

阴道超声诊断子宫内膜息肉的临床应用价值及准确率分析

晁利敏 刘 静

青州市人民医院 山东 潍坊 262500

摘要:目的: 分析阴道超声诊断子宫内膜息肉的应用效果。方法: 选取2022年7月-2023年7月本院90例疑似子宫内膜息肉患者开展研究, 均行阴道超声检查, 以病理诊断为金标准, 分析阴道超声诊断效果。结果: 90例患者的病理诊断结果为有13例为恶性, 有77例为良性, 阴道超声检查为恶性14例, 良性76例; 阴道超声诊断的准确率为94.44%, 特异度为86.10%, 灵敏度为84.62%; 两种检查方法的子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜增生、子宫内膜息肉和子宫内膜癌检出率均基本一致 ($P > 0.05$); 恶性患者的内膜厚度和血流显示率均明显高于良性患者, RIen明显低于良性患者 ($P < 0.05$)。结论: 在子宫内膜息肉筛查中借助阴道超声技术, 能有效检出疾病, 诊断效果明确, 可区分疾病性质, 具有推广价值。

关键词: 阴道超声; 诊断; 子宫内膜息肉; 良恶性

子宫内膜息肉是临床常见妇科疾病之一, 包含良恶性两种性质, 近些年, 该病发生率增加、越发年轻化, 为了更好地控制疾病, 提高生存质量, 应探索适宜方法, 提升诊断效能^[1]。当下, 该病多采取分段刮宫、宫腔镜等技术, 具有良好诊断效能, 但损伤较大, 会影响到患者配合度及接受度。近些年, 医学事业进展, 新型影像学技术衍生且成熟, 超声技术在多种疾病、多个科室中皆应用广泛, 采取超声技术, 检验女性生殖器官性疾病, 成为一个重要流行发展趋势。通过经阴道超声, 能清晰观察子宫情况, 包括血流特征、内膜厚度、肌层浸润情况和肿块等, 呈现出病灶情况, 同时检查结果不受腹部脂肪、肠道气体等影响, 准确率高, 但目前其用于子宫内膜息肉研究较少。本次研究以子宫内膜息肉患者为对象, 分析阴道超声诊断的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2022年7月-2023年7月本院90例疑似子宫内膜息肉患者开展研究, 90例患者年龄为24-51岁, 平均年龄 (42.80 ± 3.17) 岁; 有53例经妇女, 37例绝经妇女; 就诊原因见表1。

纳入标准: 通过检查体征、临床表现, 高度疑似为该病^[2]; 可以自主沟通; 有完整资料。

排除标准: 重要脏器功能障碍; 精神障碍; 凝血功能异常; 伴有宫腔镜禁忌证; 不配合各项操作。

表1 分析90例患者就诊原因[n(%)]

就诊原因	例数	占比
症状不典型/体检异常	11	12.22
经期延长	17	18.89
点状出血/阴道流血	42	46.67
不孕	20	22.22
合计	90	100.00

1.2 方法

90例患者均接受病理检查、彩超检查: 选取彩色多普勒超声诊断仪, HD11/HD15, 来自飞利浦。设置频率为7.5MHz, 选用膀胱截石位, 按照规范消毒处理超声探头, 将避孕套包裹好, 缓慢放进阴道中, 进行扫查, 取得不同切面图像, 详细记录子宫内膜回声、厚度, 如果宫腔内存在积液, 应去除积液厚度。监测子宫血流表现, 将PSV和RI记录下来。完成超声检查后, 等待3d, 开展病理检查, 或进行刮宫, 或通过手术, 获取到病理组织, 采取固定液将其固定好, 及时送达检验科, 处理方法为石蜡固定切片法, 借助显微镜仔细观察病理组织。将病理诊断结果视为金标准。

1.3 观察项目和指标

分析90例患者诊断效果^[3]: 观察两种方法检出子宫内膜息肉良性、恶性例数。分析阴道超声诊断效能: 计算阴道超声诊断准确率、特异度和灵敏度。评价两种方式不同病变分型检出情况: 观察两组方式检出子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜增生、子宫内膜息肉和子宫内膜癌例数, 计算检出率。评价不同性质疾病超声参数: 观察良恶性患者的内膜厚度、PSVen、RIen和血流显示情况。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别行t与 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分析90例患者诊断效果

90例患者的病理诊断结果为有13例为恶性, 有77例为良性, 阴道超声检查为恶性14例, 良性76例。详见表2。

表2 分析90例患者诊断效果[n(%)]

阴道超声	病理		计
	恶性	良性	
恶性	11	3	14
良性	2	74	76
计	13	77	90

2.2 分析阴道超声诊断效能

阴道超声诊断的准确率为94.44%，特异度为86.10%，灵敏度为84.62%。详见表3。

表3 分析阴道超声诊断效能[n(%)]

诊断效能	百分比
准确率	94.44 (85/90)
特异度	86.10 (74/77)
灵敏度	84.62 (11/13)

2.3 两种方式不同病变分型检出情况比较

两种检查方法的子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜增生、子宫内膜息肉和子宫内膜癌检出率均基本一致，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表4。

表4 两种方式不同病变分型检出情况比较[n(%)]

组别	例数	子宫黏膜下肌瘤	子宫内膜增生	子宫内膜息肉	子宫内膜癌
病理诊断	90	13 (14.44)	26 (28.89)	25 (27.78)	26 (28.89)
阴道超声诊断	90	11 (12.22)	28 (31.11)	26 (28.89)	25 (27.78)
χ^2	/	0.192	0.106	0.027	0.027
P	/	0.661	0.745	0.869	0.869

2.4 不同性质疾病超声参数比较

恶性患者的内膜厚度和血流显示率均明显高于良性

患者，RIen明显低于良性患者，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表5。

表5 不同性质疾病超声参数比较[n($\bar{x} \pm s$)]/(%)

组别	例数	内膜厚度 (mm)	PSVen (cm/s)	RIen	血流显示率%
恶性	13	11.87±1.70	13.42±0.24	0.34±0.06	11 (12.22)
良性	77	7.87±1.04	13.36±0.31	0.48±0.11	19 (21.11)
t/χ^2	/	11.575	0.664	4.464	2.560
P	/	0.000	0.509	0.000	0.110

3 讨论

子宫内膜息肉发生率较高，患者大多伴有阴道异常出血，息肉既包含子宫内膜腺体，也涵盖胶原纤维存在的间质，子宫内膜上皮包裹在其表面。息肉大部分出现在宫腔底部，少数出现在宫颈及宫体。能够变形，质地柔软，表现为粉红色，具有光滑表面，可单个发生，也可能同时出现多个，息肉大小不一致，可能伴有坏死、出血等现象。研究表明，息肉恶病率约为0.89%，尽早检出疾病，予以治疗，是防控疾病进展的关键。该病发生不受年龄限制，女性总发生率达到25%，针对绝经后女性，其发生率约为31%，50岁左右是最多发年龄段^[4]。

超声检查经济性高，应用便捷，既往，检查途径为腹部，因超声探头及仪器频率存在一定限制，检查结果容易受到多因素影响，例如子宫位置、肠胀气、肥胖、膀胱充盈情况和腹壁紧张等，漏诊、误诊率高，在子宫内膜息肉检验中，准确率不理想。将检验途径转换为阴道，具有较高探头频率，较短探查距离，和探查部位间距更小，基本不会受到外界因素影响，能有效弥补经腹部超声局限，将其用于该病诊断，准确率更高。进行经

阴道超声检查，观察图像特征，大部分存在强回声团，具有规则形态，可能存在宫腔积液，也可能无。因该病会在多种因素影响出现改变，例如肥胖、采取药物、激素影响和高血压等，其声像图缺乏典型性，回声可能强弱不一，也可能表现为低回声，当中心出现坏死液化现象时，能够观察到液性暗区。

临床诊断子宫内膜息肉时，应注意鉴别下述疾病：

①黏膜下肌瘤：该病典型表现为出现低回声，一般呈现出圆形，肌瘤体积通常较大，但就息肉而言，其大多呈现出水滴状或者椭圆形；息肉不会呈现出衰减趋势，而肌瘤回声明显衰减；在黏膜下肌瘤影响下，内膜基底层出现中断现象，或表现出变形，而息肉无该表现。②子宫内膜增生过长：患者内膜呈现出均匀增厚，通常情况下厚度超过12mm，监测双侧内膜，发现其对称，中间含有宫腔线，处于分泌期时出现“三线征”，予以患者彩超检查，未见彩色血流信号。③宫内早孕：内膜息肉局部坏死，出现液化，产生和早期妊娠囊相似结构，全面了解患者病史，检验尿HCG，进一步鉴别诊断。④子宫内膜癌：观察子宫内膜，其增厚明显，回声大多杂乱、不均

匀,形态或不规则或为团块状或为粗线状,和子宫肌壁之间无清晰分界线,实施彩超检查,有利于鉴别,在肌层浸润部位、癌变内膜均可见彩色血流信号,能观察到低阻力型动脉血流频谱,患者阻力指数一般不超过0.4。

因子宫内膜息肉复杂,检验过程中具有诸多限制,就算采取经阴道超声,依然可能误诊、漏诊。为了进一步提升诊断准确率,操作时应关注以下问题:①确保检查时间适宜:针对月经周期,其包括月经期、分泌期和增生期三个阶段,内膜存在周期变化特征,处于分泌期和增生晚期时,子宫内膜明显增厚,息肉和子宫内膜回声大体一致,所以息肉难以切实显示出来。当处于增生早期时,观察增生内膜,发现其变薄,同时回声暗淡。相关研究提出,在增生早期,实施经阴道超声检查,发现检出率较高,约为87.9%。②患者同时伴有其他疾病时,不可局限于检出一种疾病,例如同时存在子宫腺肌病、子宫肌瘤时,受子宫体积扩大影响,图像分辨率明显降低,这种情况,因息肉体积较小,容易被忽略。③在宫腔内宫内节育器呈现出强回声兼具彗星尾征,节育器形态类型不同,呈现出的超声图像也有一定差异。如果子宫内膜息肉较小,其产生的强回声容易被节育环掩盖,从而出现漏诊。若患者出现不规则阴道出血,同时又疑似存在内膜息肉,应先取环,然后再开展阴道超声检查。如病例不典型,应密切观察临床,如有必要,可进一步实施宫腔镜检查及宫腔声学造影。

本次研究结果显示90例患者的病理诊断结果为有13例为恶性,有77例为良性,阴道超声检查为恶性14例,良性76例,阴道超声诊断的准确率为94.44%,特异度为86.10%,灵敏度为84.62%,表示阴道超声检查该病具有较高诊断效能,误诊者仅有1例,原本为良性,诊断结果为恶性,该例患者为子宫黏膜下肌瘤,出现坏死、变性现象,体积较大。姜森、吴敏以80例疑似该病患

者为例,展开研究,结果显示准确率88.75%,特异度66.67%,灵敏度91.55%,证实该技术诊断效能较高,验证本结果。就子宫内膜癌而言,其超声图像特征主要有局部团块出现回声,不均匀,内膜呈增厚趋势,一旦癌组织出现坏死、出血等现象,观察图像,可见不规则回声区,若患者已经绝经,其厚度高于5mm,观察肿瘤内部和四周,发现血流信号丰富且杂乱。两种检查方法的子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜增生、子宫内膜息肉和子宫内膜癌检出率均基本一致($P > 0.05$),代表阴道超声能有效检出疾病分型,可为后续诊疗提供重要信息。恶性患者的内膜厚度和血流显示率均明显高于良性患者,RIen明显低于良性患者($P < 0.05$),表明疾病性质不同,其血流表现有明显差异,故通过阴道超声,能有效鉴别疾病性质。说明应用阴道超声技术可以提升子宫内膜息肉诊断效果,辨别疾病类型,区分良恶性,便于为疾病诊疗提供信息支持。

综上所述,在子宫内膜息肉筛查中借助阴道超声技术,能有效检出疾病,诊断效果明确,可区分疾病性质,为后续治疗奠定基础,具有推广价值。

参考文献

- [1]邢倍齐,梁蕾.宫腔镜和经阴道超声对子宫内膜息肉的诊断价值探究[J].大医生,2023,8(10):108-111.
- [2]杨史珍.经阴道彩色多普勒超声三维重建技术对子宫内膜息肉和子宫内膜增生的临床诊断价值[J].中国医疗器械信息,2023,29(6):109-111.
- [3]熊俊,胡伟,李惠兰,徐丽娥.经阴道超声联合宫腔镜对子宫内膜息肉诊断价值分析[J].黑龙江医药科学,2023,46(1):14-16.
- [4]吴敏,姜森.经阴道超声诊断子宫内膜息肉的临床应用价值及准确率分析[J].影像研究与医学应用,2023,7(3):137-139.