



发现子宫肌瘤别慌，大小、位置更关键

◎崇左市第二人民医院 周勤娟

子宫肌瘤作为育龄期女性最常见的良性肿瘤，超声检出率高达20%~40%，但临床中约60%的患者因缺乏系统认知而产生过度焦虑——事实上，多数肌瘤并无明显症状，定期随访即可，而肌瘤的大小、位置及生长特性才是决定临床管理策略的关键。超声检查凭借实时成像、高分辨率及无创性优势，成为肌瘤评估的首选手段。

子宫肌瘤的超声评估

在子宫肌瘤的诊断中，临床通常采用经阴道超声（TVUS）与经腹部超声（TAS）联合评估的方式：

TVUS：采用5~9MHz高频探头，可清晰显示肌壁间微小肌瘤（ $\geq 2\text{mm}$ ）及内膜关系，对黏膜下肌瘤的诊断灵敏度达95%以上；

TAS：使用3~5MHz探头，需膀胱充盈，主要用于评估子宫整体形态及浆膜下肌瘤，尤其适合无性生活或阴道畸形患者。

另外，三维超声可提供冠状面成像，精准测量肌瘤体积及血供分布，对特殊部位肌瘤（如宫颈肌瘤）的评估更具优势。

接下来为大家解析超声检查中的核心评估参数。

1. 大小量化标准。采用三维径线测量（长×宽×厚），按体积分为： $<5\text{cm}^3$ （直径约2cm）的小型肌瘤； $5\sim 25\text{cm}^3$ （直径2~5cm）的中型肌瘤； $>25\text{cm}^3$ （直径 $>5\text{cm}$ ）的大型肌瘤。体积增长速度 $>1\text{cm}^3/\text{年}$ 需警惕恶变风险。

2. 解剖位置分类。肌壁间肌瘤（占60%~70%），位于子宫肌层内，易导致子宫变形、宫腔面积增大；浆膜下肌瘤（占20%~30%），向子宫外生长，可能压迫膀胱、肠道引发排尿/排便困难；黏膜下肌瘤（占10%~15%），向宫腔内

突出，常导致月经过多（发生率70%~80%）及不孕。

3. 超声特征与恶性风险。典型良性表现：边界清晰、包膜完整、内部回声均匀、后方回声衰减。

警惕征象：边界模糊、内部钙化、血流信号异常丰富（RI <0.4 ）、短期内快速增大。

肌瘤大小与临床决策

临幊上，子宫肌瘤的治疗方案需综合症状、肌瘤大小、患者生育需求等综合制定。

1. 无症状小肌瘤（ $<5\text{cm}$ ）。管理策略：每6~12个月超声随访，无需药物或手术干预。妊娠影响：直径 $<3\text{cm}$ 肌壁间肌瘤对妊娠结局无显著影响，但黏膜下肌瘤需孕前切除（因其可导致流产风险增加2~3倍）。

2. 有症状的肌瘤。月经过多：黏膜下肌瘤无论大小均需治疗，肌壁间肌瘤 $>4\text{cm}$ 且伴随贫血（Hb $<100\text{g/L}$ ）建议干预。压迫症状：浆膜下肌瘤 $>6\text{cm}$ 压迫膀胱/直肠，或引起腰酸背痛时考虑手术。生育需求：肌瘤直径 $>5\text{cm}$ 或位于子宫下段/宫颈，建议孕前剔除（因其可导致妊娠并发症风险升高40%）。

3. 特殊部位肌瘤的处理。宫颈肌瘤：易误诊为宫颈癌，需结合其他检查进行鉴别，直径 $>4\text{cm}$ 建议手术。阔韧带肌瘤：可能压迫输尿管导致肾

积水，需评估与血管的关系， $>5\text{cm}$ 建议腹腔镜切除。

超声引导下的精准治疗

超声技术在子宫肌瘤的治疗中同样发挥着作用。

1. 药物治疗监测。促性腺激素释放激素类似物（GnRH-a）是治疗子宫肌瘤的常用药物，治疗期间应每月进行超声检查，一方面评估肌瘤体积变化，若缩小 $\geq 30\%$ 为有效；另一方面，监测子宫内膜厚度（ $<5\text{mm}$ 为安全范围）及卵巢功能抑制情况。

2. 消融治疗评估。超声引导下微波/射频消融：适用于直径 $<5\text{cm}$ 的肌壁间肌瘤，术后3个月复查超声，病灶无血流信号提示消融成功。高强度聚焦超声：治疗前超声评估肌瘤血供及位置，排除肠道遮挡等禁忌证。

3. 手术疗效评估。肌瘤剔除术后：进行超声检查，确认是否有残留病灶（表现为局部低回声区）。子宫动脉栓塞术后：定期超声检查，动态观察肌瘤体积缩小及内部血流减少情况。

常见误区解析

“肌瘤越大越危险”：浆膜下肌瘤即使直径 $>8\text{cm}$ ，若无症状仍可观察；而黏膜下肌瘤直径 $<2\text{cm}$ ，也可能导致严重出血。

“绝经后肌瘤都会萎缩”：约30%的患者绝经后肌瘤持续存在或增大，需每6个月进行一次超声监测。

“超声发现钙化就是恶变”：肌瘤钙化多为良性退变，仅当伴随边界不清、血流异常时需警惕。

子宫肌瘤的临床管理需建立在精准超声评估基础上，通过量化大小、明确位置、分析超声特征，结合患者年龄、症状及生育需求制定个体化方案。多数肌瘤无需过度医疗，定期超声随访即可；但出现月经过多、压迫症状或生育障碍时，应及时干预。