

# 全面认识子宫内膜息肉的诊断和鉴别诊断

郭敏<sup>1</sup>, 石一复<sup>2\*</sup>

作者单位:1. 325000 浙江 温州, 浙江省温州市人民医院(上海大学附属第三医院); 2. 310006 浙江 杭州, 浙江大学医学院附属妇产科医院

作者简介:石一复, 教授, 主任医师, 博士生导师, 担任浙江医科大学附属妇产科医院院长 14 年, 后两届兼任党委副书记。1991 年起为国务院政府特殊津贴专家。先后培养博士和硕士研究生 75 名, 获部级、省级、厅级科技成果奖 40 余项, 公开发表医学论文等 1000 余篇, 出版专业参考书(主编或参编)74 部。1994 年亲自组织并参加“礼物婴儿”和“试管婴儿”工作, 填补了浙江省此方面的空白。目前仍在国内各地门诊、会诊、手术、讲学、主持学术交流、担任杂志编委和撰稿、组稿、著书、撰写科普书文等工作, 并赴国外学术交流等。

\* 通信作者, E-mail: shiyifu1229@163.com

【关键词】子宫内膜息肉; 诊断; 鉴别诊断; 宫腔镜

【中图分类号】R 711.74 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2021)07-017-03

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2021.07.05

子宫内膜息肉是妇科常见疾病之一, 常发生于育龄期和围绝经期女性, 患有该病的女性常会出现异常阴道流血、腹痛及不育等情况。主要症状为月经量增多或不规则子宫出血; 宫颈口处看到或触及息肉, 子宫体略增大; 作宫腔镜检查或分段诊刮, 将取出的组织或摘除的息肉送病理检查, 可以明确诊断, 并可与功能失调性子宫出血、黏膜下子宫肌瘤及子宫内膜癌等鉴别。

## 1 子宫内膜息肉的诊断

### 1.1 病史

有月经异常, 不规则阴道流血, 不孕, 有子宫炎症或创伤史等, 经一般治疗无好转者应注意有无本病的可能, 尤是不孕或有反复流产史, 或有两次以上体外受精-胚胎移植失败者均应进一步检查, 确定有无本病存在的可能。应询问有无以下病史: ① 急性或慢性子宫内膜炎病史; ② 月经失调如月经过多, 经期延长, 经间期出血, 痛经等; ③ 原发性或继发性不孕; ④ 病理妊娠史如流产和死胎史; ⑤ 子宫正常或轻度增大, 伴有下腹坠痛、白带增多、性交后出血、绝经后阴道流血等症状。

### 1.2 诊断性刮宫

此为盲目性操作, 遗留, 残留率, 复发率高, 也有组织破碎或取材不当等影响病理诊断或难于组织学诊断。

在超声监护下刮宫较完全盲目性操作更为安全, 用“小刮匙”在宫腔内刮出组织做检查, 由于成本较低, 基层医院常考虑使用。但该方法不能直接观察到宫腔内部, 因此操作不准确, 对局部较小而软的息肉难以取到。

可考虑与超声联合使用, 有报道称准确率可达到 90%。

盲目扩张宫颈、刮宫或子宫内膜活检对于诊断子宫内膜息肉是不准确的。与宫腔镜引导下活检相比, 盲检的敏感性低至 8%~46%, 阴性预测值为 7%~58%, 因此该项技术不应用于诊断。诊断性刮宫是宫腔镜未普及之前常用的一种方法, 现已少用。

### 1.3 探针探查

用探针探查子宫内口处有无息肉样赘生物, 仅在门诊或基层单位无设备器械条件时严密消毒下使用。

### 1.4 宫腔镜检查

宫腔镜息肉切除作为诊断和治疗性干预是有效和安全的。可全面检查子宫腔、子宫颈管情况, 必要时可在直视下及时确定或对可疑病灶作组织活检和病理检查, 有诊断和治疗作用。也有宫腔镜和水注射造影观察宫腔内息肉和肌瘤<sup>[1]</sup>。宫腔镜去除息肉的方法各式各样, 但这些方法却没有基于疗效或成本的比较研究, 方法的选择与临床医生的培训和熟练度有关。

宫腔镜用于子宫内膜息肉的诊断时, 应注意看清输卵管的宫腔开口、息肉的质地、基底部大小及子宫内膜连接交界处。注意邻近的子宫内膜, 对区分功能性息肉和增生性息肉至关重要; 观察息肉表面浅表血管化, 提示可能发生不典型改变; 还要在检查时根据病史、宫腔镜下所见, 对息肉与子宫肌瘤、子宫腺肌瘤、苗勒氏管畸形等进行鉴别, 当然最后以病理诊断为准。

### 1.5 超声检查<sup>[2]</sup>

超声可以清楚地显示息肉的大小、位置以及与周围

组织的关系,还可以发现盆腔的其他病变。

常用的为二维阴道超声,其敏感性为 19% ~ 96%,特异性为 53% ~ 100%,常因息肉较小或宫腔粘连、子宫内膜增生等影响其准确性,但较之宫腔镜检查的微创,超声检查为真正无创,是最常用的器械检查宫腔内息肉,且可多次复查的方法,使用甚为普遍,几乎是基层医疗单位均可使用的常规检查方法之一。

超声检查选择合适的时机,观察子宫内膜息肉的最佳时间是月经干净后 3 ~ 5 天,此时子宫内膜薄,能更好区分到底是子宫内膜息肉还是子宫内膜增生,重复做超声也有助于辨别,但最终确诊还是需要组织病理学检查。若患者错过了合适的超声检查时间,建议下一个月经周期再做检查。因子宫内膜在整个周期是动态变化的,推迟检查时间可能会掩盖子宫内膜息肉的情况,或者使内膜息肉层次、结构变得模糊不清。

超声检查也有一定的误诊。要求临床医师在书写超声申请检查单时,写清主要病史,如年龄、月经史、是否放置宫内节育器,有无合并子宫腺肌病,有无特殊服药史(如他莫昔芬,激素替代治疗等)。超声医师在此基础上再做考虑,以防误诊或漏诊,必要时建议复查等。

#### 1.6 子宫输卵管碘油造影术(HSG)<sup>[3]</sup>

在 B 超普遍使用前,本法是诊断子宫内膜息肉的主要方法,现今在对不孕患者有无输卵管因素的诊断中仍常用,同时也可检查子宫腔及相关病变、发现有无子宫内膜息肉。

#### 1.7 磁共振(MRI)和 CT<sup>[4]</sup>检查

对软组织病变 MRI 检查尤为适宜,但因设备条件、费用等通常很少专门为此检查。CT 由于射线、设备、费用,也少用于子宫内膜息肉的检查。

#### 1.8 病理组织检查

诊断子宫内膜息肉的最佳方法是宫腔镜检查 + 病理组织检查,先是在宫腔镜下发现可能病变部位,然后钳夹出组织,通过病理诊断确诊。病理检查对明确送检组织是否是息肉、其组织类型及有无恶变等十分重要。送检组织必须足够大,如送检组织破碎,则影响诊断,甚至无法诊断。临床医师摘除息肉后必须送检,若无病理诊断条件,则应将息肉组织用 10% 福尔马林或 95% 酒精浸泡再送至有病理科的医院进行病理检查,切勿随便丢弃,必须有病理组织学检查的观念。

上述各种诊断方法都有其优、劣势,具体情况具体分析。

## 2 鉴别诊断

### 2.1 宫腔镜检查中的鉴别诊断

① 子宫内膜息肉:可从子宫壁的任何部位以任何角度向子宫腔内生长、突出,也可见子宫颈管息肉,子宫角部息肉而堵塞输卵管开口。息肉直径以 0.5 ~ 2 cm 居多,可为单发或多发。息肉通常不易像子宫内膜碎片随膨宫液流动而无一定方向摆动,也不像子宫黏膜下肌瘤那样相对固定。若息肉的蒂较细,则也可有摆动,使用

探针触动息肉易被推动,且有质地柔软的感觉,子宫黏膜下肌瘤有坚实感,绝然不同。息肉形态多样,有呈卵圆形、圆锥形、不规则形等,个别表面有不典型的菜花型时,应特别引起重视,有高度恶变可能。息肉表面血管大多纤细,走向清晰。息肉多数有粗细或长短不一的蒂,也可见息肉表面顶端有出血或坏死或呈现带红的紫褐色,也可能是有陈旧性出血未被吸收,若有感染则充血明显,表面有灰白色或淡黄色脓痰样覆盖。

② 子宫黏膜下肌瘤:也从子宫壁长出,可分有蒂或无蒂,有蒂者蒂较子宫内息肉更宽大和粗,无蒂者突出于子宫腔,表面覆盖子宫内膜,位置固定,探针触之不易推动,质硬,突向宫腔部位,常为不同大小的圆形或球状突起,随病程长短、生长快慢则突向宫腔大小不一,其表面子宫内膜厚薄色泽变化也与周围内膜变化基本相似,表面血管分布清晰可见,比子宫内膜息肉表面纤细血管为粗大而明显。

宫腔镜检查时,根据宫腔镜所见子宫腔内赘生物的形状、表面状况、色泽、血管分布、覆盖内膜、基底大小和宽度等可以区分子宫内膜息肉和子宫黏膜下肌瘤。

③ 子宫内褶皱:易被误认为子宫内膜息肉,常见于宫腔镜检查时膨宫液量少或压力不大,或子宫颈口松弛,膨宫液外漏较多致膨宫不全;也见于子宫内膜增生,月经中期分泌期子宫内膜或服用大剂量孕激素的治疗期。所以检查前应仔细询问病史,以免误诊。通常膨宫完全时,随膨宫压力增加,增生早期的子宫内膜皱褶可被展平而消失,原看似息肉状突起稍展平或变形,但不完全消失,而息肉则无此改变。

④ 自然流产或人工流产有胚胎组织残留:可见绒毛、蜕膜和血块混合一起呈黄褐色或暗褐色的赘生物样突出于宫腔,形态不整。

⑤ 绝经后子宫内膜息肉常位于子宫腔底部,蒂较细长,深紫红色,其顶部蒂有部分组织出血坏死,易被疑为子宫内膜癌。

⑥ 间质假性蜕膜化:临床表现为阴道有不规则点滴流血,阴道 B 超见子宫腔内有突出赘生物,呈息肉样表现。宫腔镜检查见子宫腔内子宫后壁息肉,电切镜下取材(分泌期中期)10 ~ 13 mm 条状内膜,活检病理证实为间质假性蜕膜化,可见临床或超声和宫腔镜诊断肉眼大体观有误诊,最后确诊仍靠病理诊断。

⑦ 微小息肉:< 2 mm 的息肉。无论对于绝经前还是绝经后女性,宫腔镜是诊断和治疗子宫内膜息肉的金标准。建议宫腔镜息肉切除术同时诊刮内膜,以除外子宫内膜增生、子宫内膜癌。

### 2.2 异常阴道流血中子宫内膜息肉鉴别

绝大多数阴道出血来自子宫,包括青春期前、育龄期及绝经后。2011 年国际妇产科联盟(FIGO)针对育龄期非妊娠女性提出了异常子宫出血(abnormal uterine bleeding, AUB)的概念,并根据不同的病因进行了新的分类——PALM-COEIN 系统<sup>[5]</sup>。中华医学会妇产科学

分会妇科内分泌学组在 2014 年也根据上述标准制订了我国的 AUB 诊治指南,接诊时候要根据上述分类进行不同的鉴别和处理。子宫内 膜息肉常有月经量多,月经异常,各种不规则阴道流血或绝经后阴道流血,对此均要考虑和排除子宫内 膜息肉可能。

2.3 超声对子宫内 膜息肉的鉴别

① 黏膜下子宫肌瘤:鉴别要点一是肌瘤形状圆,息肉为水滴状;二是肌瘤回声可有衰减,息肉无衰减;三是黏膜下肌瘤致内 膜基底层变形或中断,息肉则内 膜基底层完整无变形。

② 子宫内 膜增生过长:内 膜表现为均匀增厚,双侧内 膜对称,宫腔线居中。

③ 宫内早早孕:内 膜息肉内由于局部水肿坏死积液,回声发生改变时,形成类似早期妊娠囊的结构,应仔细询问病史加以鉴别。

④ 子宫内 膜癌:鉴别的关键是内 膜普遍回声不均,彩超检查对鉴别子宫内 膜息肉与内 膜癌和内 膜息肉恶性变有帮助,可显示癌变内 膜及肌层受浸润处有丰富的彩色血流信号,并可测及异常低阻力型动脉血流频谱,阻力指数低于 0.4。

经阴道超声检查对子宫内 膜息肉的检出率较经腹超声明显提高,虽然还有较大的误诊漏诊率,但目前还

是诊断子宫内 膜息肉的首要方法。

2.4 子宫内 膜息肉瘤样病变的鉴别

参阅本期“子宫内 膜息肉瘤样病变”(包括良性和恶性病变)。

【参考文献】

[1] Jansen FW, De Kroon CD, van Dongen C, et al. Diagnostic hysteroscopy and saline infusion sonography: prediction of intrauterine polyps and myomas [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2006,13(6):320-324.

[2] Huang JH, Xiang M. Advances in endometrial polypa [J]. Int J Obstet Gynecol,2014,41(1):43-46.

[3] 周诚 主编. 中华临床医学影像学(泌尿生殖分册)[M]. 北京:北京大学医学出版社,2016:471-475.

[4] Kang SK, Giovanniello G, Kim S, et al. Performace of multidetector CT in evaluation of the endometroum: Measurement of endometrial thickness and detectiotrual of disease [J]. Clin Radiol, 2014, 69(11):1123-1128.

[5] Munro M, Critchley HO, Broder MS, et al. FIGO Working Group on menstrual disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age [J]. Int J Gynecpl Obstet, 2011, 113(1):3-11.

(收稿日期:2021-01-26 编辑:杨叶)

(上接第 11 页)

[34] 陈碧,张维,马天仲,等. 取精后至冷冻前的间隔时间对精子冷冻复苏效果的影响 [J]. 中国医学创新,2016,11(11):1-4.

[35] 徐鸿毅,罗清炳,董毅飞,等. 缩短精子孵育时间对体外受精-胚胎移植结局的影响 [J]. 湖北医药学院学报,2012,1(1):7-9.

[36] Khodayari NZ, Hassani BH, Nikzad H. Evaluation of ebselen supplementation on cryopreservation medium in human semen [J]. Iranian Journal of Reproductive Medicine,2014,12(4):249-256.

[37] Jensen CF, Ohl D, Parker WR, et al. Optimizing human semen cryopreservation by reducing test vial volume and repetitive test vial sampling [J]. Fertility and Sterility, 2015, 103(3):640-6. e1.

[38] Yogev L, Kleiman SE, Shabtai E, et al. Long-term cryostorage of sperm in a human sperm bank does not damage progressive motility concentration [J]. Human Reproduction (Oxford, England), 2010,25(5):1097-1103.

[39] Edelstein A, Yavetz H, Kleiman SE, et al. Effect of long-term storage on deoxyribonucleic acid damage and motility of sperm bank donor specimens [J]. Fertility and Sterility, 2008, 90(4):1327-1330.

[40] Huang C, Lei L, Wu HL, et al. Long-term cryostorage of semen in a human sperm bank does not affect clinical outcomes [J]. Fertility and Sterility, 2019, 112(4):663-669. e1.

[41] 王奇玲,张欣宗,唐运革,等. 精液冻存时间对精液质量及受孕能力的影响 [J]. 中国男科学杂志,2020,34(1):28-30.

[42] Bielanski A, Bergeron H, Lau PC, et al. Microbial contamination of embryos and semen during long term banking in liquid

Nitrogen [J]. Cryobiology, 2003, 46(2):146-152.

[43] Wrathall AE, Simmons HA, Van Soom A. Evaluation of risks of viral transmission to recipients of bovine embryos arising from fertilisation with virus-infected semen [J]. Theriogenology, 2006, 65(2):247-274.

[44] 吴颖,姚康寿. 人类精子冷冻保存中交叉污染的风险及防范 [J]. 中华男科学杂志,2010,16(1):55-59.

[45] Parazzini F, Cipriani S, Bulfoni G, et al. The risk of birth defects after assisted reproduction [J]. Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 2015, 32(3):379-385.

[46] Zhang A, Ma X, Zhang L, et al. Pregnancy and offspring outcomes after artificial insemination with donor sperm: A retrospective analysis of 1805 treatment cycles performed in Northwest China [J]. Medicine, 2019, 98(16):e14975.

[47] 胡静,邢柳,吴慧兰,等. 应用供精冷冻精液出生子代的安全性分析 [J]. 中华男科学杂志,2016,6(6):525-529.

[48] Bai F, Wang DY, Fan YJ, et al. Assisted reproductive technology service availability, efficacy and safety in mainland China: 2016 [J]. Human Reproduction (Oxford, England), 2020, 35(2):446-452.

[49] 马英英,黄荷凤. 植入前诊断在优生方面的应用 [J]. 国外医学. 妇幼保健分册, 2005, 16(5):331-333.

[50] Sigal KD. Preimplantation genetic diagnosis: technological promise and ethical perils [J]. Fertility&Sterility, 2005, 83(5):1347-1353.

(收稿日期:2021-06-06 编辑:向晓莉)