

剖宫产术后子宫及盆腔的声像图改变

袁红

【摘要】 目的: 研究剖宫产术后子宫及盆腔的声像图改变; 方法: 对 805 例剖宫产术后患者术后常规进行 B 超检查; 结果: 声像图异常发生率为 5.3%。结论: 术后常规 B 超检查可及时发现剖宫产术后隐性并发症, 减少和杜绝重大并发症的发生。

【关键词】 剖宫产 并发症 超声诊断

Ultrasound findings of uterus and pelvis after caesarean section Yuan Hong, Shenzhen People's Hospital, Shenzhen 518020

【Abstract】 Purpose: To study the ultrasound findings of pelvis after caesarean section. Methods: 805 cases were examined by ultrasonography after caesarean section. Results: The incidence of abnormal findings were 5.3%. Conclusion: Routine ultrasonography of pelvis can provide early clues of latent post-caesarean section complications and thees severe complications can be reduced or avoided.

【Key words】 Caesarean section Complication Ultrasonography

我院自 1998 年 3 月~ 11 月间对所有剖宫产术后患者共 805 例常规于术后 5~ 9 天进行 B 超检查, 分别观察其子宫大小、宫腔、子宫切口和盆腔, 获得了初步经验, 现报道如下。

资料和方法

805 例产妇, 年龄 20~ 24 例, 孕 35~ 42 周, 剖宫产术后均无明显临床症状和体征。

应用 ALOKA-SSD-620 型超声诊断仪, 凸阵探头, 频率 3.5MHz。患者膀胱适度充盈后取仰卧位, 探头于下腹适度加压分别行纵切、横切、多切面观察子宫大小、宫腔、子宫切口和盆腔情况。

结 果

805 例中, 正常者 762 例, 有异常发现者 43 例, 阳性率 5.3%。43 例中, 宫内残留 4 例, 宫腔积血 18 例, 宫旁积血 2 例, 单纯子宫切口愈合不良 10 例, 子宫切口愈合不良同时伴宫腔积血 1 例, 子宫切口愈合不良伴腹部血肿 2 例, 子宫肌瘤 3 例, 附件包块 2 例, 双子宫 1 例。

3 例子宫肌瘤, 2 例附件包块, 1 例双子宫共 6 例暂未予处理, 其余 37 例阳性患者除 1 例子宫切口愈合不良伴腹部血肿行手术治疗和 4 例宫内残留行清宫术外, 余均行保守治疗即给予宫缩剂及抗菌素后复查 B 超均好转消失。而 762 例 B 超正常者仅给产妇康冲剂。

讨 论

剖宫产术是产科常见的手术, 使用频率逐步上升。对术后正常子宫以及术后并发症的声像图研究国内报道较少, 现开始受到关注。

剖宫产术后子宫的正常声像图表现为子宫复旧良好, 子宫切口愈合良好。一般认为术后 8 天, 子宫恢复未孕形态, 长径、横径和前后径三径之和不超过 31cm, 宫内膜变薄, 宫腔闭合呈线状密集光点回声, 似不甚光滑的光带, 肌层较厚, 回声较未孕子宫低; 子宫切口处为稍弱于宫壁回声的均匀团块, 向外稍隆起, 边界清楚, 浆膜层连续光滑, 可有局限性增厚, 肌层内无明显暗区, 肌层下方无不平或血块^[2,3]。

剖宫产术后涉及子宫和盆腔的并发症有子宫复旧不良、宫内残留、宫腔积血、宫旁积血、切口愈合不良或/和感染等。子宫复旧不良的 B 超诊断标准, 蔡文等认为子宫各径线测量较同期的测量值大于 2 个标准差。赵梅则术后 8 天子宫三径线之和超过 31cm 作为标准^[1,2]。我们认为剖宫产术后的产妇一般常规使用产妇康等帮助子宫复旧, 而且每个产妇术前子宫大小不一, 只要 B 超下未见宫内残留、宫腔积血、宫旁积血、切口愈合不良或/和感染等, 可以不作诊断进行一般处理。

宫内残留的超声表现: 若为胎膜残留则宫内可见一反光强的长条回声; 若为胎盘小叶残留则可见胎盘样组织, 可看清肌壁。宫腔积血 B 超下常见子宫复旧不佳, 宫腔内可探及液性暗区且内含不规则的光团光

点^[3]。宫旁积血则于切口两侧探及不规则包块状液性暗区,内有散在光点,也可间有杂乱团状强回声,边界模糊毛糙。切口愈合欠佳可见切口明显隆起,边缘模糊,内部回声杂乱或呈不均匀强回声,或有小的液性暗区,浆膜层光带断续性中断^[2]。切口未愈合则是一种少见却严重的情况,表现为切口表面凹凸不平,浆膜完整或断续,肌层连贯不佳,似有断裂,其深部或切口区常出现无回声区;此时应提醒临床采取紧急措施^[3]。

本组 805 例剖宫产由于术后常规 B 超检查,仅 1 例切口愈合不良伴腹部血肿需行手术治疗,余均经保

守治疗痊愈,表明术后常规 B 超检查在及时发现剖宫产术后隐性并发症,减少和杜绝重大并发症的发生;准确了解子宫复旧和子宫切口的愈合情况;早期发现子宫和附件的伴随疾病等方面具有重要意义。

参考文献

- 1 蔡文,孔秋英,杨永忠. B 型超声对正常产褥初期子宫复旧的观察. 中华超声医学杂志, 1995, 4(4): 28.
- 2 赵梅,郑宝琴,陆秀娥. 剖宫产术后 B 超检查结果分析. 中国超声医学杂志, 1996, 2(7): 46.
- 3 吴钟瑜,著. 实用妇产科超声诊断学(第 2 版). 天津:科技翻译出版社, 1995. 263-268.

(1999-02-24 收稿)

乙状结肠黄色肉芽肿 1 例

潘初 罗锐 张宇峰 李竹笙 刘贤富

结肠黄色肉芽肿极为罕见,本院收治 1 例报告如下。

男性 50 岁,农民,因下腹阵发性胀痛半月,大便次数增多,粘液样便,门诊以腹痛待查收入。查体:一般情况可,生命体征稳定,心肺无异常、腹软、肝脾不大,下腹部偏左有深压痛,并可扪及一包块,边界欠清楚,质中压痛,包块不活动。

外院结肠镜示:乙状结肠梗阻。

本院结肠双对比灌肠见:乙状结肠见长约 15cm 的狭窄段,管壁稍僵硬,边缘可见指压迹,粘膜欠规整,可见局限粘膜紊乱,狭窄段近端肠管明显扩张,逐渐向狭窄处移行(图 1)。X 线诊断:乙状结肠狭窄改变,多为肿瘤所致。



手术 见肿块位于左下腹,约 8.0cm × 8.0cm 大小,质地稍硬、无包膜,表面欠光滑,与腹膜紧密粘连,乙状结肠约 20cm 长

受累。切除后送病检,巨检:肿块切面呈灰黄,灰白交杂,累及肠管粘膜下层、肌层及浆膜层,粘膜未见浸润。镜检:瘤组织主要由成片的吞噬脂质的泡沫水细胞(黄色瘤细胞)、组织细胞组成,内杂成索状的纤维母细胞及增生毛细血管,并见大量单核细胞、淋巴细胞和少许嗜酸性白细胞浸润,呈肉芽组织样改变。少数组织细胞呈异型性,并可见病理性核分裂。病理诊断:乙状结肠黄色肉芽肿(低度恶性)。

讨论 黄色肉芽肿是组织细胞、纤维细胞及炎性细胞组成的一种瘤样病变,其细胞学结构类似炎性肉芽肿。本病少见,可见于任何年龄,但以中年以后为多。病变好发部位为纵隔、肺、腹膜后及肾脏等处。累及结肠者非常罕见,国内外文献仅有少数个案报道。国内新报告 2 例均在回盲部,而累及乙状结肠者以前未见报告。本病症状轻微且缺乏特异性,临床很难考虑此诊断。根据文献及本例病理,黄色肉芽肿病变范围一般较长,病变过程由外向内逐层发展,主要侵犯浆膜、肌层和粘膜下,粘膜常保持完整。此种改变与炎性病变更为接近,而与首先侵犯粘膜,后向腔内外浸润生长的原发癌性病变更有所差异。但与发生于此部位的转移性肿瘤和恶性淋巴瘤等非常相似,仅凭 X 线表现难以鉴别。回顾本例 X 线表现,可发现受累肠管范围较长且僵硬程度不重;狭窄肠管与正常肠管之间有移行段,而不同于结肠癌病变局限,有陡直变硬的截然分界;病变段肠粘膜大体完整,局部肠壁见指压迹征,无结肠癌明显的粘膜破坏,上述区别可作为鉴别诊断的参考依据。但因本病罕见,对其 X 线表现认识有待深入。本病的最终确诊仍有赖于病理学检查。

参考文献

- 1 武汉医学院病理教研室,等. 外科病理学(上册). 北京:人民卫生出版社, 1978. 264.
- 2 郭维知,陈也孝,陈联盟,等. 盲肠黄色肉芽肿 1 例报告. 中国医学影像学杂志, 1995, 3(1): 4.

(1998-12-10 收稿)