

# 输卵管间质部妊娠的超声诊断

许剑萍, 杨仙卿

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江 杭州 310006)

**摘要:** 目的:探讨超声诊断输卵管间质部妊娠的价值。方法:回顾分析 32 例间质部妊娠的术前超声情况。结果:术前超声诊断为间质部妊娠的 21 例,超声检出率 65.63%(21/32)。其声像图特征为:子宫不对称增大,一侧宫底部膨隆,其内探及孕囊或不均质包块,与宫腔不相通,围绕的肌层不完全。可分为三种类型:胚囊型,不均质包块型和破裂型。彩色多普勒显示妊娠囊周围血液较丰富。结论:阴道超声对间质部妊娠具有较高的诊断价值。彩色多普勒血流显像在间质部妊娠的鉴别诊断中具有重要意义。

**关键词:** 输卵管妊娠/超声检查;输卵管妊娠/诊断;超声检查术,多普勒

**中图分类号:** R445.1;R714.22<sup>+</sup>1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-9292(2000)05-0230-02

输卵管间质部妊娠(以下简称间质部妊娠)是异位妊娠中较少见的一种。但由于间质部有较厚的肌肉,血管丰富,一旦破裂,出血甚猛,似子宫破裂。因此及早诊断、治疗甚为重要。为了提高超声对间质部妊娠的诊断水平,本文回顾分析我院 1997 年 1 月至 1999 年 3 月间经手术和病理证实的 32 例间质部妊娠术前超声情况,以探讨超声检查在间质部妊娠中的诊断价值。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选用我院 1997 年 1 月至 1999 年 3 月住院手术治疗和病理证实的 32 例间质部妊娠的术前超声检查记录,进行回顾性分析。年龄 20~39 岁,平均 31 岁。妊娠 1~3 次 26 例,其中初孕 2 例,3 次以上 6 例。放置宫内节育器 16 例,工具避孕 5 例,无避孕措施 11 例。32 例患者均有不同程度的停经史,阴道流血史和腹痛等临床表现。其中 2 例伴有晕厥,12 例伴有恶心、呕吐等。停经最短 34 天,最长 100 天,平均 57 天。尿或血 hCG 阳性 31 例,阴性 1 例。

**1.2 仪器与方法** Aloka SSD-650,SIEMENS SI-450,彩色超声诊断仪 ACUSON 128 XP/10,探头频率为 3.5 MHz 或 5 MHz。患者取仰卧位或膀胱截石位,作阴道超声检查或联合腹部超声检查。扫查方向为纵向、横向及斜向等,

观察子宫大小、形态、宫腔回声、双侧附件等,测量大小并停帧摄片。

## 2 结果

**2.1** 32 例全部经阴道超声,其中有 6 例配合腹部超声,14 例经阴道彩色多普勒检查。超声诊断为间质部妊娠 21 例(其中间质部妊娠活胎 6 例),超声检出率为 65.63%(21/32)。超声误诊为宫角妊娠 2 例,肌瘤囊性变 1 例,炎性包块 1 例,纵隔子宫一侧宫腔早孕 1 例,6 例被笼统地诊断为宫外孕。

**2.2 超声表现及分型** 32 例间质部妊娠声像图表现为以下三种类型:①胚囊型:子宫不对称增大或正常大,一侧宫底部膨隆,其内探及孕囊回声,胚囊与宫腔不相通,围绕的肌层极薄或不完整。有时胚囊内可及胚芽和原始心搏(图 1)。彩色多普勒显示胚囊周围有彩环状血流包绕。本文此型有 19 例,诊断为间质部妊娠 15 例。2 例误诊为宫角妊娠,1 例误诊为纵隔子宫一侧宫腔早孕,另 1 例诊断为宫外孕。②不均质包块型:子宫不对称增大,一侧宫底部膨隆,其内可及不均质团块,回声杂乱,界限尚清,其外周围绕肌层薄,部分病例外侧缘子宫肌层消失,仅有

收稿日期:2000-01-18 修回日期:2000-07-20

作者简介:许剑萍(1956—),女,主治医师,主要从事妇产科超声诊断工作。

极薄的组织,内侧缘与子宫内膜不相连,彩色多普勒显示包块内局灶性血流丰富区。本文此型占9例,诊断为间质部妊娠有6例,以上两型属容易诊断型。③破裂型:子宫不对称增大,一侧宫底部不均质包块,大小不一,境界不清,彩色多普勒显示包块内局灶性血流信号,盆腔内伴有多少不定的液性暗区。本文此型占4例,3例诊断为宫外孕,1例误诊为炎性包块。此型属困难诊断型。



图1 右宫底部膨隆,其内见胚囊,胚囊与宫腔不相通,围绕的肌层不完全

本组14例经阴道彩色多普勒检查,均可探及血流,其中9例呈彩环状,为妊娠囊周围半环状或环状的血流信号。阻力指数(RI)值为0.36~0.48,平均 $0.41 \pm 0.02$ 。5例表现为局灶性地地图样,为不均质包块或破裂型包块中受精卵着床处的血流信号,其RI值为0.39~0.49,平均 $0.43 \pm 0.02$ 。

2.3 临床分型 手术病理证实为间质部妊娠本位型17例,流产型11例,破裂型4例。

### 3 讨论

间质部妊娠是输卵管妊娠中最少见的一种<sup>[1]</sup>。近年来由于阴道超声,彩色多普勒,hCG测定等辅助检查的广泛应用,使得间质部妊娠的早期诊断成为可能。间质部妊娠的声像图,因胚胎孕龄的长短,存活程度的不同以及有无并发症等表现各异。胚囊型者一般病程较短,临床症状较轻,超声检查是唯一准确而可靠的诊断依据,因此妊娠早期进行一次常规的超声检查是必要的。

3.1 间质部妊娠与宫角妊娠的鉴别 宫角妊娠是指受精卵种植在近子宫与输卵管口交界处的子宫角部的子宫腔内<sup>[2]</sup>。以往在超声检查应

用于临床之前,这两者常常要在手术中方能辨别,即包块位于圆韧带内侧的是宫角妊娠,包块位于圆韧带外侧的是间质部妊娠。而如今大部分间质部妊娠与宫角妊娠可在术前通过超声检测获得诊断:间质部妊娠胚囊极度靠近宫底部浆膜层,上部围绕的肌层不完全或消失,下部与宫腔不相通,即在宫腔回声消失之后再出现胚囊结构,其间约有1cm的距离<sup>[3]</sup>。即为“间质线”(图2)。而宫角妊娠则在宫腔回声即将消失的同时出现胚囊结构,与宫腔相通,有完整的肌层包绕。用阴道超声配合腹部超声,观察子宫的全貌以及子宫与妊娠囊的关系,仔细辨别宫腔与妊娠囊的连接方式以及妊娠囊四周有无肌层组织包绕等等,便能作出正确的诊断。分析本文几例误诊原因,主要是因为没有同时结合作腹部超声,对局部解剖结构关系观察欠仔细所致。

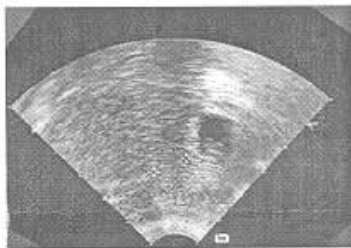


图2 胚囊极度靠近宫底部浆膜层,上部围绕的肌层消失,下部与宫腔间隔约1cm

3.2 经阴道彩色多普勒超声在诊断间质部妊娠中的作用 彩色多普勒在间质部妊娠的鉴别诊断中起重要作用。间质部妊娠在发生流产时,局部出血,部分绒毛与宫壁剥离,血液渗透至局部肌层及浆膜下,导致囊性扩张、积血。有时呈蜂窝状结构回声,易与宫角部的滋养叶肿瘤病灶混淆。但滋养叶病灶,彩色多普勒显示血流异常丰富,形态不规则,五彩镶嵌呈彩球状,且出现直径大于1cm的血窦。可测到的频谱常常为:①低阻力的动脉频谱  $RI < 0.40$ 。②丰富的静脉性频谱。③动静脉瘘性频谱。而间质部妊娠所示彩环状或局灶性地地图样血流,远没有滋养叶病灶血流丰富,其RI值在0.40以上,且容易与滋养叶病灶混淆的是局部呈蜂窝状的不均质包块型,其RI值就相对更高。蜂窝状回声内其扩张的囊性区域为局部积血所致,而无血流显示。本组无一例出现动静 (下转第240页)

(上接第 231 页)脉痿性频谱。

彩色多普勒血流显像,在解剖结构的基础上提高了鉴别组织结构的能力,对间质部妊娠的诊断具有较高的特异性。

间质部妊娠是异位妊娠中较特殊的类型,如不及时诊治,一旦破裂危及生命。常规妇科检查难以确诊。阴道超声的应用能获得间质部妊娠的直接证据,对本病具有较高的诊断价值,是间质部妊娠首选的诊断方法。彩色多普勒血流显像在间质部妊娠的鉴别诊断中具有重要作

用。

## 参 考 文 献

- [1] 吴钟瑜,著.实用妇产科超声诊断学(修订版).天津:天津科技出版公司出版,1995:109-120.
- [2] Jansen RPS, Elliot PM. Angulas intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol*,1981,58(2):197-198.
- [3] 陈常佩,陆兆龄.妇产科彩色多普勒诊断学.北京:人民卫生出版社出版,1998:80,87,107.

[责任编辑 严少洁]