

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.12.049

高频探头及腹部探头的联合应用对子宫破裂的诊断价值

尤东华, 贾保霞, 周富强, 刘滨月[△]

(广东省深圳市龙岗中心医院超声科 518116)

摘要:目的 探讨高频探头及腹部探头的联合应用对子宫破裂的诊断价值。方法 回顾性分析该院 2014 年 1 月至 2017 年 12 月 14 例子宫破裂患者应用高频探头及腹部探头联合检查的图像特征。结果 14 例子宫破裂患者中, 超声诊断或疑似诊断子宫破裂 12 例, 超声诊断符合率 85.7%。完全性子宫破裂 10 例, 超声诊断符合率 100.0%; 不全子宫破裂 4 例, 超声诊断 2 例, 符合率 50.0%。完全子宫破裂超声表现为子宫肌层、子宫浆膜层连续中断, 腹腔内积液; 不全子宫破裂超声表现为子宫肌层全层或子宫肌层不全连续破裂, 子宫浆膜层连续完整。结论 高频探头及腹部探头联合应用, 可有效及时地进行子宫破裂超声诊断, 并明显提高超声诊断符合率, 对临床诊断和治疗有重要意义。

关键词:子宫破裂; 超声诊断; 高频探头; 腹部探头

中图分类号:R445.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)12-1776-03

子宫破裂是指发生于妊娠期、分娩期因各种因素导致子宫壁发生部分或全部破裂, 该病发病急, 病情危重, 一旦抢救不及时可危及孕妇生命, 甚至导致胎儿死亡, 是产科中极为凶险的并发症之一。子宫破裂多发生于难产、高龄多产和曾经进行子宫手术或有过子宫损伤的产妇。其发病因素包括瘢痕子宫、梗阻性难产、阴道助产、手术损伤、宫缩剂不合理应用、子宫畸形、子宫肌层发育不良及子宫本身病变等。我国近年来的剖宫产率一直较高, 甚至高达 50% 以上^[1]。随着“二胎政策”的放开, 瘢痕子宫的孕妇明显增加。有临床研究表明, 瘢痕子宫不是剖宫产术的手术指征, 许多瘢痕子宫愈合良好的孕妇, 在密切的监护下可以进行阴道试产^[2]。超声检查除可以较好地了解胎儿及胎儿附属物, 还可以检查孕子宫肌层、浆膜层、腹腔及盆腔情况。本文对本院 2014 年 1 月至 2017 年 12 月收治的子宫破裂患者应用高频探头及腹部探头联合检查的图像进行回顾性分析, 探讨该种超声检查法在子宫破裂中诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1 月至 2017 年 12 月本院妇产科收治的经手术证实子宫破裂患者 14 例, 年龄 19~41 岁, 孕龄 22~41 周。14 例子宫破裂中, 完全子宫破裂 10 例, 不全破裂为 4 例; 13 例胎儿存活, 1 例胎儿死亡。瘢痕妊娠 11 例, 其中完全子宫破裂 8 例, 不全子宫破裂 3 例。初产妇 3 例, 其中 1 例为孕 22 周宫角处完全子宫破裂, 胎儿死亡; 1 例外伤后宫角处完全子宫破裂, 足月妊娠, 胎儿存活; 1 例为子宫后壁不全破裂。本组患者均为子宫体部或子宫下段破裂, 不包括宫颈裂伤患者。本组患者妊娠期发生破裂共计 4 例, 2 例为完全子宫破裂(宫角处), 1 例子宫后壁不全破裂但超声检查漏诊, 1 例为瘢痕子宫下段不全子宫破裂。分娩期子宫破裂为 4 例, 占 28.5%;

完全破裂 2 例、不完全 2 例。产褥期子宫破裂 6 例患者, 占 42.8%, 均发生于产后 12 h 内, 均为完全子宫破裂。2017 年子宫破裂有 7 例, 6 例为瘢痕子宫妊娠, 1 例初产妇外伤后宫角处破裂。所有患者中均有腹痛病史、部分有阴道流血。本组患者子宫后壁不全破裂 1 例, 占 7.1%; 宫角处完全破裂 2 例, 占 14.3%; 瘢痕子宫下段不全破裂 3 例, 占 21.4%; 瘢痕子宫下段完全子宫破裂 8 例, 占 57.1%。

1.2 方法 本组患者均为急诊床边超声检查, 采用仪器 PHILIPS-CX 50 彩色多普勒超声诊断仪进行诊断。腹部探头频率 2.5~5.0 MHz, 高频探头频率 7~10 MHz。腹部探头按照产科超声操作规范进行检查, 常规检查胎儿、胎儿附属器官、子宫体积大小、位置关系、子宫肌层厚度, 结合高频探头, 膀胱内生理盐水灌注 200~300 mL, 重点观察子宫肌层与浆膜层的连续性, 尤其是妊娠瘢痕子宫前壁下段肌层及浆膜层的连续性, 子宫旁有无异常回声, 腹腔及盆腔内有无游离性积液。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件对数据进行整理。计数资料采用百分数表示。

2 结果

2.1 超声诊断符合率 14 例子宫破裂患者均有腹痛。超声诊断或疑似诊断子宫破裂 12 例, 诊断符合率 85.7%。完全性子宫破裂 10 例, 诊断符合率 100.0%; 不全子宫破裂 4 例, 超声诊断 2 例, 符合率约 50.0%, 漏诊 1 例为子宫后壁不全破裂, 误诊 1 例, 误诊为胎盘早剥。

2.2 子宫破裂超声特征

2.2.1 完全子宫破裂超声表现 妊娠期和分娩期子宫破裂口较大的, 子宫收缩成球形, 子宫肌层及浆膜层连续中断, 偏向一侧, 如孕 3 个月大小, 胎儿、胎儿肢体或部分肢体、胎盘、羊水可娩入腹腔。妊娠期和

分娩期子宫破裂口较小的,胎儿一般情况无特殊变化,胎儿及胎儿附属器官位于宫腔内,子宫肌层及浆膜层连续性中断,中断处见无回声积液,腹腔内可见游离液暗区。本研究所纳入的患者完全子宫破裂口纵切面测量连续中断为 6~14 mm、横切面测量连续中断为 12~29 mm。

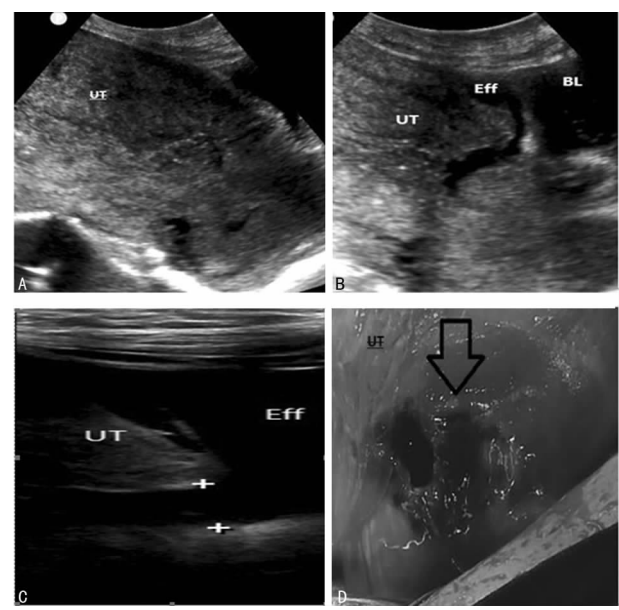
2.2.2 不全子宫破裂超声表现 子宫肌层部分或全部裂开,子宫浆膜层连续完整,宫腔与腹腔不相通,腹腔内无明显积液,宫内胎儿多存活,超声表现子宫下段前壁局部肌层连续中断,浆膜层紧贴膀胱后壁,连续完整,腹腔内未见明显游离液性暗区。膀胱生理盐水灌注及高频探头联合应用可清晰显示膀胱后壁及子宫浆膜层的连续性。

3 讨 论

子宫破裂是产科最为危急的并发症之一,最常见发生于瘢痕子宫妊娠。近年来报道子宫破裂占孕产妇死亡率的 12%,围产儿死亡率的 90%^[3]。子宫破裂高危因素主要是瘢痕子宫。瘢痕子宫是指剖宫产术后、子宫肌瘤剔除术后、子宫穿孔术后、子宫破裂术后、子宫成形术后等的子宫,其中剖宫产是瘢痕子宫产生的主要原因。相关资料报道,剖宫产率的升高是造成瘢痕子宫妊娠破裂的重要危险因素^[4-5]。另有报道指出,瘢痕子宫破裂与剖宫产术后间隔时间相关,STAMILIO 等^[6]认为,<6 个月的剖宫产间隔时间,与妊娠期子宫破裂和孕产妇死亡率有一定关系。瘢痕子宫愈合不良、瘢痕处憩室形成、孕囊着床位置及发育后滋养细胞侵入子宫肌层等有关^[7]。本组患者中,经产妇 11 例,均有 1~3 次剖宫产史,初产妇患者有 1~4 次人流史。由于术后再次妊娠,瘢痕处多为纤维结缔组织,肌层薄弱,收缩力差,瘢痕肌肉组织明显失去弹性,妊娠月份增大,发生子宫破裂风险亦随之增加^[8-9]。

本组患者中完全子宫破裂典型超声征象不难诊断,但有时收缩成团的子宫、胎盘及腹腔内凝血块等杂乱回声不易鉴别。超声检查要仔细观察子宫体与宫颈的关系,子宫肌层与浆膜层的连续性有无中断^[10]。破裂口较小并位于子宫下段前壁及子宫旁多有凝血块杂乱回声,子宫下段显示不清,膀胱内应用生理盐水灌注可清晰显示膀胱后壁与子宫浆膜层的关系,再结合使用高频探头。破裂口较小又位于宫角处或子宫后壁时,破裂口较难诊断,可通过腹腔内游离液性暗区量的有无增加、腹腔内穿刺及临床表现等间接征象,考虑子宫破裂的可能性。见图 1。

不全子宫破裂超声表现为破裂仅位于子宫肌层或部分肌层,位于子宫前壁的破裂可通过膀胱生理盐水灌注,高频探头及腹部探头联合应用检查可见肌层全程撕裂或部分撕裂,浆膜层连续完整,腹腔内无凝血块等杂乱回声,多无明显游离液性暗区。而位于子宫后壁及宫角处子宫不全破裂超声检查存在局限性,不易诊断。



注:A为膀胱生理盐水未灌注前腹部超声检查子宫下段肌层及浆膜层疑似破裂;B为膀胱生理灌注后超声显示子宫下段肌层及浆膜层连续中断,中断处见无回声积液;C为采用高频探头更加清晰显示子宫肌层连续中断处破裂口;D为术中所见子宫下段破裂处

图 1 子宫破裂典型超声表现

子宫破裂是产科危急并发症之一,多为瘢痕子宫妊娠破裂,患者一般住院观察或产房分娩。超声检查具有无辐射、经济、方便可移动、及时诊断等优点,是产科诊断子宫破裂的首选方法,膀胱生理盐水灌注、腹部探头及高频探头联合应用超声检查可为临床提供及时、准确的诊断信息,为患者抢救赢得时间,对诊断和治疗子宫破裂有着重要临床意义。

参考文献

- [1] DICKINSON J E. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery [J]. *Obstet Gynecol*, 2005, 105(2): 352-356.
- [2] 陈旭军,毛森. 妊娠晚期子宫破裂 62 例临床分析[J]. *实用医院临床杂志*, 2011, 8(3): 139-140.
- [3] GUILIANO M, CLOSSET E, THERBY D, et al. Signs, symptoms and complications of complete and partial uterine ruptures during pregnancy and delivery[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 179: 130-134.
- [4] IGNEE A, STRAUB B, SCHUESSLER G, et al. Contrast enhanced ultrasound of renal masses[J]. *World J Radiol*, 2010, 2(1): 15-31.
- [5] GOYAL V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review[J]. *Obstet Gynecol*, 2009, 113(5): 1117-1123.
- [6] STAMILIO D M, DEFRANCO E, PARE E, et al. Short inter pregnancy interval risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery[J]. *Obstet Gynecol*, 2007, 110(5): 1075-1082.
- [7] SLIUTZ G, SANANI R, SPAENGLER WERRANI B A. First trimester uterine rupture and scar pregnancy [J]. *Med Hypotheses*, 2009, 73(3): 326-327.
- [8] 洪燕,符小艳,覃伶俐. 彩色多普勒超声在疤痕子宫妊娠诊治中的价值[J]. *临床超声医学杂志*, 2008, 10(6): 407-

408.

[9] 李莉, 颜建英. 疤痕子宫再妊娠致子宫破裂危险因素的临床研究[J]. 现代妇产科进展, 2014, 23(2): 158-160.

[10] BUJOLD E, JASTROW N, SIMONEAU J, et al. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment[J]. Am J Obstet Gynecol, 2009, 201(3): 320. e1-320. e6.

(收稿日期: 2018-12-03 修回日期: 2019-02-16)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 12. 050

依西美坦与托瑞米芬治疗绝经后乳腺癌肝转移的临床疗效分析

于晓红, 王 瑶[△]
(九〇三医院乳甲外科, 四川绵阳 621700)

摘 要:目的 探讨依西美坦(EXE)与托瑞米芬(TOR)在治疗绝经后乳腺癌肝转移中的临床疗效。方法 回顾性分析该院 2009 年 1 月至 2015 年 1 月乳腺癌术后出现肝转移的 47 例已绝经患者病例资料, 其中行 EXE 治疗的 19 例, 行 TOR 治疗的 28 例, 比较 EXE 组和 TOR 组患者的临床疗效、出现病情进展(PD)时间、不良反应的发生情况及患者 3 年生存率。结果 TOR 组在治疗 3 个月后, 肝酶异常的患者数所占比例显著高于 EXE 组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组肝脏转移瘤最大直径比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 出现 PD 的时间比较, 差异也无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗后 1、2、3 年生存率比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 EXE 在治疗绝经后乳腺癌肝转移时与 TOR 相比肝脏毒性相对较小, 其余临床疗效、不良反应及生存率相似, 均是较好的治疗绝经后乳腺癌肝转移患者的药物。

关键词:依西美坦; 托瑞米芬; 乳腺癌; 肝转移; 绝经

中图法分类号:R605 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2019)12-1778-03

乳腺癌术后未发生远处转移前, 临床上多采用化疗+他莫昔芬治疗, 在发生远处转移后, 多选择托瑞米芬(TOR)治疗; 对于绝经后的患者, 也可以选择依西美坦(EXE)治疗^[1-3]。TOR 对乳腺癌有良好的抗肿瘤特性, 广泛应用于雌激素受体阳性(ER+)/孕激素受体阳性(PR+)的中晚期乳腺癌的治疗^[4]; EXE 近年来在乳腺癌的治疗中应用广泛, 尤其是经他莫昔芬治疗后, 病情仍有进展的绝经后晚期乳腺癌^[3-4]。临床上对于绝经后 ER+/PR+ 乳腺癌肝转移患者的治疗主要采用随机选择 EXE 或者 TOR 治疗, 但这两种药物在疗效上是否有差异仍不清楚。本研究回顾性分析本院 2009 年 1 月至 2015 年 1 月乳腺癌术后出现肝转移的 47 例已绝经患者病例资料, 分别对患者

行 EXE 治疗和 TOR 治疗, 对两组患者的临床疗效进行了比较。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 1 月至 2015 年 1 月乳腺癌术后出现肝转移的 47 例已绝经患者纳入本研究, 其中行 EXE 治疗的患者 19 例(EXE 组), 行 TOR 治疗的患者 28 例(TOR 组)。纳入标准: (1) 彩超和(或)CT 已证实的乳腺癌术后肝转移; (2) 患者为已绝经女性; (3) ER+ 和(或)PR+; (4) 乳腺癌肝转移后坚持(中间未停药)行 EXE 或 TOR 治疗, 治疗期间未行其他辅助治疗(化疗或中药等)。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	<i>n</i>	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	ER+ 和 PR+ [<i>n</i> (%)]	ER+ 和 PR- [<i>n</i> (%)]	ER- 和 PR+ [<i>n</i> (%)]	乙型肝炎 [<i>n</i> (%)]	高血压 [<i>n</i> (%)]	糖尿病 [<i>n</i> (%)]
EXE 组	19	51.0 $\pm$ 6.4	4(21.1)	9(47.4)	6(31.5)	2(10.5)	3(15.8)	1(5.3)
TOR 组	28	49.0 $\pm$ 4.7	7(25.0)	11(39.3)	10(35.7)	4(14.3)	5(17.9)	1(3.6)
<i>P</i>		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法 确诊患者乳腺癌术后出现肝转移后, 即刻随机开始 EXE 或 TOR 治疗; 行 EXE 治疗的患者, 每日口服国产 EXE 共 1 片(齐鲁制药有限公司), 每片 25 mg; 行 TOR 治疗的患者, 同样每日口服国产 TOR 共 1 片(福安药业集团宁波天衡制药有限公司), 每片 60 mg, 两组均连续服用 4 周为 1 个周期, 每个周期结束后全面复查患者肝脏转移瘤的最大直径变化、肝功能以及评估患者不良反应(恶心、胃部不适)等情况。治疗期间未行其他辅助治疗, 包括放化疗、中药治疗等。对完全缓解(CR)、部分缓解(PR)以

司), 每片 60 mg, 两组均连续服用 4 周为 1 个周期, 每个周期结束后全面复查患者肝脏转移瘤的最大直径变化、肝功能以及评估患者不良反应(恶心、胃部不适)等情况。治疗期间未行其他辅助治疗, 包括放化疗、中药治疗等。对完全缓解(CR)、部分缓解(PR)以

[△] 通信作者, E-mail: 779876491@qq.com.