

的不对称分析等相关功能有待进一步研究。

参 考 文 献

- 1 全国肿瘤防治研究办公室,卫生部卫生信息中心. 中国试点市、县恶性肿瘤的发病与死亡,第二卷(1993-1997). 北京:中国医药科技出版社,2002.
- 2 全国肿瘤防治研究办公室,卫生部卫生信息中心,卫生部疾病预防控制中心. 中国部分市、县恶性肿瘤的发病与死亡,第三卷(1998-2002). 北京:人民卫生出版社,2007.
- 3 国家癌症中心,卫生部疾病控制局. 2012 中国肿瘤登记年报. 北京:军事医学科学出版社,2012.
- 4 Adler DD, Carson PL, Rubin JM, *et al.* Doppler ultrasound color flow imaging in the study of breast cancer: preliminary findings. *Ultrasound Med Biol*, 1990;16(6):553-559.
- 5 李昶田,李俊来,贾红等. 超声联合热层析成像诊断乳腺癌的价值. *中国医学影像技术*, 2012;28(8):1525-1528.
- 6 Mercado CL. BI-RADS update. *Radiol Clin North Am*, 2014;52(3):481-4877.
- 7 Park CS, Lee JH, Yim HW, *et al.* Observer agreement using the ACR Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)-ultrasound, First Edition (2003). *Korean J Radiol*, 2007;8(5):397-402.
- 8 宋菲君,贾卓颖. 近红外影像诊断的物理基础和乳腺癌的早期诊断. *物理*, 2009;38(01):33-40.
- 9 丛新丽,武乐斌,李树祝等. 彩色多普勒超声与红外热像技术联合检测乳腺癌的价值. *中华超声影像学杂志*, 2004;13(9):43-46.
- 10 高东宸,张栋,侯玉萍. 红外热像图对乳腺肿物的诊断价值. *临床和实验医学杂志*, 2004;(4):219-221.
- 11 刘俊华. 彩色多普勒超声诊断乳腺癌 56 例分析. *中国煤炭工业医学杂志*, 2012;15(12):1918-1919.
- 12 Wang J, Chang KJ, Chen CY, *et al.* Evaluation of the diagnostic performance of infrared imaging of the breast: a preliminary study. *Biomed Eng Online*, 2010;9:3. doi: 10.1186/1475-925X-9-3.
- 13 Rogatsch H, Hittmair A, Reissigl A, *et al.* Microvessel density in core biopsies of prostatic adenocarcinoma: a stage predictor? *J Pathol*, 1997;182(2):205-210.
- 14 刘玉秀,姚晨,陈峰等. 临床试验配对二项数据基于率比的非劣效性/等效性评价. *中国卫生统计*, 2008;25(3):317-319.

(2015-04-09 收稿, 2015-10-10 修回)

编辑 汤洁

超声诊断剖宫产瘢痕双孕囊妊娠 1 例报告

孔秀丹, 严霞瑜, 罗红[△]

四川大学华西第二医院 超声科 (成都 610041)

【关键词】剖宫产瘢痕妊娠 双孕囊 超声

患者,女,27岁,GrP₂,两次剖宫产史。停经48d,阴道少量流血6d,量增加1d,血HCG 59 987.4 IU/mL。超声见:宫腔中下份双孕囊,呈右前左后排列(图1),内分别查见长约0.5cm及0.4cm的胎芽,均见原始心管搏动。双孕囊下缘均突向剖宫产瘢痕处,该处肌壁最薄处厚约0.22cm,彩色多普勒示该处血流信号丰富(图2),阻力指数=0.65。超声诊断:宫腔下段双孕囊(疑剖宫产瘢痕妊娠)。患者行双侧子宫动脉栓塞术后给予甲氨蝶呤(MTX)杀胚治疗。血HCG水平降低,孕囊周边血流信号明显减少。治疗17d后,复查超声显示:双胎芽均未见原始心管搏动,剖宫产瘢痕处

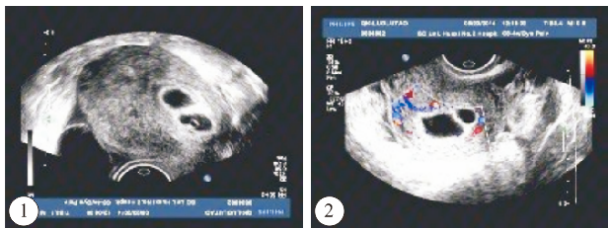


图1 双孕囊的位置

图2 双孕囊周边的血流

· 个案报告 ·

血流信号较前明显减少,遂行“B超监测下清宫术”,吸刮出绒毛、蜕膜50g,术中出血少。清宫术后52d患者HCG降至正常,复查超声宫内未见确切占位。

讨论 剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是剖宫产的远期并发症之一,也是一种特殊的异位妊娠,多于孕5~6周至16周得以诊断。文献报道CSP发病率为0.47%~0.55%,孕早期双孕囊的总体发生率约1.8%,因此双孕囊CSP极为罕见。其病因尚不明确,可能是剖宫产造成子宫内膜间质蜕膜缺乏或有缺陷,受精卵着床后,滋养细胞通过其微小间隙直接侵入肌层并不断生长,绒毛与子宫肌层粘连、植入甚至穿透肌壁,盲目清宫可致患者大出血、子宫破裂,直接影响患者的生命健康。经阴道彩色多普勒超声是目前诊断CSP的首选检查,可观察孕囊的位置、血流灌注、瘢痕厚度等情况,有助于其早期、及时的治疗。根据超声图像特点,CSP分为:孕囊型、团块型及孕囊下缘达剖宫产瘢痕型3种。本病例双孕囊下缘均位于剖宫产瘢痕处,蜕膜凸向瘢痕,该处肌壁明显变薄,超声诊断CSP明确。临床经MTX等化疗后,超声动态观察药物灭胚情况,特别是胚胎大小、血流灌注及瘢痕的厚度等,依此来选择治疗的时机、方法,并评价治疗效果。如胚胎已杀灭,可在超声引导下清宫;反之则需要行剖腹手术或腹腔镜孕囊清除术及子宫修补术治疗。本病例血HCG检测及彩超确认双侧子宫动脉栓塞术+MTX杀胚治疗有效,于B超监测下清宫,有效避免了术中大出血的危险。

(2015-05-14 收稿, 2015-08-27 修回)

编辑 余琳