

像(CDFI)鉴别甲状腺良恶性肿瘤没有统计学的差异。本组中,甲状腺癌肿内测及 RI 为 0.58~1.0,平均 0.88,RI \geq 0.70,占 18/21(85.7%),其中 42.9%(9/21)的 RI 为 1.0(见图 2)。梁建平^[10]作者认为 RI $>$ 0.70 是鉴别良恶性肿瘤的最好界值。研究表明,恶性肿瘤内新生血管,其管壁薄,无平滑肌,缺少正常血管应有的弹性,因此在舒张期时不能保持应有的舒张压,而且恶性肿瘤内缺乏淋巴管网,瘤体组织间的流体静压增高,这些解剖及组织学的改变,可能正是引起肿瘤内血流阻力增高的原因。

在甲状腺疾病中的多源性观点已逐步为人们所认识。当甲状腺内多发结节时,不仅考虑良性或恶性,而且要考虑良性并存。在本组中 1 例一侧为乳头状腺癌,另一侧为未分化癌,17 例(17/89,19.1%)良恶性并存,所以我们在发现甲状腺多发占位时,应仔细观察每个病灶的表现,考虑到甲状腺疾病的多源性可能,以减少误诊或漏诊。

在对甲状腺进行超声检查的同时,若甲状腺内发现占位性病变,且难以定性时,应仔细观察颈部(主要是颈内静脉周围)有无肿大的淋巴结,淋巴结的各径线之比及淋巴结门有无偏移^[4],有助于甲状腺肿瘤的良恶性鉴别。

根据对上述病例的回顾研究,甲状腺癌的超声表现通常为边界不清,内部不均质的低回声肿块,很少出现内部液化化和周围晕环,部分尤其是乳头状腺癌内常有微小钙化点,彩色多普勒血流成像(CDFI)显示大部分肿瘤内高阻的丰富血流。因此,根据灰阶声像图及彩色多普勒特征表现,有助于甲状腺癌的正确诊断。

- [1] 张武,梁建平. 甲状腺疾病超声诊断进展[J]. 中华超声影像学杂志,1998,7(1):55-57.
- [2] Hatabu H, Kasagi K, Yamamoto K, et al. Undifferentiated carcinoma of the thyroid gland: sonographic findings[J]. Clinical Radiology, 1992, 45(5):307-310.
- [3] Shimamoto K, Endo T, Sakuma S, et al. Thyroid nodules: evaluation with color Doppler ultrasonography[J]. J Ultrasound Med, 1993, 12(11):673-678.
- [4] 吴白云, 郑宗英, 邹利芝. 甲状腺癌超声诊断及误诊分析[J]. 中国超声医学杂志, 1997, 13(5):51-53.
- [5] 侯锐, 刘成国, 王宝刚, 等. 甲状腺肿瘤超声图像特征与病理对照分析[J]. 中国超声医学杂志, 1997, 11(5):45-47.
- [6] Messina G, Viceconti N, Trinti B. Echotomography and color Doppler in the diagnosis of thyroid carcinoma[J]. Ann Ital Med Int. 1996, 11(4):263-267.
- [7] Rago T, Vitti P, Chiovato L, et al. Role of conventional ultrasonography and color flow Doppler sonography in predicting malignancy in "cold" thyroid nodules[J]. Eur J Endocrinol, 1998, 138(1):41-46.
- [8] 任长才, 凌龙生, 邹强, 等. 甲状腺钙化结节与癌[J]. 中国医学影像技术, 1998, 14(6):445-446.
- [9] Shodayu T, Haruki F, Naoko N, et al. Thyroid nodules: re-evaluation with ultrasound[J]. J Clin Ultrasound, 1995, 23(2):179-184.
- [10] 梁建平, 张武. 彩色多普勒超声对甲状腺结节病变诊断价值的评价. 基础医学与临床, 1998, 18(4):37-41.

超声诊断输卵管妊娠并宫内假孕囊 1 例

林菊花

(海南省三亚市人民医院功能科,海南 三亚 572000)

[中图分类号] R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2002)07-0656-01

患者女,28岁。因停经3月余出现下腹不适数天到外院行B超检查,超声诊断:宫内孕合并宫外孕。第二天来我院妇科就诊,未做妇检,直接做B超检查,超声所见(如图):子宫前位,饱满,宫腔内见4.0cm×1.6cm的液性暗区,内透声稍差,未见胚胎组织回声。于子宫右上方探及一5.8cm×3.8cm×3.0cm的低回声暗区,其内见4.1cm×2.4cm的孕囊,囊内见2.2cm×1.0cm的胚胎及卵黄囊回声,胎心率163次/分。包块周边可见不规则的无回声暗区,深约4.0cm。

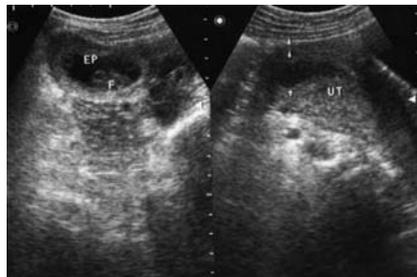


图 左:输卵管妊娠 右:宫内假孕囊

子宫后方可见3.6cm×1.8cm的液性暗区。超声诊断:右侧宫外孕存活并宫内假孕囊,盆腔积液。入院后第二天行手术治疗,术中见子宫前位,大小正常,右输卵管增粗约7.0cm×5.4cm×4.4cm,伞端少许活动性出血,未见破口,盆腔积血约80ml,

输卵管伞端与卵巢包裹、与子宫后壁及直肠粘连,术中分离切除右侧输卵管,切开离体输卵管内见长约3.0cm的胚胎。术中诊断右输卵管壶腹部妊娠。患者出院1个月后B超检查,宫内假孕囊消失,子宫恢复正常。

讨论 输卵管妊娠的孕囊发育向管腔内膨出,因孕囊在管腔内生长及侵蚀肌层穿透浆膜而破裂,所以输卵管壶腹部妊娠多在12周内破裂,而发展至3月余尚未破裂且胎儿存活并不多见。宫外孕常并宫内假孕囊,其与真妊娠囊有时较难鉴别,但仔细观察宫内孕囊呈双环蜕膜囊,而宫外孕之假妊娠囊呈单环状回声,以资鉴别。终止宫外孕后宫内假妊娠囊自行消退、子宫恢复正常。

[作者简介] 林菊花(1962—),女,海南省万宁市人,大专,主管技师。

[收稿日期] 2002-02-10