

经腹部超声与经阴道超声诊断子宫内膜息肉的价值分析

庞志英¹, 罗美容², 欧燕媚¹, 张淑红¹, 罗月清¹

(1. 佛冈县人民医院超声科; 2. 佛冈县人民医院妇科, 广东 清远 511600)

摘要: **目的** 研究经腹部超声和经阴道超声诊断子宫内膜息肉的声像图特点及其鉴别诊断价值。**方法** 回顾性分析 2017 年 1 月至 2020 年 1 月于佛冈县人民医院就诊的 85 例疑似子宫内膜息肉患者的临床资料, 所有疑似患者均进行经腹部超声和经阴道超声两种方式检查, 以宫腔镜检查为金标准, 比较经腹部超声和经阴道超声的声像图特点和诊断准确率; 比较两种检查方式对子宫内膜息肉患者的检出结果和诊断效能。**结果** 彩色多普勒超声血流显像 (CDFI) 分级经阴道超声 0 级、I 级患者占比均显著低于经腹部超声, II 级患者占比显著高于经腹部超声 (均 $P < 0.05$); 经阴道超声 III 级患者占比与经腹部超声比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 85 例疑似子宫内膜息肉患者经宫腔镜检查结果显示, 阳性 82 例, 阴性 3 例; 经腹部超声检查阳性 71 例, 阴性 14 例; 经阴道超声检查阳性 80 例, 阴性 5 例; 经阴道超声检查阳性率 (94.12%) 显著高于经腹部超声 (83.53%), 经一致性检验, 经腹部超声和经阴道超声 $Kappa$ 值分别为 0.515、0.724; 经阴道超声诊断灵敏度、准确度均显著高于经腹部超声 (均 $P < 0.05$); 经阴道超声检查诊断子宫内膜息肉的特异度、阳性预测值、阴性预测值均高于经腹部超声检查, 但经比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。**结论** 相较于经腹部超声检查, 子宫内膜息肉样病变患者经阴道超声检查, 可提高诊断准确率、灵敏度, 同时可获得更准确的声像图信息, 对治疗方案的制定具有重要的指导意义。

关键词: 子宫内膜息肉; 经腹部超声; 经阴道超声; 诊断效能

中图分类号: R711.74

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.21.0111.04

子宫内膜息肉病变是妇科常见病, 患者普遍存在下腹部疼痛、不规则阴道流血、阴道流血、经期延长、月经量增多等症状, 对患者身心健康造成了严重不良影响。及早对子宫内膜息肉病变患者的病情作出准确诊断, 对于治疗方案的制定、改善患者预后等均具有重要意义。临床通常将宫腔镜检查作为诊断子宫内膜息肉的金标准, 可明确了解到宫腔内是否存在息肉, 但其属于有创操作, 会增加患者的痛苦^[1]。超声是当前临床诊断妇科疾病的常用技术, 包括经腹部超声、经阴道超声。经腹部超声需患者憋尿, 可清晰地显示出病变组织情况, 但探头频率相对较低, 检出率较低; 经阴道超声不需要患者憋尿, 探头直接贴近病变部位, 探头频率较高, 可更加清晰地显示出病灶和邻近组织的情况, 对子宫病变也具有一定的诊断价值^[2-3]。基于此, 本研究旨在探讨经腹超声和经阴道超声对疑似子宫内膜息肉患者诊断的临床价值, 为临床后续治疗提供参考, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2017 年 1 月至 2020 年 1 月于佛冈县人民医院就诊的 85 例疑似子宫内膜息肉患者的临床资料, 患者年龄 32~58 岁, 平均 (45.62±6.17) 岁; 病程 2~7 个月, 平均 (4.52±0.94) 个月; 体质量 48~90 kg, 平均 (69.62±9.34) kg。纳入标准: 均行彩色多普勒超声检查者; 年龄 ≥ 18 周岁, 均为已婚女性者;

均存在不同程度异常流血、经量增多、经期延长、腹痛、白带增多等症状者; 均满足外科手术指征者等。排除标准: 合并内分泌、血液、免疫系统疾病者; 阴道畸形者; 研究前 6 个月存在阴道手术史者; 子宫糜烂 III 度以上者等。本研究经佛冈县人民医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断方法 采用彩色多普勒超声诊断仪 (上海聚慕医疗器械有限公司, 型号: A70) 对子宫内膜息肉情况进行诊断。经腹部超声检查: 检查前 1 h 告知患者饮用温开水 1 L 左右, 确保膀胱处于充盈状态, 协助患者采取仰卧位, 探头频率设置为 2~8 MHz, 将下腹部露出, 在探头上涂抹耦合剂, 置于下腹部, 对腹部进行多方位检查, 纵切面、横切面扫描, 仔细观察、记录子宫内膜形态、积液情况、边缘状态、宫腔大小、内膜厚度等。经阴道超声检查: 告知患者将膀胱排空, 协助患者采取膀胱截石位, 选择 RIC5-9-D 探头, 频率为 2~5 MHz。将患者臀部垫高, 完全暴露外阴, 佩戴无菌手套, 将一次性避孕套套在探头上, 涂抹耦合剂, 将探头缓慢置入到阴道内部, 直至穹隆部位, 以推拉、倾斜、旋转的方式检查, 根据具体情况改变探头柄扫描方向, 观察子宫内膜情况, 详细记录子宫形态、厚度等。首先在二维超声模式下观察子宫内膜回声, 测量子宫内膜病变回声厚径; 彩色多普勒超声检查病灶血流情况; 频谱多普勒超声测量血流阻力指数 (RI), RI < 0.5

为低阻力,RI ≥ 0.5 位高阻力。两种检查均由两名资深、具有相关资格证书的超声医师完成,并给出诊断,对于诊断存在异议的地方,应介入上级医师讨论,确定最终诊断结果。

1.3 观察指标 ①声像图特点。子宫内膜息肉彩色多普勒超声血流显像(CDFI)分级^[4]:未检测到血流信号为0级;病灶内部探测到细条状、点状彩色血流信号1~2处为Ⅰ级;病灶内部探测到线状、点状彩色血流信号3~4处,或较粗的血管1条,长度与病灶半径接近或超过为Ⅱ级;血流信号丰富,病灶内部存在树杈状、条状、片状血流信号为Ⅲ级。②一致性分析。比较经腹部超声、经阴道超声的检查结果与宫腔镜检查结果的一致性,Kappa值≥0.75,表示一致性较好;0.4≤Kappa值<0.75表示一致性一般;Kappa值<0.4表示一致性较差。③诊断效能。以宫腔镜检查结果为金标准,分析经腹部超声和经阴道超声对子宫内膜息肉的诊断效能并进行对比,灵敏度=真阳性例数/(真阳性+假阴性)例数×100.00%,特异度=真阴性例数/(假阳性+真阴性)例数×100.00%,准确度=(真阳性+真阴性)例数/总例数×100.00%;阳性预测值=真阳性例数/(真阳性例数+假阳性例数)×100%,阴性预测值=真阴性例数/(假阴性例数+真阴性例数)×100%。

1.4 统计学方法 应用SPSS 26.0统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用χ²检验;应用Kappa检验进行一致性分析。以P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两种超声检查方式的声像图特点比较 经阴道超声检查显示,经阴道超声CDFI分级0级、Ⅰ级患者占比均显著低于经腹部超声,Ⅱ级患者占比显著高于经腹部超声,差异均有统计学意义(均P<0.05);经阴道超声Ⅲ级患者占比与经腹部超声比较,差异无统计学意义

(P>0.05),见表1。

2.2 经腹部超声和经阴道超声与宫腔镜检查的一致性分析 85例疑似子宫内膜息肉患者经宫腔镜检查结果显示,阳性82例,阴性3例;经腹部超声检查阳性71例,阴性14例;经阴道超声检查阳性80例,阴性5例。经阴道超声检查的阳性率(94.12%)显著高于经腹部超声检查(83.53%),经阴道超声检查与宫腔镜检查诊断子宫内膜息肉的一致性较好(Kappa值=0.515),经腹部超声与宫腔镜检查的一致性一般(Kappa值=0.724),差异均有统计学意义(均P<0.05),见表2、3。

表2 经腹部超声检查的检测结果分析(例)

检查方式	检查结果	宫腔镜检查		合计
		阳性	阴性	
经腹部超声检查	阳性	69	2	71
	阴性	13	1	14
合计		82	3	85

表3 经阴道超声检查的检测结果分析(例)

检查方式	检查结果	宫腔镜检查		合计
		阳性	阴性	
经阴道超声检查	阳性	79	1	80
	阴性	3	2	5
合计		82	3	85

2.3 经腹部超声和经阴道超声对子宫内膜息肉的诊断效能比较 经阴道超声检查诊断子宫内膜息肉的灵敏度、准确度均显著高于经腹部超声检查,差异均有统计学意义(均P<0.05),经阴道超声检查诊断子宫内膜息肉的特异度、阳性预测值、阴性预测值均高于经腹部超声检查,但经比较,差异均无统计学意义(均P>0.05),见表4。

3 讨论

目前,临床普遍认为子宫内膜息肉的发生与妇科炎症刺激、内分泌雌激素异常增高、长期服用激素类药物等有

表1 两种超声检查方式的声像图特点比较[例(%)]

检查方式	例数	0级	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级
经腹部超声检查	85	14(16.47)	39(45.88)	22(25.88)	10(11.76)
经阴道超声检查	85	5(5.88)	26(30.59)	35(41.18)	19(22.35)
χ ² 值		4.800	4.210	4.460	3.368
P值		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

表4 经腹部超声与经阴道超声的诊断效能比较(%)

检查方式	灵敏度	特异度	准确度	阳性预测值	阴性预测值
经腹部超声检查	84.15(69/82)	33.33(1/3)	82.35(70/85)	97.18(69/71)	7.14(1/14)
经阴道超声检查	96.34(79/82)	66.67(2/3)	95.29(81/85)	98.75(79/80)	40.00(2/5)
χ ² 值	8.160	0.000	7.170	0.011	1.031
P值	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

关,且发病人群有低龄化、年轻化趋势^[5]。子宫内膜息肉患者的临床特征以同房出血、不孕、阴道不规则流血、月经紊乱、月经过多等为主,严重影响了患者生活、工作及心理健康^[6]。故及早对疑似子宫内膜息肉患者病情作出准确的诊断,对于改善患者预后极为重要。

超声是一种价格低廉、非侵入性、操作方便的检查方法,是妇科疾病常用的诊断技术,其中经腹部超声和经阴道超声为诊断子宫内膜息肉的首选影像学检查手段^[7]。本研究结果显示:经阴道超声 CDFI 分级 0 级、I 级患者占比均显著低于经腹部超声,II 级患者占比显著高于经腹部超声;而经阴道超声 III 级患者占比与经腹部超声比较,差异无统计学意义,表明经阴道超声对子宫内膜息肉的诊断中 CDFI 分级 II 级检出率较高,但 III 级的检出情况还具有一定的局限性。分析原因在于,CDFI 在子宫内膜外围与内部均能显示环状或半环状血流信号,较小的息肉 CDFI 仅在内膜基底层可见少许点状血流信号,甚至无明显血流信号,而明显带蒂的息肉或较大的息肉,CDFI 可在蒂的两侧显示出较丰富血流信号或条状血流信号,同时可检查到 RI 值^[8]。经腹部超声虽操作简单、灵活度高、超声穿透性强,但检查时要求患者憋尿,保持膀胱充分充盈,且子宫位置、双附件形态和结构等影响,容易导致漏诊、误诊现象发生;而经阴道超声不需要患者憋尿,探头频率较高,可以直接与病灶接触,有效提高子宫内膜息肉患者的早期诊断准确率,同时提供病灶累及的深度和范围,以便患者及早接受针对性治疗,避免患者错过最佳的治疗时机;同时,阴道超声检查还可计算 RI 值,对于子宫内膜增生与内膜癌的鉴别诊断具有较高的临床价值^[9-10]。子宫内膜增生超声检查下探测不到血流信号,但阴道超声可探测到部分患者点状血流信号,还可以探测到在病灶内部存在线状、点状彩色血流信号,因此 CDFI 分级 II 级率相对较高^[11]。

宫腔镜检查是目前临床诊断子宫内膜息肉的金标准,但存在费用昂贵、不可重复检查、操作复杂、具有创伤性等不足,临床应用受限^[12]。本研究结果还显示,经阴道超声检查与宫腔镜检查诊断子宫内膜息肉的一致性较好,经阴道超声灵敏度、准确度均显著高于经腹部超声,表明经阴道超声在子宫内膜息肉样病变诊断中的诊断价值较高。分析原因在于,经腹部超声利用探头全方位的扫描患者腹部,可帮助医生了解患者子宫内膜具体形态、厚度、大小、边缘等,但容易受到肥胖、肠腔积气、探查广度、探查深度等因素的影响,出现漏诊、误诊,现已不能满足临床需求^[13]。经阴道超声检查与经腹部超声比较,不需要患者充盈膀胱,不会受到肠腔内积气、肥胖等因素的影响,由于经阴道超声检查时探头可以更加贴近患者的宫颈部,且探

头频率较高,让盆腔脏器处于声束的近场区,脏器对声束的吸收相对较小,医生可以近距离地观察病灶,了解病灶内部结构、大小及周边血流信号,更加细微地观察子宫内膜的微小病变组织,极大地降低了漏诊率、误诊率,与宫腔镜检查诊断结果较为相近,一致性较高^[14-15]。经阴道超声检查过程中,不需要患者憋尿充盈膀胱,让检查更加方便,减轻了患者痛苦,也缩短了检查时间,与王亚萍等^[16]的研究结果相符。

综上,疑似子宫内膜息肉患者采纳经阴道超声检查,可提高诊断准确率、灵敏度、特异度,同时可获得更准确的声像图信息,对治疗方案的制定具有重要的指导意义,值得临床推广。

参考文献

- [1] 李姬梅,游金华,焦海花.醋酸环丙孕酮辅助宫腔镜子宫内膜息肉切除术对子宫内膜息肉的临床疗效[J].中国当代医药,2017,24(3):95-97.
- [2] 卢香艳.经阴道三维超声成像在子宫内膜息肉诊断中的应用价值分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(22):3960-3962.
- [3] 金丽仙,金海艳,邓华东.腔内三维超声诊断子宫内膜息肉中的临床价值分析[J].医学影像学杂志,2017,27(10):2030-2032.
- [4] 乔洋阳,董莉.彩色多普勒血流显像、超声造影联合超声弹性成像对乳腺结节的定性诊断效果[J].河南医学研究,2020,29(29):5502-5504.
- [5] 刘颖.子宫内膜息肉 MRI 诊断的研究进展[J].中国临床新医学,2017,10(5):494-496.
- [6] 梁惠,雷南香,陈旭清,等.宫腔镜在子宫内膜息肉诊治中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(5):138-139.
- [7] 任美杰,杨敬春,杜岚,等.静脉声学造影与经阴道彩色多普勒超声诊断子宫内膜息肉价值的比较[J].首都医科大学学报,2017,38(4):620-625.
- [8] 卢海霞,周良,王小玲,等.子宫内膜下彩色多普勒超声显像诊断子宫病变的临床意义[J].中国当代医药,2016,23(25):129-131.
- [9] 董燕,柳建华.阴道彩色多普勒超声对子宫内膜息肉及子宫内膜癌的诊断价值[J].广州医科大学学报,2017,45(2):29-31.
- [10] 迟磊,张庆雨,王云玲,等.静脉声学造影与经阴道彩超诊断子宫内膜息肉的临床效果比较[J].中国医疗器械信息,2019,25(8):119-120.
- [11] 巫雁丹.经阴道彩色多普勒超声鉴别诊断子宫内膜息肉与子宫内膜癌的价值[J].临床医学工程,2019,26(11):1495-1496.
- [12] 翟瑞鸿,郭嘉婧,翟瑞芳,等.宫腔声学造影及宫腔镜检查诊断子宫内膜息肉的有效性分析[J].山西医药杂志,2018,47(13):1577-1579.

心病科老年患者治疗期间心源性猝死的 临床危险因素探究

陈 敏

(济南市中西医结合医院心病科, 山东 济南 271199)

摘要: **目的** 探究影响心病科老年患者治疗期间发生心源性猝死的危险因素, 为临床针对性干预提供参考依据。**方法** 回顾性分析 2019 年 10 月至 2021 年 10 月济南市中西医结合医院发生心源性猝死的 36 例心病科老年患者的临床资料, 将其作为发生心源性猝死组, 回顾性分析同期未发生心源性猝死的 40 例心病科老年患者的临床资料, 将其作为未发生心源性猝死组。对两组患者一般资料进行单因素分析, 并将单因素分析中差异有统计学意义的指标纳入多因素 Logistic 回归分析模型中, 筛选出影响心病科老年患者治疗期间发生心源性猝死的危险因素。**结果** 发生心源性猝死组中合并冠心病、高血压心脏病、风湿性心脏病、扩张型心脏病、情绪激动起伏、用力排便过猛、长期吸烟、酒精依赖、剧烈运动的患者占比均显著高于未发生心源性猝死组, 且经多因素 Logistic 分析得出, 上述因素均是心病科老年患者治疗期间发生心源性猝死的独立危险因素 ($OR=3.698、5.865、4.870、4.023、3.284、5.217、6.228、6.862、5.249$, 均 $P<0.05$)。**结论** 心病科老年患者的过度吸烟饮酒、剧烈运动、情绪激动、排便用力过猛等因素均会增加心源性猝死的风险, 需正确指导监测并制定有效的干预措施来提高患者治疗的安全性和治疗质量, 降低老年患者心源性猝死发病率。

关键词: 心源性猝死; 心病科; 危险因素; 冠心病; 高血压; 吸烟

中图分类号: R541

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.21.0114.04

心源性猝死是指因患者心脏突然停止跳动, 从而造成全身的组织器官失去了血液供应, 导致细胞出现坏死并丧失功能, 最终使患者全身多器官功能衰竭而发生死亡的情况。引起心脏突然停止跳动的原因比较复杂, 最常见的是由室性快速性心律失常导致, 多发生于有器质性心脏病患者中, 冠心病、急性心肌梗死、特发性心肌病或严重心力衰竭的终末期患者也常常会发生心源性猝死, 且由于老年患者的身体素质较弱且该病发病急促、发病期间病情发展比较迅速, 而大部分患者家属又不了解此类疾病对患者的危害程度, 以致引发不必要的医疗纠纷^[1-2]。故积极预防心源性猝死是临床研究工作重点, 随着医疗技术的不断进步, 众多临床试验结果均提示及时的药物治疗和植入型心律转复除颤器均能够有效预防心源性猝死的发生, 因此早期快速、准确地筛选出心源性猝死的高危患者并进行及早干预是预防心源性猝死发生的关键。鉴于此, 开展本研究, 为临床针对性干预提供参考依据, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2019 年 10 月至 2021 年 10 月济南市中西医结合医院发生心源性猝死的 36 例心病科老年患者的临床资料 (发生心源性猝死组) 和同期未发生心源性猝死的 40 例心病科老年患者的临床资料 (未发生心源性猝死组)。纳入标准: 发生心源性猝死患者符合《ACC/AHA/ESC 室性心律失常的处理与心脏性猝死的预防指南》^[3] 中的相关诊断标准; 年龄 ≥ 60 岁者; 临床资料完整者; 临床症状为胸痛、胸闷等, 心电图检查结果均显示为异常者等。排除标准: 因其他因素导致治疗期间发生猝死者; 具有严重的恶性肿瘤、血液系统疾病者; 合并感染性疾病者等。本研究经济南市中西医结合医院医学伦理委员会审批通过。

1.2 研究方法 ①统计两组患者一般资料并进行单因素分析。对两组患者年龄、性别、疾病类型 (冠心病、高血压心脏病、风湿性心脏病、肥厚型心脏病、扩张型心脏病、肺源性心脏病、主动脉夹层、急性心肌炎等)、情

作者简介: 陈敏, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 心病科。

[13] 裴逸伶. 经腹及经阴道超声诊断子宫内膜息肉及黏膜下肌瘤的价值分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(19): 3629-3630.

[14] 张美兰, 陈秋兰, 刘慧敏. 经阴道彩色多普勒超声三维重建技术对子宫内膜息肉的诊断分析 [J]. 实用医技杂志, 2020, 27(10): 1319-1321.

[15] 文玉玲, 张利平. 宫腔镜联合阴道超声检查在绝经后妇女子宫内膜息肉诊断中的价值 [J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(1): 106-108.

[16] 王亚萍, 张锋, 沈靖. 经阴道彩超与经腹部彩超对子宫内膜息肉的临床诊断价值 [J]. 淮海医药, 2019, 37(3): 277-279.