

• 基层医生园地 •

经阴道彩超诊断子宫肌瘤的临床价值

福建省福州市鼓东街道社区卫生服务中心妇产科
(福州 350003) 张晓翠 李祖玲¹ 王珏²

子宫肌瘤是一种临床常见的、反复发作的妇科良性肿瘤,主要由平滑肌及结缔组织形成,好发于 30~50 岁女性,临床表现为月经异常、白带增多、腰酸腹痛等,严重影响女性的生活质量^[1]。因此,早期临床诊断,合理临床治疗,是患者获得良好预后效果的有力保障。临床妇科医师对子宫肌瘤的诊断主要有经腹部超声和经阴道超声检查两种无创性诊断方式^[2]。本研究旨在探讨上述两种诊断方式在诊断子宫肌瘤中的临床差异。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 回顾性分析 2018 年 1 月至 2019 年 6 月在解放军联勤保障部队第九〇〇医院妇产科确诊的 98 例子宫肌瘤患者的临床病理资料。患者年龄 22~55 岁,平均(38.17±2.05)岁。病程 1~12 年,平均(4.42±0.55)年。所有患者均签署知情同意书,本研究经第九〇〇医院伦理委员会批准。纳入标准:1) 经手术切除且术后病理证实为子宫肌瘤,符合国际相关临床诊断标准;2) 阴道持续性出血或不规则流血、月经周期缩短或延长、月经量异常增多、阴道分泌物增多、腰骶酸痛、下腹部坠胀感、继发性贫血等临床表现;3) 妇检子宫增大,表面触及单个或数个结节状突起,质地硬,有压痛感;4) 临床病理资料完整。排除标准:1) 合并心、肝、肺、肾等严重器质性病变;2) 合并恶性肿瘤;3) 认知功能障碍或精神类疾病;4) 妊娠期及哺乳期妇女;5) 合并全身免疫性功能障碍;6) 临床病理资料缺失。

1.2 方法: 本研究中 98 例患者均接受经腹部超声或经阴道超声检查,统一采用德国西门子 ACUSON X300 彩色多普勒超声诊断仪,告知被检者配合方式和注意事项。

对照组采用经腹部超声检查。检查前叮嘱患者充分饮水适度充盈膀胱。被检者取仰卧位,充分暴露下腹部,超声医师选用凸阵探头,频率调至 3.5 MHz,将医用耦合剂均匀涂于探头并置于患者耻骨联合上,进行横、纵、斜等多切面、多方位扫查;明确子宫大小、形态及肌层结构,观察肌瘤位置、大小、内部回声情况、血流显像特点等,对采集信息进行记录。

观察组采用经阴道超声检查。嘱患者排空膀胱,协助患者取膀胱截石位,选择凸阵探头,频率设置为 4~8 MHz,探头涂抹耦合剂后套入一次性无菌避孕套,再于避孕套外层均匀涂抹耦合剂。告知患者保持固定体位,放松肌肉,超声医师缓慢将探头置入阴道并紧贴穹隆宫颈部,实施全方位、

多角度扫查,逐一观察子宫内膜、宫颈、宫腔等部位,将扫描图像进行截屏,保存采集图片,对采集信息进行记录。

1.3 观察指标: 诊断的金标准为术后病理检测结果,比较经腹部超声与经阴道超声检查子宫肌瘤的诊断准确率、漏诊率及肌瘤个数检出率。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 诊断准确率和漏诊率比较: 98 例子宫肌瘤患者术后病理检测结果证实,黏膜下肌瘤 33 例,浆膜下肌瘤 18 例,肌壁间肌瘤 47 例。经阴道超声诊断的例数和诊断率分别为 96 例和 97.96%,高于经腹部超声诊断的 89 例和 90.82%,差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.719$, $P = 0.030$)。经阴道超声诊断的漏诊例数和漏诊率分别为 2 例和 2.04%,低于经腹部超声诊断的 9 例和 9.18%,差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.719$, $P = 0.030$)。

2.2 肌瘤个数检出率比较: 98 例子宫肌瘤患者术后病理检测结果证实,共有肌瘤 155 个,其中黏膜下肌瘤 52 个,浆膜下肌瘤 24 个,肌壁间肌瘤 79 个。经阴道超声检查的肌瘤数目和个数检出率分别为 152 个和 98.06%,显著高于经腹部超声检查的 134 个和 86.45%,差异具有统计学意义($\chi^2 = 14.633$, $P = 0.000$)。

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的一种良性肿瘤,发病率逐年上升,给女性的生理及心理健康造成了较大影响^[3]。丁凤玲和张文胜^[4]研究指出,肌瘤瘤体内存在肌纤维束和纤维结缔组织,中心易发生变性,导致不孕,甚至恶变,威胁患者生命。因此,早期准确的诊断对患者的治疗和预后具有重要意义。

随着超声检查技术的发展,彩超多普勒超声检查拥有价格低廉、可重复性、无创伤性、无痛苦性、准确率高等优点,深受医患赞誉,已广泛应用于子宫肌瘤的诊断。传统的经腹超声检查为最基本而又全面的超声检查方法,但该方法探头频率低,且容易受腹壁脂肪、腹壁手术疤痕及肠腔气体的干扰,使图像模糊,分辨率低,导致漏诊和误诊,直接影响患者的早期诊断与治疗^[5]。与经腹超声检查相比,经阴道超声检查,高频探头紧贴穹隆宫颈部,局部解剖直观,图像能清晰显示瘤体体积、边界及内膜与肌壁间的关系。本文中,经阴道超声检查子宫肌瘤诊断准确率及肌瘤个数检出率分别为 97.96%、98.06%,高于经腹部超声检查的 90.82%、86.45%,差异具有统计学意义,这与既往研究一致^[6-7]。因此,笔者认为,经阴道超声检查诊断子宫肌瘤更具准确性,为临床诊断提供了有利的证据。

近期,王海涛^[8]和邢艳芳^[9]研究表明,临床上对直径小于 3 cm 的子宫肌瘤采用经阴道超声早期诊断,与经腹部彩

基金项目:第九〇〇医院院内课题军民融合专项(2018J10)

1 中国人民解放军联勤保障部队第九〇〇医院超声科;2 通信作者,Email: dark311945@sina.com

超检查相比,不仅视野广阔,而且分辨率高,获取图像清晰,大大减少临床诊断中的误诊和漏诊。本文中,经阴道超声检查子宫肌瘤的漏诊率为 2.04%,低于经腹部超声检查的 9.18%,差异具有统计学意义。这与 Liu 等^[10]和 Wei 等^[11]的研究结果一致。因此,笔者认为,经阴道超声检查诊断子宫肌瘤具有优越性,临床应用价值较大。

综上所述,经阴道超声检查有助于提升子宫肌瘤诊断的准确性,降低漏诊率,提高检出率,具有较高的临床诊断价值,值得推广。

参考文献

- [1] 洛桑丹伦. 分析比较经腹部彩超及经阴道彩超诊断子宫肌瘤的临床价值 [J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1 (9): 102-103.
- [2] Zeng Z H, Wen G P. Comparative study of clinical effect of ultrasound ablation in the treatment of intramural, submucosal and submucous myoma of fibroid [J]. Practical Journal of Cardiac Cerebral Pneumal & Vascular Disease, 2017, 21 (16): 156-157.
- [3] 吴延平. 经阴道彩超联合经腹彩超在子宫肌瘤与子宫腺肌瘤鉴别诊断中的应用效果分析 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (27): 115.
- [4] 丁凤玲, 张文胜. 经腹彩超、经阴道彩超在诊断子宫肌瘤患者中的应用效果分析 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (9): 30-33.
- [5] 吴淑华, 李威, 颜亭. 经腹部及经阴道超声在子宫黏膜下肌瘤诊断中的应用分析 [J]. 医学影像杂志, 2017, 27 (3): 570-573.
- [6] 易俊秀, 段海珊, 郭燕丽. 经阴道彩色多普勒超声诊断子宫肌瘤、腺肌症及腺肌瘤的临床价值 [J]. 局解手术学杂志, 2020, 29 (1): 82-84.
- [7] 玄丽华. 经腹及经阴道超声子宫肌瘤诊断的价值 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7 (1): 194.
- [8] 王海涛. 经阴道超声检查在直径<3 cm 子宫黏膜下肌瘤诊断中的临床价值分析 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (16): 60-61.
- [9] 邢艳芳. 经阴道超声与经腹部超声对子宫腺肌病的应用价值对比 [J]. 实用医学影像杂志, 2019, 20 (1): 47-49.
- [10] Liu Y J, Qiu S J. Imaging diagnosis of adenomyosis [J]. Chinese J Pract Gynecol Obstetr, 2017, 33 (2): 137-141.
- [11] Wei H W, Yan Li. Progress in pregnancy and pregnancy outcome of adenomyosis [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (23): 2930-2933.

24 h 动态心电图与常规心电图在冠心病诊断中的作用比较

福建省光泽县医院心电图室 (光泽 354100) 张爱玉

冠心病是一类由动脉粥样硬化病变引起的心肌缺氧缺血性坏死性心脏病,患者临床主要表现为心前区突发绞痛、胸闷、气促,且随着我国人口老龄化的加剧,该病发病率也随之上升^[1]。研究显示,该病具有较高的致残率及死亡率,临

床早发现早诊断是提高治愈率的关键。冠状动脉造影 (CAG) 是临床公认的诊断金标准,但该方法有创,且价格昂贵,不利于临床推广^[2]。常规心电图具有直观、无创、可重复性高等优势,临床使用价值较高,但其受时间限制,无法长时间记录,在一定程度上不利于病情的诊断。而 24 h 动态心电图则可解决以上问题^[3]。本研究旨在对 24 h 动态心电图与常规心电图在冠心病诊断中的应用效果进行比较,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 回顾性分析 2016 年 10 月至 2019 年 10 月间收治的 50 例疑为冠心病患者的临床资料。本研究已获得医院伦理委员会批准。纳入标准: 1) 均行 24 h 动态心电图与常规心电图检查,且已获得 CAG 检查结果; 2) 因急性或慢性胸痛入院治疗; 3) 自愿签署知情同意书; 4) 临床影像学检查资料完整。排除标准: 1) 合并恶性肿瘤者; 2) 伴有精神类疾病无法沟通者; 3) 意识障碍者。本组 50 例患者中,男性 28 例,女性 22 例;年龄 37~77 岁,平均 (59.87 ± 7.73) 岁;体质指数 (BMI) 24 ~ 28 kg/m²,平均 (26.38 ± 2.18) kg/m²。

1.2 方法: 1) 常规心电图: 患者采取平卧位,全身放松,采用 ECG-1250 型光电 12 导心电图仪器 (上海光电医用电子仪器有限公司) 进行描记,速度把握在 25 mm/s,增益为 10 mm/mv,保证基线平稳。2) 24 h 动态心电图: 采用 DMS300-4A 型 24 小时动态心电图机 [(迪姆软件 (北京) 有限公司)] 进行检查,对 V1~V6 进行模拟,将心电图动态变化记录下来,并使用配套系统软件处理数据。3) CAG 检测方法: 采用 GE 全数字心血管造影系统检测,经桡动脉进行穿刺插管,注射 370 mgI/mL 的优维显 (碘普罗胺注射液) 进行造影,选择右足位、正头位、正足位、左肩位及蜘蛛位 5 个体位进行左侧冠状动脉造影扫描,选择左前斜位及右前斜位进行右冠状动脉造影扫描。

1.3 诊断标准: 参考《冠心病康复与二级预防中国专家共识》^[4]中的标准,常规心电图: 同一导联的 T 波<R 波的 1/10, ST 段水平下移 ≥ 0.05 mv 为阳性; 动态心电图: ST 段水平下移 ≥ 1 mm,原有 ST 段低者再压低 ≥ 1 mm,且持续时间 ≥ 1 min,心率 > 120 次/min,测量点为 J 点后 80 ms,两次间隔 1min 为阳性; CAG: 采用国际通用评估方法计算,选择血管直径 ≥ 2 mm 的血管段,血管狭窄程度 = (狭窄段近心端正常血管直径 - 狭窄处直径) / 狭窄段近心端正常血管直径 × 100%,其中血管狭窄程度 < 50% 为轻度,50%~75% 为中度,76%~99% 为重度, > 99% 为完全闭塞,将血管狭窄 ≥ 50% 作为阳性。心律失常的诊断标准参考发作时的心电图表现、症状综合分析。

1.4 观察指标: 以 CAG 检查结果作为金标准,比较常规心电图和 24 h 动态心电图分别诊断冠心病的临床诊断效能,计算其灵敏度、特异度、准确率、阴性预测值和阳性预测值,并分析其对冠心病合并各类心律失常的检出情况。

1.5 统计学方法: 采用 SPSS 18.0 统计学软件分析数据,计数资料用百分率 (%) 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时为差异有统计学意义。