

子宫内膜增厚阴道超声表现与病理的对比研究

周怀远 陈莞春 文先妹 张智坚

【摘要】目的：探讨阴道超声在子宫内膜增厚患者中的诊断价值。方法：回顾性分析本院126例经病理诊断的子宫内膜增厚患者，分为非绝经组和绝经组，分析其疾病构成，对比阴道超声表现及病理检查结果。结果：非绝经组以子宫内膜增生、子宫息肉病变为主，绝经组以内膜癌为主；绝经组阴道超声与病理检查结果符合度高于非绝经组。结论：应客观看待阴道超声在子宫内膜增厚患者中的诊断价值，对于非绝经患者根据需要联合其他检查方式提高诊断准确率。

【关键词】子宫内膜增厚；阴道超声；病理检查

doi:10.3969/j.issn.1674-4985.2012.35.068

子宫内膜增厚是临床常见的妇女生理或病理现象，病理状态下，多见内膜增生、内膜息肉、内膜癌等。阴道超声是子宫内膜病变的重要检查手段，具备分辨率高、方便、无创等优点。为了解子宫内膜增厚患者疾病分类，探讨阴道超声对其的诊断价值，本研究选择对本院126例经超声检查提示子宫内膜增厚并经病理确诊的患者资料进行回顾性分析，现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院2011年6月-2012年6月经阴道超声检查提示子宫内膜增厚（绝经期 5 mm，非绝经期 12 mm），后经病理确诊的126例患者，年龄25~71

岁，平均 (35.6 ± 10.7) 岁。根据是否绝经分为两组，分别为绝经组24例，平均年龄 (51.3 ± 9.6) 岁，子宫内膜厚度 (8.9 ± 5.4) mm，非绝经组102例，平均年龄 (33.9 ± 11.3) 岁，子宫内膜厚度 (13.7 ± 6.8) mm。

1.2 经阴道超声检查 采用GE-V730彩色多普勒超声仪，探头频率为5~9 MHz。经阴道进行超声检查，常规检查盆腔了解子宫大小、宫颈、双附件及盆腔的情况。重点检查子宫内膜，在矢状面测量最厚部分内膜厚度，检查子宫内口至宫底的内膜轮廓，同时测量子宫肌层厚度，观察宫腔内有无积液。

1.3 统计学处理 采用SPSS 17.0进行数据录入及处理，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的临床主诉比较见表1。

整体来说是中心比较单薄而周围比较密实。很多X线所拍摄出的症状，都是由于发生环状钙化导致的。一般来说，其很容易造成关节以及关节面的积液。

在对其进行诊断的过程中，应根据其诊断的标准来进行判断。一般来说，第一，如果是神经营养性的关节病，因为神经营养受到较大的障碍，从而导致了关节骨质的破碎，因为碎骨片具有不一样的大小，并且其关节面出现不规则的增生，但是没有见过关节脱位或者崩解的症状，因此其关节破坏程度和临床中出现的症状是不一致的。第二，如果是剥脱性的软骨炎，则可能是因为其关节周围的骨质在局部上出现缺血性的坏死所导致的，这些骨软骨的碎片在坏死之后，完全脱离，并在关节腔中形成游离体，通常来说，在膝关节中是最常见的，尤其是在患者股骨的内踝中，一般来说，剥落滑片和关节面当中凹陷的蝶形骨质缺损具有一样的形态，并且这种形态一般是单发，但是在滑膜骨当中的软骨瘤中，其关节面破坏一般不明显。第三，如果是骨性关节炎的话，一般经常发生在老年人的身上，其主要是因为骨增生而在关节腔中断裂，从而形成游离体，这些游离体体积比较小，并且没有被硬化环围绕着，其关节间隙以及关节边缘中骨质增生较为明显^[5-6]。该疾病的表现通常较为典型，在进行诊断的时候一般能够很快做出准确的诊断，但是在临床上，需结合临床症状，病理特征以及X线等进行治疗，并根据其发生的部位，

做出正确的判断。在本研究中，对本院2009年3月-2011年3月的60例确诊为滑膜软骨瘤病的患者，采用CT或者X线，诊断效果较好。

综上所述，CT以及X线诊断，对于骨化或者钙化的悬垂体以及游离体等的确诊价值较高，但是在诊断的过程中，应注重将其和临床诊断，病理检查等结合起来，以更好地根据症状，来提高诊断的效率。

参考文献

- [1] 李建国,陈善红.左膝关节滑膜软骨瘤病2例病例分析[J].中国医学创新,2011,8(25):133-133.
- [2] 杨军,杨彬,彭朝华,等.关节镜下膝关节滑膜软骨瘤病的诊断和治疗[J].中国医药导报,2011,8(27):142-143.
- [3] 沈彬,袁允邦,施新.滑膜骨软骨瘤病40例影像分析[J].中国CT和MRI杂志,2011,9(1):71-73.
- [4] 姜兵.滑膜骨软骨瘤病与骨性关节炎影像学分析[J].中国现代手术学杂志,2011,15(1):61-64.
- [5] 龙腾河,汪海涵,罗焕江,等.滑膜骨软骨瘤病的X线、CT和MRI诊断价值[J].军医进修学院学报,2011,32(7):731-732.
- [6] 王其国,高风华,韩洪民,等.滑膜软骨瘤病的X线平片诊断价值[J].中外医疗,2011,30(5):10-11.

(收稿日期:2012-09-26)(本文编辑:车艳)

2.2 两组的病理结果构成见表2。

表1 两组临床主诉构成表							例(%)
组别	不规则出血	阴道流血	腹痛	腹部包块	其他	χ^2 值	P 值
非绝经组 (n=102)	58 (56.9)	21 (20.6)	13 (12.7)	3 (2.9)	7 (6.8)	9.77	0.04
绝经组 (n=24)	21 (87.5)	2 (8.3)	1 (4.2)	0	0		

表2 两组的病理结果构成表							例(%)
组别	内膜癌	内膜增生	内膜息肉	正常内膜	宫腔积液	其他	χ^2 值
非绝经组 (n=102)	5 (4.9)	42 (41.2)	13 (12.7)	30 (29.4)	5 (4.9)	7 (6.9)	54.33
绝经组 (n=24)	16 (66.7)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)	1 (4.1)	0	0.00

表3 两组阴道超声与病理检查结果符合程度表							例(%)
组别	符合	不符合	χ^2 值	P 值	假阳性	假阴性	χ^2 值
非绝经组 (n=102)	68 (66.7)	34 (33.3)	5.44	0.02	20 (19.6)	12 (11.8)	0.125
绝经组 (n=24)	22 (91.7)	2 (8.3)			1 (4.2)	1 (4.2)	0.72

3 讨论

参照国内外相关文献[1-3],本研究选择子宫内膜绝经期 5 mm,非绝经期 12 mm 为增厚标准。

3.1 子宫内膜增厚的临床表现 本研究中,子宫内膜增厚在非绝经期组的主要临床表现为不规则阴道流血(56.9%)及阴道流血(20.6%),而绝经组多数为不规则出血(87.5%),两组比较差异有统计学意义($\chi^2=9.77$, $P=0.04$),提示是否绝经是该类型患者阴道超声诊断中应重点考虑的因素。关于子宫内膜厚度与病变的关系,Tsikouras^[4]认为内膜的发病率与子宫内膜的厚度呈正相关。有学者认为,子宫内膜厚度小于5 mm 为界限可排除子宫内膜病变^[5],但也有学者认为根据内膜厚度来排除有无内膜癌变尚缺乏可靠依据^[6]。

在绝经组,多数阴道不规则出血的病例为子宫内膜癌。根据国内相关报道,内膜癌不规则出血可以达到89.6%、96.3%^[7-8]。子宫内膜癌多见于围绝经期及绝经后妇女,但非绝经期阴道不规则出血也要引起警惕,本研究非绝经组有5例(4.9%)为内膜癌,容易与宫腔积血、积液,分泌晚期的子宫内膜等混淆。

3.2 阴道超声诊断的价值 非绝经组阴道超声与病理诊断的符合率不高,仅为66.7%,与国内钟倩等^[9]相符,提示阴道超声虽能提示某种子宫内膜病变,但在具体子宫内膜病变的正确诊断率较低^[9]。但是在绝经期符合率高(91.66%),两组符合率比较差异具有统计学意义,原因可能为:一是绝经期阴道不规则出血的临床意义更大,而患者多因该症状求诊;二是绝经期组诊断结果多为内膜癌,早期多无明显的症状,发现时往往已经到了中晚期^[6],阴道超声对中晚期子宫内膜癌一般能做出正确诊断,它显示浸润生长的癌组织充满宫腔的光团,肿瘤液化及积液等更为清楚。研究表明阴道超声对于早期的内膜癌误诊率仍然较高,原因主要是因为检查者对早期内膜癌的临床表现认识不足,没有引起高度重视^[10]。

但不可否认的是,阴道超声是具备分辨率高、无创性、方便性等优点,可以观察子宫的大小、形态、子宫内膜厚度、子宫肌层、宫腔线及宫腔周围的附件情况^[11],尤其对于不宜进行诊刮的患者,具有重要的诊断价值,但应用中需要了解其不足,对怀疑早期恶变的患者应联合诊刮、宫腔镜等检查手段进行确诊。阴道超声联合宫腔镜可提高早期子宫内膜癌确诊率^[12],也能提高子宫内膜息肉的确诊率^[13]。

2.3 两组阴道超声与病理的符合度比较见表3。

综上所述,子宫内膜增厚的疾病构成在绝经组与非绝经组有所不同,阴道超声对于两组的诊断准确率有所差异,因此对于怀疑病例,应根据临床需要联合其他检查方法提高诊断准确率。

参 考 文 献

- [1] Marrit H V, Joukao P P, Juhal I M, et al. Screening for endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women with conventional and color Doppler sonography[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1999, 106 (1): 14-20.
- [2] 常才. 经阴道超声诊断学[M]. 北京: 科学出版社, 1999:77.
- [3] 王文军, 杨冬梓, 谢梅青, 等. B超及宫腔镜对未绝经子宫内膜癌的诊断价值[J]. 中国误诊学杂志, 2004, 49 (3): 324.
- [4] Tsikouras P, Liberis V, Galaz ios G, et al. TV sonographic assessment in postmenopausal women with bleeding[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2008, 34 (29): 67-71.
- [5] Davidson K G, Dubinsky T J. Ultrasonographic evaluation of the endometrium in postmenopausal vaginal bleeding[J]. Radiol Clin North Am, 2003, 41 (4): 769-780.
- [6] 沈严严, 李春艳, 刘瑛. B超对子宫内膜癌的诊断价值及误诊原因分析[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 21 (2): 251-253.
- [7] 胡吉英, 陶华娟, 张艳, 等. 宫腔镜、B超在绝经前后子宫内膜癌中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16 (20): 123-124.
- [8] 杨丽, 徐燕, 梁莹莹. B超、诊刮及宫腔镜对子宫内膜癌的诊断价值[J]. 现代诊断与治疗, 2009, 20 (5): 298-299.
- [9] 钟倩, 李冬梅. 宫腔镜在B超提示异常子宫内膜病变中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5 (6): 1104-1105.
- [10] FU G L, ZHOU X L, WU X H. Analysis and early diagnosis on causes of misdiagnosis of endometrial cancer[J]. Henan Univ Sci Tech (Med Sic), 2009, 27 (3): 210-211.
- [11] 张若成, 张洁. 子宫内膜癌的影像学表现及对比分析[J]. 中国医药导报, 2008, 5 (16): 419-420.
- [12] 郑宏武. B超联合宫腔镜在子宫内膜癌中的诊断应用[J]. 中外医疗, 2012, 20 (12): 175-177.
- [13] 遇兰. 宫腔镜和B超对子宫内膜息肉的临床诊断价值[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6 (4): 44-45.

(收稿日期:2012-10-12)(本文编辑:陈丹云)