

下方生长,上下逐渐靠近则形成假关节。

3.3 正常变异及畸形的界定 有学者提出:正常变异指不构成病理情况,但不同于通常解剖结构的表现;而软骨原基或二次骨化中心在生长和成骨过程中发生异常或障碍则称为畸形。某些部位的正常变异与先天畸形之间并无截然分界。该学者将假关节归入畸形之列^[3],有文献作者认为属正常变异^[1]。笔者认为,颈椎横突前结节的过度增生应视为正常变异还是畸形取决于其是否构成了病理情况,不宜一概而论。

3.4 临床意义 在没有拿到确凿的证据之前,不宜轻易下结论:前结节毗邻无重要结构,不会出现邻近组织压迫症状;假关节与患者的临床症状无关。从其毗邻关系推测:视前结节肥大的程度及延伸的方向,既可以不引起,也可以引起不同程度的对邻近组织的推移压迫,导致颈部不适、头晕等。症状持续时间应该较长,不会是一过性的,由于各人的年龄、职业和机体调节、适应能力等因素不同,因此症状首发的时间可以不同;此外应先排除颈部肌群劳损、椎动脉供血不足、颈椎间盘膨出、突出等常见的、可引起相似症状的疾病。

3.5 颈椎横突间假关节的 X 线表现 上下两块颈椎同侧横突前结节所在位置骨质肥大,向前、外突出,形成颇具特征的假关节面及假关节间隙,此为诊断该正常变异(或畸形)的关键。前结节增大不明显者,正位和侧位常因观察不细致而漏诊,斜位则因将横突突出而易于发现假关节。

3.6 X 线鉴别诊断及影像检查方法的选择 由于具有典型的 X 线表现,因此一般颈椎正侧双斜位平片或多轴透视即可确诊,只有增生很轻,假关节不明显时,才需与小关节、椎体骨质增生鉴别。为了解前结节增大的程度,是否压迫了毗邻的结构,是否合并有颈椎间盘膨出、突出,横突孔继发性狭窄等细节,从而对临床症状作出全面合理的解释,因此有必要行 CT 扫描。对假关节形态的观察,则为平片、CT 多层面重建像、三维重建像所长。故笔者认为:X 线平片为首选,对其中前结节增生不明显,临床症状却很重的;或增生非常明显,临床症状却很轻微甚至没有的两类病例尽量行 CT 检查。如此处理,相信有助于提高对颈椎横突间假关节本身及其临床意义的认识。由于之前认识上的不足及前些年 CT 检查价格较高,三个病例均未能进行 CT 扫描,是为遗憾。

[参考文献]

[1] Quan Shijie, Yu Jianmin, Shi Xiangdong, et al. The infrequent variation of cervical vertebrae: The false joint between transverse processes (two cases report)[J]. JPR, 1997, 13(1): 317.

[2] Wu Enhui, Zhang Jingrong, Cao Laibin. Radiology (Vol 3)[M]. Beijing: PMPH, 1996. 39-40.

[3] LI Jingxue, SUN Dingyuan. X-Ray Diagnosis of Bone and Joint [M]. Beijing: PMPH, 1996. 56-65.

超声在异位妊娠诊断中的应用

王显芝, 王彩霞, 李英梅, 李华兴
(吉林铁路中心医院功能检查科, 吉林 吉林 132001)

[中图分类号] R445.1; R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2003)05-0645-02

本文对我院近 3 年手术病理证实的 39 例异位妊娠患者的声像图特点进行回顾性分析, 目的在于总结其声像图特点, 总结经验, 对今后异位妊娠的早期诊断及降低误诊率有价值。

1 资料与方法

1.1 研究对象 39 例患者皆为我院近 3 年诊断异位妊娠患者, 年龄 23~44 岁, 患者均有不同程度的腹痛(94.8%)及不规则阴道流血, 有少量出血, 亦有大出血。所有患者均接受开腹手术, 其中输卵管妊娠 36 例, 腹腔妊娠 1 例, 宫颈妊娠 1 例, 宫角妊娠 1 例。

1.2 仪器和方法 采用 LOGIQ 400 和 HP-2000 超声诊断仪, 探头频率 3.5MHz, 适当充盈膀胱在下腹部作纵横斜切扫查, 观察子宫及双附件区, 发现异常回声用彩色多普勒观察血流情况, 用脉冲多普勒观察血流频谱形态。

2 结果

2.1 病灶部位及手术所见 (见表 1)

表 1 病灶部位及手术所见						
病灶部位	左附件区	右附件区	腹腔内	宫角妊娠	宫颈	未定
超声诊断	13	20	1	1	1	3
手术所见	16	20	1	1	1	0

39 例患者 33 例输卵管妊娠出现了附件区包块(84.6%), 其声像图表现为:

- (1) 胎囊型: 此型 15 例, 子宫正常大小或略大, 宫腔内有或无“假孕囊”回声, 于两侧附件区或子宫后方探及类胎囊回声, 囊壁厚 0.2~0.4cm, 外缘毛糙, 直径 1.0~4.5cm; 中心无回声 0.4~3.6cm, 其中 10 例可分辨出胎芽, 4 例可见胎心搏动, 周边血流丰富, 为低阻血流(图 1)。
- (2) 包块型: 非特异性包块 18 例, 其中 15 例为混合性包块, 3 例为实性包块, 声像图无明显特征, 实性部分形态不规则。包块大小差别较大, 约为 2~8.5cm, 平均 4.5cm, 包块内

[作者简介] 王显芝(1966—), 女, 吉林省吉林市人, 本科, 主治医师。
[收稿日期] 2002-11-25

常可见丰富血流为低阻血流,实性包块型为陈旧异位妊娠(图 2)。

2.2 声像图表现与临床分型 (见表 2)

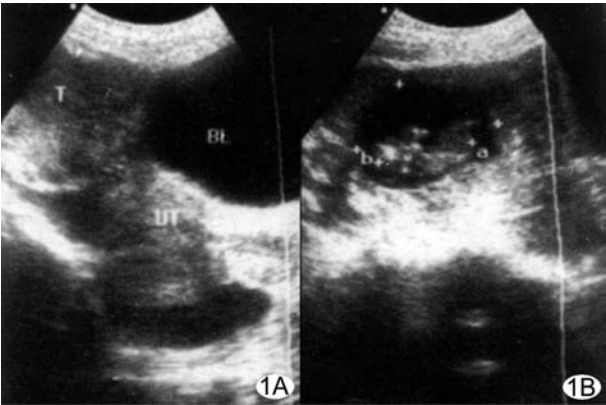


图 1 胎囊型 A. 子宫纵切,子宫周围少许积液及其左上方包块; B. 包块内见一妊娠囊结构及胚胎形态

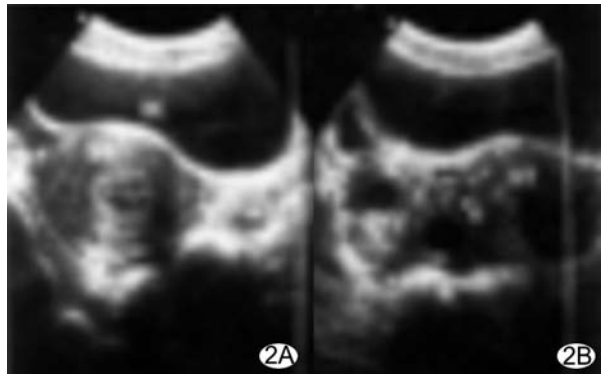


图 2 包块型 A. 子宫纵切,子宫周围少许液性暗区回声,宫腔内见“假胎囊”回声; B. 子宫横切右侧附件区见囊实相间的不均质包块

表 2 声像图与临床分型

临床分型	未破型	流产型	破裂型
声像图胎囊型	11	4	0
声像图包块型	4	9	5
手术所见	15	13	5

3 讨论

异位妊娠是妇产科常见的急腹症,据文献报道,异位妊娠发病率为 0.5%~1%,近年来有所上升,但死亡率却不断下降^[1],早期诊断,及时选择适当治疗方案是降低该病死亡率的前提,本组诊断准确率为 92.3%,超声声像图的不典型;不

规则阴道流血掩盖停经史;超声医师临床知识的欠缺;操作不规范和不熟练均为漏、误诊的原因。本组病例声像图发现胎囊回声 18 例,但探及胎芽及胎心者仅 4 例(10.26%),如发现非特异性包块,对临床分型意义不大。非特异性包块表现为囊实性低或中等回声,声像图无规律性,且同时出现在未破型、流产型或破裂型患者中,与异位妊娠变性、流产或破裂引起出血,粘连、机化等不同病理过程有关,包块大小也存在较大差别:2~8.5cm。

非特异性及胎囊型包块小于 1.0cm 时,若检查不仔细,完全有漏检的可能。本组 3 例输卵管妊娠,有明确的闭经史,临床可疑异位妊娠,但超声未发现异常,清宫术后 β-HCG 仍迅速上升而手术,术中发现输卵管仅轻微增粗。因此,病史典型,超声未发现异常,仍不能轻易排除异位妊娠。

本组 1 例妇女 2 年前行绝育术,病人突然腹痛,经我院急诊行全腹超声检查后发现,盆腔结构紊乱,以高回声为主,腹腔明显液性暗区于脐下探及一大小约 3.4cm×2.5cm×3.0cm 不均质团块回声。超声诊断:可疑异位腹腔妊娠伴大量积液,后经手术证实。由此可见,某些病史易导致误诊。应切实结合图像及其他检查分析不典型病例。当发现盆腔结构紊乱,液性暗区不明显时,应将探头有顺序地自盆腔下方向上方逐一扫描,有时可发现不均质包块,不要只局限于子宫两侧,以防流产型腹腔妊娠漏诊。

腹痛症状占本组 94.8%,即大多数异位妊娠伴有腹痛,与文献报道一致。本组 1 例 23 岁女性,无明显腹痛,但以阴道大量出血 2h 急诊就诊,超声显示宫腔内未见妊娠,其内回声偏低及少许液性暗区,宫颈增大前后径 4.0cm,其内可见不规则团块 3.8cm×2.7cm×2.5cm,超声诊断异位宫颈妊娠。手术后病理证实。这说明育龄妇女以大量阴道流血就诊,无论腹痛是否明显,超声见宫颈管增大,内有明显内容物,至少应考虑到宫颈妊娠的可能性,尤其有停经史者。

超声检查操作简便、迅速、无痛苦、诊断率高,所以应作为异位妊娠的首选诊断方法,如有闭经史伴不规则阴道出血,声像图见盆腔混合性包块,盆腔积液,应高度怀疑宫外孕的可能,但也有患者可能无闭经史,这是由于异位妊娠绒毛组织所产生的绒毛膜促性腺激素不足以维持子宫内膜而出血^[2]。

在诊断异位妊娠时应注意与黄体囊肿破裂鉴别,黄体囊肿多无闭经史,多发生在月经周期的 10~18 天,也可使月经延迟,可与异位妊娠鉴别。

[参考文献]

[1] Barvara HB, Beverly GC, Parvati R, et al. Emergency department screening for ectopic pregnancy: a prospective US study[J]. Radiology, 1994, 190(3): 797-802.

[2] 张燕凌,董桂芝,言莱菁. 宫外孕的超声显像诊断[J]. 中国超声医学杂志, 1998, 14(4): 245-246.