DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.01.022

卵巢癌的超声图像分析

高云华 杨 浩 严鸿瑜 杨成业（新桥医院 超声科）

卵巢癌是女性生殖器官中最常见的恶性肿瘤，其病理类型较多。本文对经过超声显象检查、有手术、病理结果证实的25例卵巢癌进行分析，以探讨卵巢癌的超声诊断及超声图与病理类型的关系。

资料与方法

本组病例年龄18～70岁，平均37岁。临床表现以腹部包块为主，病程最短半月，最长8个月，平均4个月。25例中有3例临床诊断为内科疾病，后经超声检查明确诊断，其余22例先由妇科检查发现盆腔包块而申请超声检查。25例卵巢癌的病理诊断分别为：卵巢浆液性乳头状囊腺癌8例、粘液性囊腺癌6例（其中1例破裂而致粘液样腹水）、无性细胞瘤4例、内胚窦癌2例、卵泡膜细胞瘤癌变1例、低分化腺癌1例、转移性卵巢癌3例。25例中有6例为双侧卵巢癌，19例为单侧（其中右卵巢癌13例，左卵巢癌6例）。手术证实合并有腹水10例，3例有肝转移。癌肿直径4～30cm，其中4～10cm 5例，11～20cm 14例；21～30cm 6例。

使用ALoka SSD-120手动接触式复合显像仪，SSD-256线阵超声显象仪，探头频率2.25～3.5 MHz。常规探测采取膀胱充盈法，在下腹部及包块处作纵向、横向及斜向探测。记录肿块与子宫的关系，肿块的大小，形态是否规则，肿块的物理性质，内回声特征，有无腹水。对部分病例注意观察了腹主动脉周围淋巴结有无肿大，肝脏有无病灶。

结果

术前超声探测25例卵巢癌的物理性质与病理结果完全符合，占100%。超声检查提示卵巢恶性肿瘤的准确率60%（15/25），腹水检出8/10例，占80%。

25例卵巢癌超声图表现大致可归纳如下几类：

1．3例呈不规则多房囊性肿块，囊壁不光滑，囊壁上有散在0.2～1.0cm大小结节样小光团突向囊内或囊肿外壁（见图1），病理诊断为卵巢浆液性乳头状囊腺癌。

2．4例呈多房囊肿，形态规则或不规则，囊间隔回声增粗伴局部增厚，肿块内暗区界面不清晰，暗区有较多不均质光点或条索状强回声（见图2），病理诊断卵巢粘液性囊腺癌。

3．7例呈实质性肿块，形态不规则，边界模糊或边界清楚，肿块内部回声明显不均质，呈强弱不等的杂乱回声。少数病例肿块内部回声强度相对一致，伴有1～2处局限性液化暗区（见图3）。

4．11例呈囊实性肿块，形态不规则，包膜多不完整。实体回声强弱不等，表面凹凸不平、形态各异，液性暗区内有光点或伴有增粗的网状回声。

上述3、4种超声表现其病理检查为各种卵巢癌。

5．其它部分病例可显示腹腔液性暗区，腹腔淋巴结肿大，肝转移病灶。

讨论

我们过去工作中，由于对卵巢肿瘤的超声诊断主要基于物理性质方面判断，所以本组病例超声直接提示恶性肿瘤的符合率较低，仅占60%。为了进一步提高超声显象对卵巢癌的诊断，就以下三个方面进行讨论。

1．超声图象与病理类型的关系：卵巢癌的病理类型较复杂，即使是同一种病理类型，由于肿瘤组织处于不同的变化阶段，其超声图有不同的表现。此外，超声显象虽然对肿瘤的物理性质判断较准确，但物理性质与病理类型之间尚缺乏特异性。因此，目前的灰阶超声显象仪对卵巢癌的病理类型诊断仍有待进一步探讨。根据本组结果及有关文献报道[1][2][3][4][5]，在各种卵巢癌中，部分粘液性囊腺癌和部分浆液性乳头状囊腺癌的超声图象有一定的特征性。本组6例粘液性囊腺癌

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

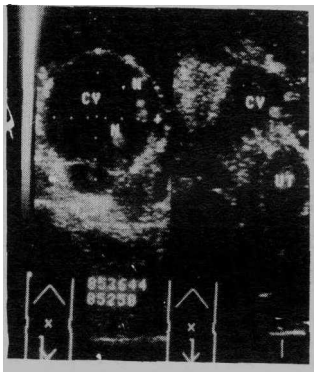


图 1　卵巢浆液性乳头状囊腺癌，囊壁上多个大小不等结节光团（N）。

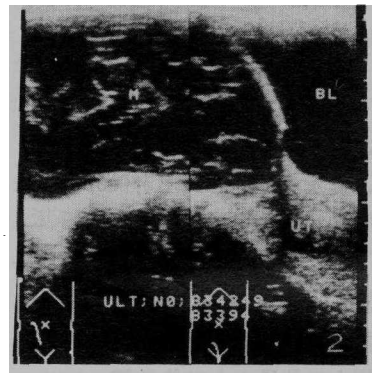


图 2　卵巢粘液性囊腺癌，M癌肿，分房小，囊间隔增厚，暗区界面不清晰，有条索状强回声。BL膀胱。

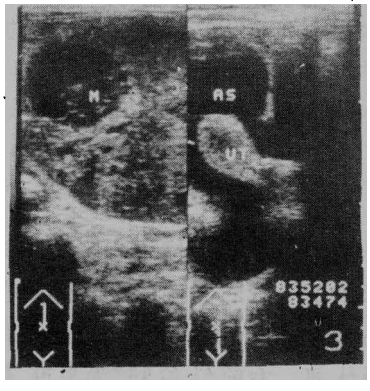


图 3　卵巢内胚窦癌，M癌肿，肿块内部回声不均质，球形低回声为液化暗区。AS腹水，UT子宫

有 4 例皆显示为分房性肿块，包膜增厚完整，肿块内有多条增厚光带，暗区界面不清晰伴有较多光点。浆液性乳头状囊腺癌的特异性超声表现是：囊肿壁有数个大小不等结节样光团突起，本组 8 例浆液性乳头状囊腺癌只有 3 例具有这种特征性图象，但其余 5 例有 3 例呈实质性肿块图象，2 例呈混合性肿块图象，说明病理检查所见囊壁上的乳头状突起这一特征只有在乳头结节足够大时才能在超声图象上表现出来。其它几种卵巢癌，如无性细胞瘤、内胚窦癌、卵泡膜细胞瘤癌变、转移性卵巢癌，表现为实质不均质肿块或混合性肿块图象，其表现与病理类型无特征性关系，说明超声对多数卵巢癌尚不能作出病理类型诊断。

2．提示卵巢恶性肿瘤超声图象依据：

卵巢癌的特异性超声图虽然较局限，但根据大多数卵巢癌的超声表现，以下几点可作为提示卵巢恶性肿瘤的超声诊断依据。

（1）鉴于卵巢实质性肿块绝大多数为恶性肿瘤，故超声图若显示肿瘤呈实质性，形态不规则，包膜不完整，内部回声不均质或杂乱、或伴 1～2 处局限液化暗区，应提示恶性。

（2）上面提到的部分浆液性乳头状囊腺癌、粘液性囊腺癌的特征性超声表现，可提示病理类型的诊断。

（3）卵巢混合性肿块，形态不规则，肿块内实体形态各异，回声不均质，液性暗区伴光斑、光点回声，囊间隔回声局部增厚。

以上任一种超声表现，若伴有腹水、腹腔淋巴结肿大，应高度提示卵巢癌。

虽然超声检查有助于临床对卵巢癌的诊断，但在我们的实际工作中，发现盆腔其它一些肿块，如粘连较重的盆腔炎性肿块，子宫内膜异位症，伴有腹腔种植的畸胎瘤，巨大浆膜下子宫肌瘤伴液化等，也可出现类似卵巢恶性肿瘤的一些超声表现而造成误

（下转71页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

变，化疗疗效差，难以获CR，且病程短，因而再转为急淋变的机会较少[8]。

参考文献

1. 武汉医学院第一附属医院血液病研究室。白血病。湖北人民出版社，1979：93～94
2. 罗运遵综述。慢性粒细胞白血病的原始细胞危象。国外医学 输血及血液学分册 1979；2（4）：217
3. 张桂如，等。慢性粒细胞白血病急淋急粒双重变。中华血液学杂志 1982；3（3）：158
4. Komatsu N, et al. Promyelocytic crisis of chronic myelogenous leukemia: Coagulapathy similar to atypical disseminated intravascular coagulation in acute promyelocytic leukemia. Acta Haematol JPN 1986;49(4):88
5. Janossy G, et al. Blast crisis of chronic myeloid leukemia. Brit J Hemat 1976; 34(2):179
6. 戴传德，等。慢性粒细胞白血病淋巴细胞与粒细胞急变一例报告。中华血液学杂志 1983；4（1）：22
7. 崔亚强，等。慢性粒细胞白血病急粒急淋双重变一例报告。中华血液学杂志 1985；6（5）：287

（收稿：1988.4.25；修回：1988.10.2）

（上接63页）

诊。因此，超声检查在作出卵巢癌的诊断过程中，需结合病史考虑或排除这些病变，但有时在鉴别诊断上还是很困难的。

3．超声诊断卵巢癌在方法上的注意点

（1）为了避免诊断的片面性和局限性，要重视病史、妇科检查情况。了解必要的化验结果，如内胚窦癌血清AFP增高。

（2）检查者应按系统的方法进行检查，即了解肿块大小、形态是否规则、有否包膜、是否光滑、囊壁有无结节突起、肿块物理性质、内部回声特征、肿块与子宫的关系、来自何侧卵巢、常规观察腹主动脉周围淋巴结有无肿大、有否腹水、腹腔脏器有无转移病灶。

（3）一次超声检查不能确定诊断的，应了解有关病史及辅助检查结果后重复检查，可提高诊断的准确率。

参考文献

1. Cochrane WJ, Thommas MA. Ultrasound diagnosis of gynecologic pelvic masses. Radiology 1974;110:649
2. 许玉成。妇科疾病的超声图象诊断。中华物理医学杂志 1983；5(1)：55
3. 高云华，等。超声显象诊断妇科肿块。四川医学 1983；4（2）：68
4. Paling MR, Shawker TH. Abdominal ultrasound in advanced ovarian carcinoma. J Clin Ultrasound 1981; 9:435
5. Lurian JR. Newer diagnostic approaches to the evaluation of gynecologic malignancies. Obster Gynecol Survey 1982;37:437

（收稿：1987.6.30，修回：1988.11.2）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net