, IP 1.21mmol/L。凝血象: APTT23.0 S , PT10.9S, PA 299.0%, PTR 0.8g, INR 0.80, DfBg 2.479g/L, 乙肝三对 (-), HAV(-)。心电图: 左室电压稍高。胸片: (-)。B

超: 肝脏回声密集, 胆囊稍偏小, 左肾回声稍增强。初步诊断: 难治性肾病综合征, 药物性肝病。给予强的松、硫糖铝; 维生素 B₆、维生素 E、绞股蓝总甙、火把花根片、洛丁新、得高宁、乐力胶囊、先锋必、川芎针、甘利欣及中药六味地黄汤加减等药物治疗, 2002 年 1 月 23 日查尿常规: Pro(+++), BLD (+)。24h 尿蛋白定量 4.08g/L。肝功: ALT 366U/L, AST 91U/L, AST/ALT 0.25, ALP 49U/L, LDH 263U/L, GGT 226 U/L, TBA 47 μ mmol/L, TP 58g/L, ALB 37g/L, GLO 21.00g/L, A/G 1.76, TBIL11.3 μ mol/L, DBIL 2.1 μ mol/L。因尿蛋白未能控制, 病人及家属十分焦急, 在其一再坚持下试用环磷酰氨 0.6g+ 肌苷 1.6g 静滴。2002 年 2 月 4 日复查尿常规: Pro (+)。24h 尿蛋白定量 2.1g/L。肝功: ALT 668U/L, AST 123U/L, AST/ALT 0.18, ALP 49 U/L, LDH 299U/L, GGT 256U/L, TBA 36 μ mol/L, TP 569/L, ALB 39g/L, GLO 17.00g/L, A/G 2.2, TBIL 15 μ mol/L, DBIL 5.2 μ mol/L。除洛丁“新、得高宁、硫糖铝之外的药物全部停用, 强的松更换为甲基强的松龙片, 予以阿拓莫兰、能量合剂静滴, 2002 年 3 月 4 日复查: Pro (+++)。24h 尿蛋白定量 4.09g/L。肝功: ALT 298U/L, AST 53U/L AST/ALT 0.20, ALP 55U/L, LDH 290 U/L, GGT 165 U/L, TBA 47 μ mol/L, TP 60g/L, ALB 42g/L, GLO 18.00g/L, A/G 2.33, TBIL 10.8 μ mol/L, DBIL 5.2 μ mol/L。继续保肝治疗并予以霉酚酸脂控制尿蛋白, 患者肝功进一步好转, 尿蛋白亦较前减少。

2 体会

2.1 对于肾病综合征合并药物性肝病者应予以高度重视 肾病综合征由于具有大量蛋白尿、高脂血症、高凝血症和 / 或高血压, 治疗 时间长, 治疗药物多, 治疗过程中又常继发各种并发症, 故易引起药物性肝损 害, 使治疗矛盾更加复杂。临床

回声的不均匀, 晚期呈囊性变时, 表现为无回声和极低回声, 肌瘤钙化可发生在任何部位, 最常见于肌瘤表面表现, 形成肌瘤的强回声光环。

子宫腺肌症多见于 30~50 岁的经产妇或多次刮宫术后, 发病率的报道差异较大, 最高者报道 88%, 普遍认为发病率 10%~30%; 50%合并子宫肌瘤。而当子宫内膜在子宫肌层中呈局限性生长形成的结节或块状时称为子宫腺肌瘤, 两者在超声图像上较难区别, 故易误诊。子宫腺肌症由于异位于肌层内的子宫内膜呈周期性出血, 造成局部纤维组织增生, 子宫壁的增厚, 肌层回声则是呈散在不均匀的强点状回声, 部分病灶内见低回声的积血小囊。局限型肌腺症, 使得子宫不均匀性增大, 宫内见圆形或类圆形低回声团, 或等回声, 稍强回声团, 边界模糊, 无包膜及声晕。

经腹超声由于患者憋尿不理想、肥胖等因素, 使得子宫肌壁显示不清, 而经阴道超声频率高, 且直接靠近子宫、附件等被检查脏器, 避开了肠道气体干扰及腹壁脂肪的衰减, 可行多方位扫查, 探头分辨率好, 被检测脏器及病变的结构, 边缘显示的更清晰, 使诊断正确性得以明显提高。

通过以上回顾性对照分析, 我们认为, 经阴道超声检查能较好地显示子宫大小、形态、肌壁厚度、肌层回声特点, 能将子宫腺肌症与子宫肌瘤鉴别, 为病人选择适当的治疗方法提供了可靠的依据。

参考文献

[1]常才.经阴道超声诊断[M].北京: 科学出版社, 1999.251
[2]王淑贞.实用妇产科学[M].北京: 人民卫生出版社, 1987.78
(收稿日期: 2005-03-15)