

B 超诊断异位妊娠 72 例分析

印仁亮

(泰兴市人民医院, 泰兴, 225400)

现将我院自 1994 年 1 月~1998 年 5 月经手术病理证实的 72 例宫外孕与 B 超检查结果进行对照分析, 以探讨 B 超对宫外孕诊断的价值, 分析 B 超漏诊、误诊的原因。

1 临床资料

本组 72 例宫外孕患者, 年龄 19~49 岁, 平均 31.6 岁。所用仪器为 Aloka630B 超声探头频率 3.5MHz, 妇产科申请检查者膀胱适度充盈, 采用仰卧位, 于下腹部作纵横斜多切面多方向探查, 详细记录声像图特征、摄片。

B 超诊断符合情况: 妇产科申请检查的 69 例, 与手术病理对照相符者 65 例, 不符 4 例, 其中 2 例误诊为早孕, 1 例仅诊断右侧附件囊肿, 漏诊左侧附件宫外孕, 1 例 B 超检查阴性, 7d 后发生右输卵管间质部妊娠破裂。外科急性创伤 2 例, B 超仅按申请单要求查肝脾, 发现腹腔中等量以上积液, 剖腹探查术后诊断均为右侧输卵管壶腹部妊娠破裂。内科申请检查 1 例为 19 岁未婚女子, 以腹痛尿频急要求检查肝胰肾, B 超仅发现腹腔内中等量积液, 妇产科会诊后手术证实右输卵管妊娠流产, 3 例 B 超均漏诊。72 例中 B 超与手术病理检查结果相符者 65 例, 占 90.2%。

72 例宫外孕中输卵管妊娠 68 例占 94.5%, 其中壶腹部 42 例, 峡部 11 例, 伞端 9 例, 间质部 6 例。卵巢妊娠 4 例占 5.5%。

宫外孕声像图表现: 子宫轻度增大者 51 例, 大小正常 17 例, 其中 2 例宫腔内见假孕囊(误认为真孕囊而造成误诊)。1 例右侧附件包块内见胚囊、胚芽和心尖搏动。3 例仅为后穹窿积液, 均为流产型。25 例见附件区不均质包块伴后穹窿积液, 主要见于流产型。36 例为附件区不均质包块伴后穹窿积液伴腹腔积液, 主要见于

破裂型。

本组宫外孕中 4 例结扎绝育者均为左侧输卵管妊娠; 4 例卵巢妊娠中有 3 例系上环者, 1 例无避孕措施。

2 讨论

宫外孕 B 超声像图特征^[1,2]主要为: ①子宫轻度增大, 有时宫腔内有假孕囊的出现。②附件包块的存在是诊断宫外孕的关键。如果发现附件区囊状结构内有胎心搏动即可明确诊断; 附件区混合性不均质包块高度提示宫外孕。宫外孕流产或破裂后, 包块由血凝块、胚胎、输卵管组成, 还可与周围组织粘连, 所以包块的声像图形态不规则, 边界不清楚, 内部回声强弱不等。本组中 61 例均为附件区不均质包块。③盆腔及腹腔液性暗区也是诊断宫外孕的可靠证据。本组中有 65 例出现腹盆腔积液的无回声区。④附件区包块伴有腹盆腔积液同时发现, 则诊断宫外孕的准确率明显提高。本组 61 例附件包块伴腹盆腔积液均与手术结果相符。

本组误诊为早孕 2 例, 均将宫内假孕囊误认为真孕囊。真孕囊为双环状之双重蜕膜暗区, 常偏于宫腔一侧, 假孕囊呈单环状暗区, 常位于子宫中央, 该回声来自伴有血液的蜕膜反应和蜕膜管型, 假孕囊不随时间增加而增大^[3,4]。本组误诊为右侧附件囊肿 1 例, B 超检查在发现右附件囊肿后, 忽略了左附件区的检查, 满足于一种阳性发现, 造成左侧宫外孕的漏诊。B 超检查盆腔阴性 1 例, 1 周后患者下腹出现撕裂样疼痛, 手术诊断为右输卵管间质部妊娠破裂, B 超检查时早期未能发现, 如其间能 B 超复查或可避免漏诊。本组病例中, 外科以急性创伤申请 B 超检查的 2 例均漏诊宫外孕, 1 例施工时从二楼坠地

(下转 283 页)

标重建,了解各参考点剂量以及左、右 A 点与处方量的吻合性,必要时应用计算机治疗计划系统调整放射源驻留时间与驻留位置,进行优化选择,从而达到满意的剂量水平。本文资料中,膀胱、直肠量分别为 A 点量的 40.27%、57.68%,符合高氏^[5]提出的直肠量最高不超过 A 点的 60%。但阴道中、下 1/3 受侵者,其阴道弹性差,只能使用平行于阴道的直径为 3cm 的柱形施源器,其膀胱、直肠受量明显高于直立型的阴道施源器使用者,最高时,直肠量占 A 点剂量的 78.4%。我们体会到:腔内治疗前使直肠空虚,恰当的阴道纱布填塞是降低膀胱直肠受量的关键。但也不能盲目地追求膀胱、直肠的低剂量而忽视了靶体积内合适的剂量分布。

本组资料中,Ⅱ~Ⅲ期的 3 年、5 年生存率与国内外有关报道相仿^[6]。未控、复发的患者大多数为局部肿瘤直径 >4cm,合并有空洞、感染者,这可能与肿瘤内乏氧细胞增加,减低了放射的敏感性,从而影响疗效。因此,对于高危型的宫颈癌应采用综合治疗的方法,才能达到满意的临床疗效^[7]。

本组资料中,放射性膀胱炎、直肠炎明显低于有关报道^[4],无 1 例出现严重的并发症。这与我们在腔内治疗时,根据病情及个体差异,尽可能减少直肠受量有关。因此,腔内治疗前拍片、定位,根据肿瘤病期、病理类型、局部为盆腔病变情况,制定治疗方案,使各参考点剂量满意才执行治疗,是减少放射性损伤,提高疗效的关键。

体外照射与腔内治疗的配合,各家观点不一^[8]。我们采用全盆体外照射 30Gy 后,中央挡铅 4cm×8cm,继续外照,同时腔内放疗与之交替进行,克服了过多腔内放疗引起中轴剂量过高,剂量分布不均的特点。部分体外照射可缩小宫颈局部肿瘤体积和阴道受侵范围,使腔内放疗 A 点总剂量不变的情况下“瘤床”剂量增加,避免大体积的局部肿瘤消耗一定的腔内治疗剂量,而且部分体外照射后,恢复了局部解剖关系,使腔内治疗剂量分布更理想,还能达到改善宫颈局部清洁状态,减少腔内操作引起的感染可能。

(本文承蒙中国医学科学院肿瘤医院妇科高菊珍教授指导,表示感谢)。

参考文献

- 1 于国瑞,等.第一台国产¹⁹²铱后装腔内治疗机在临床的应用.中华肿瘤杂志,1986;4:300
- 2 ICRU. Dose and Volume Specification for Reporting Intracavitary Therapy in Gynecology. ICRU Report, 1985; 38: 15
- 3 杨树勤主编.卫生统计学.第二版.北京人民卫生出版社,1992;213
- 4 楼红坤,等.490 例子宫颈癌腔内后装放射治疗疗效观察.中华妇产科杂志,1993;28(11):649
- 5 高菊珍,等.宫颈癌腔内放疗的参考点和参考体积.中华放射肿瘤学杂志,1992;1(2):134
- 6 陈昆田,等.宫颈癌放射治疗的临床应用.实用妇科与产科杂志,1992;14:225
- 7 佟锦职,等.顺铂化疗加放疗对 121 例晚期(高危型)宫颈癌的疗效评价.实用肿瘤杂志,1995;10(1):30
- 8 孙建衡主编.后装放射治疗.北京:北京科学技术出版社,1993;48

(收稿日期:1998-06-04)

(上接 281 页)

4h,另 1 例骑自行车跌倒车把撞击左肋部 8h,2 例均处于休克状态,B 超检查发现腹腔内中等量以上积液,由于外伤史的偶然巧合,未能注意到育龄妇女及月经情况,未能详细检查盆腔子宫附件,对宫外孕缺少警惕性而漏诊,后外科剖腹探查诊断为右输卵管妊娠破裂。本组 1 例 19 岁女性患者因腹痛伴尿频尿急要求检查肝胰肾,发现腹腔积液,漏诊宫外孕,因该患者未婚,隐瞒病史,B 超检查时未能检查子宫附件,对宫外孕缺

少警惕,后手术诊断为右侧输卵管妊娠流产。

参考文献

- 1 李国辉,余红.B 超诊断宫外孕的体会.中国超声医学杂志,1995;11(5):318
- 2 关淑琴.B 超诊断异位妊娠 135 例分析.中国超声医学杂志,1995;11(5):319
- 3 丁红宇,马玉香.超声误诊宫外孕分析.中国医学影像技术,1995;11(5):356
- 4 陆莹,桑樟荧.50 例异位妊娠的超声诊断分析.中国超声医学杂志,1997;13(6):36

(收稿日期:1998-05-24)