

به نام خداوند جان و خرد

فرمت‌های استاندارد تهیه شده برای گزارش

تصویربرداری زنان و بارداری

دکتر بهناز مرادی

رئیس کمیته زنان
انجمن رادیولوژی ایران





آنومالی اسکن سه ماهه دوم

دکتر احمد رضا طهماسب پور (عضو کمیته تصویربرداری زنان انجمن رادیولوژی ایران)

سونوگرافی بارداری بیومتری و کالر داپلر جهت تعیین FGR بر اساس International Delphi survey Consensus

دکتر حمیدرضا حقیقت خواه (استاد و مدیر گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

دکتر سیده مهدیه سیدابراهیمی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

فرمت استاندارد نروسونوگرافی جنین در سه ماهه دوم و سوم بارداری

دکتر محمدعلی کریمی (رئیس مرکز آموزشی انجمن رادیولوژی ایران)

سونوگرافی طیف جفت اکترا داپلر اکرتا

دکتر مرتضی طهماسبی (دانشیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور)

اکوی قلب جنین

دکتر بهناز مرادی (دانشیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

سونوگرافی غربالگری سه ماهه اول (NT) و آنومالی اسکن سه ماهه اول

دکتر فهمیه عزیزی نیک (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

بیوفیزیکال پروفایل

دکتر آیدا روستایی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

سونوگرافی داپلر تخصصی آندومتر یوزیس

دکتر رضا سعادت مصطفوی (استادیار سابق رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

سونوگرافی کالر داپلر لگن به روش ترانس واژینال / ترانس ابدومینال

دکتر مهروز ملک (استاد تمام رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

سونوگرافی ترانس واژینال سه بعدی / فرمت جوابدهی سونوگرافی ترانس واژینال سه بعدی

دکتر لیلا بیانی (رئیس بخش رادیولوژی بیمارستان آرش)

سونوهایستروگرافی (ترانس ابدومینال- ترانس واژینال)

دکتر فیروزه احمدی (دانشیار رادیولوژی پژوهشکده رویان)

سونوگرافی ترانس واژینال لگن خانمها

دکتر زهرا محبوبی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)



آنومالی اسکن سه ماهه دوم

دکتر احمد رضا طهماسب پور (عضو کمیته تصویربرداری زنان انجمن رادیولوژی ایران)

Sonography Report							
Single: ✓							
Measurements (mm)	BPD	mm	%		Weeks		Days
	HC	mm	%		Weeks		Days
	FL	mm	%		Weeks		Days
	AC	mm	%		Weeks		Days
	Gestational Age(average sono): W + D					EDD: / /	
Estimated Fetal Weight: gr (%)							
CNS					Normal	Abnormal	Comments
	Skull shape & Intact cranium						
	CSP & Falx						
	Thalami						
	Lateral Ventricles						LV: mm
	Choroid plexus						
	Cerebellum						TCD: mm
	Cisterna Magna						CM: mm
	Spine (Coronal , Axial & Sagittal View)						
NF*: mm							
Face & Neck					Normal	Abnormal	Comments
	Upper Lip						
	Orbits						
	Midsagittal facial profile*						
	Nasal Bone*: mm						
	Neck (absence of masses)						

Chest & Heart		Normal	Abnormal	Comments
	Chest & Lungs			
	4Chambers view & heart position			
	LVOT*			
	RVOT*			
	3V* & 3VT*			
	Diaphragm (no hernia)			
	FHR: bpm	Rhythm: (regular / irregular)		
Abdomen		Normal	Abnormal	Comments
	Stomach & Situs			
	Intestine size & echo			
	Kidneys			
	Bladder			
	Abdominal wall & cord insertion			
	3VC*			
Limbs		Normal	Abnormal	Comment
	Arms , forearms , hands(presence)			
	Upper limbs joints position			
	Femurs , Legs, Feet(presence)			
	lower limbs joints position			
Sex	Male:	Female:	Not seen:	
Amniotic Fluid	Normal:	Abnormal:		
Placenta	Location & appearance:			
Presentation		Cervix:	mm (Abdominal)	
Comments:				
(*Optional component of checklist: can be evaluated if technically feasible)				



سونوگرافی بارداری سه ماهه دوم (Basic Anomaly Scan)

نام و نام خانوادگی:		تاریخ:	
تاریخ تولد:		پزشک معالج:	
مشخصات بیمار	G: Ab: P: Lch:	LMP:	GA by LMP:
	<p>- کیفیت انجام سونوگرافی در مطابقت با سن بارداری، AFI و Maternal body habitus به صورت (مطلوب، متوسط، محدود، بسیار محدود) می باشد.</p> <p>- رحم حاوی یک جنین زنده که در این زمان پوزاناسیون به صورت می باشد.</p> <p>- ضربان قلب در دقیقه و به صورت منظم است.</p> <p>- جفت در وضعیت و علائمی از previa مشاهده نمی شود.</p> <p>- طول سرویکس با روش ابدومینال میلی متر است.</p> <p>- میزان مایع آمنیوتیک و اکوی آن در مطابقت با سن حاملگی در حد طبیعی می باشد.</p> <p>- سن حاملگی در مطابقت با سونوگرافی قبلی معادل هفته و روز می باشد.</p> <p>- سن حاملگی در مطابقت با اندازه BPD, HC, AC, FL معادل هفته و روز می باشد.</p> <p>- وزن تقریبی جنین در این زمان: گرم که در حد منحنی % رشد برای این سن بارداری می باشد.</p> <p>- تاریخ تقریبی زایمان:</p> <p>- جنسیت:</p> <p>یافته‌ها:</p> <p>- هیدروسفالی دیده نمی شود. پوستریور فوسا طبیعی است. قطر بطن های طرفی مغز و قطر عرضی مخچه در محدوده طبیعی قرار دارند.</p> <p>- آنومالی واضح در ستون فقرات دیده نمی شود.</p> <p>- لب فوقانی واریت دو طرف طبیعی به نظر می رسند.</p> <p>- در بررسی توراکس ریه ها، دیافراگم و قلب (به صورت محدود) در حد طبیعی به نظر می رسند.</p> <p>- معده جنین در محل طبیعی مشاهده گردید. روده ها دارای اکو طبیعی می باشند. Cord insertion در محل طبیعی بوده و امفالوسل مشاهده نمی شود.</p> <p>- کلیه ها با اکو وابعاد طبیعی مشاهده شده و علائمی از پیلکتازی مشاهده نگردید. مثانه جنین حاوی ادرار می باشد.</p> <p>- در استخوان های بلند اندام های فوقانی و تحتانی آنومالی واضح مشاهده نمی شود.</p> <p>نتیجه:</p> <p>آنومالی اسکن Basic طبیعی برای این Gestational age (این سونوگرافی ردکننده تمام آنومالی ها بخصوص در مورد قلب و مغز جنین نمی باشد).</p> <p>(جزئیات اسکن انجام شده در صفحه بعد)</p>		

سونوگرافی بارداری بیومتری و کالرداپلر

جهت تعیین FGR بر اساس International Delphi survey Consensus

دکتر حمیدرضا حقیقت خواه (استاد و مدیر گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

دکتر سیده مهدیه سیدابراهیمی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

.....	تعداد جنین
سفالیک / بریچ / عرضی	Presentation
.....	FHR
.....	AFI/DVP
قدامی / خلفی / لترال	Placental location
سنترال / مائینال / ولانتوس	Cord insertion site
دو عدد / یک عدد	Number of umbilical cord arteries
..... Length Internal os (باز / بسته) Funneling ندارد Funneling دارد (طول قسمت funneling طول قسمت بسته سرویکس)	Cervical assessment (TAS/TVS)
W,D	سن بارداری (براساس LMP / سونوگرافی سه ماهه اول (NT))
BPD:..... mmW,D percentile	سن بارداری (بر اساس معیارهای بیومتریک)
HC:.....mmW,D percentile	
AC:.....mmW,....D percentile	
افت AC بیش از دو quartile در منحنی رشد (دارد/ندارد)	
FL:..... mm ...W,D percentile	
HL:.....mm ...W,....D percentile	
TCD:.....mmW ,.....D percentile	
	EDD



gr..... (percentile)	وزن جنین
افت EFW بیش از دو quartile در منحنی رشد (دارد / ندارد)	
Color doppler	Color doppler
UA PI: (%) UA S/D ratio:	Umbilical artery
MCA PI (%) MCA PSV: (mom)	MCA
Percentile	CPR (MAC PI/umbilical artery PI)
PI.....(%)	Ductus venosus
a wave (positive / absent / negative)	
RT Utr artery PI, LT Utr artery PI Mean Utr artery PI (%) Utr artery S/D ratio:	uterine artery
pulsatile/ non pulsatile	Umbilical vein

AC or EFW > ۳-۱۰٪ و حجم مایع آمنیوتیک نرمال و داپلر نرمال / Uterine art PI < ۰.۹۵	Early (<32w) Late (≥32w)	SGA	معیارهای تشخیصی FGR و SGA براساس International Delphi survey Consensus
۱. AC or EFW > ۳٪ یا فقدان جریان خون پایان دیاستولی (AEDF) در شریان ناف یا ۲. AC or EFW > ۱۰٪ به همراه یکی از موارد زیر: - PI متوسط شریان رحمی بیش از ۰.۹۵ - PI شریان ناف بیش از ۰.۹۵	Early (<32w)	FGR	
۳. AC or EFW - > ۳٪ یا وجود حداقل دو معیار زیر: ۱. AC or EFW > ۱۰٪ ۲. کاهش صدک AC یا EFW بیش از دو quartile ۳. نسبت PI شریان مغزی میانی به PI شریان ناف (CPR) کمتر از ۵ درصد یا PI شریان ناف بیشتر از ۰.۹۵	Late (≥32w)		

SGA follow up (داپلر نرمال)
۱/ سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یکبار
۲/ بیوفیزیکیال پروفایل هر دو هفته یکبار
۳/ داپلر بند ناف و MCA و CPR هر دو هفته یکبار

SGA follow up (داپلر شریان رحمی غیر طبیعی (Uterine artery PI < 95%))
۱/ سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یکبار
۲/ بیوفیزیکیال پروفایل هر هفته یکبار
۳/ داپلر بند ناف و MCA و CPR هر هفته یکبار

FGR staging & follow up			
مرحله FGR	پاتوفیزیولوژی	معیار (هر کدام از)	ارزیابی (حداقل فاصله زمانی)
I	کوچکی شدید و یا نارسایی خفیف جفتی	<ul style="list-style-type: none"> • EFW < 3% • CPR < 5% • MCA PI < 5% • UA PI > 95% • Utr A PI > 95% 	<ul style="list-style-type: none"> • سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یکبار • داپلر هر هفته • بیوفیزیکیال پروفایل دو بار در هفته
II	نارسایی شدید جفتی	<ul style="list-style-type: none"> • UA AEDF 	<ul style="list-style-type: none"> • داپلر و بیوفیزیکیال پروفایل دو بار در هفته
III	نارسایی شدید جفتی و احتمال کم اسیدوز جنینی	<ul style="list-style-type: none"> • UA REDF • DV PI > 95% 	<ul style="list-style-type: none"> • داپلر و بیوفیزیکیال پروفایل حداقل هر ۲۴-۴۸ ساعت
IV	نارسایی شدید جفتی و احتمال بالای اسیدوز جنینی	<ul style="list-style-type: none"> • DV reverse a flow 	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع فوری به متخصص زنان جهت مانیتورینگ مستمر قلب جنین
EFW: Estimated Fetal Weight CPR: Cerebroplacental Ratio UA: Umbilical Artery PI: Pulsatility Index MCA: Middle Cerebral Artery		ADF: Absent Diastolic Flow AEDF: Absent End Diastolic Flow DV: Dactus Venosus UtA: Uterine Artery Aol: Aortic isthmus Index	



Conclusion:

- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع SGA (early/late) می‌باشد و داپلر نرمال است. سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یکبار و بیوفیزیکیال پروفایل هر دو هفته یکبار و داپلر بند ناف و MCA و CPR هر دو هفته یکبار توصیه می‌گردد.
- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع SGA (early/late) می‌باشد و Uterine artery PI < ۹۵٪ است. سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یکبار و بیوفیزیکیال پروفایل هر هفته یکبار و داپلر بند ناف و MCA و CPR هر هفته یکبار توصیه می‌گردد.
- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع FGR (early / late) می‌باشد و stage آن ۱..... است و مطرح کننده نارسایی خفیف جفتی است. سونوگرافی بیومتری هر دو هفته یک بار و بیوفیزیکیال پروفایل دو بار در هفته و داپلر هر هفته توصیه می‌گردد.
- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع FGR (early / late) می‌باشد و stage آن ۲..... است و مطرح کننده نارسایی شدید جفتی است. سونوگرافی داپلر و بیوفیزیکیال پروفایل دو بار در هفته توصیه می‌گردد.
- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع FGR (early / late) می‌باشد و stage آن ۳..... است و مطرح کننده نارسایی شدید جفتی و احتمال کم‌اسیدوز جنینی است. سونوگرافی داپلر و بیوفیزیکیال پروفایل حداقل هر ۲۴-۴۸ ساعت توصیه می‌گردد.
- طبق International Delphi Survey Consensus مجموع یافته‌ها به نفع FGR (early / late) می‌باشد و stage آن ۴..... است است و مطرح کننده نارسایی شدید جفتی و احتمال بالای اسیدوز جنینی است. ارجاع فوری به متخصص زنان جهت مانیتورینگ مستمر قلب جنین توصیه می‌گردد.
- * لازم به ذکر است که management های ارائه شده جهت FGR و SGA بر اساس گایدلاین کشوری تدوین شده است و هر گونه اصلاح، حذف یا اضافه آن منوط به تایید و صلاحدید کمیته OB و GYN انجمن رادیولوژی خواهد بود.

فرمت استاندارد نروسونوگرافی جنین

در سه ماهه دوم و سوم بارداری

دکتر محمدعلی کریمی (رئیس مرکز آموزشی انجمن رادیولوژی ایران)

نام مادر باردار: سن: تاریخ:

• تکنیک: سونوگرافی ترنس ابدومینال با نماهای اگزیتال، کرونال و ساجیتال

(همراه با سونوگرافی ترنس واژینال)

• سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول: هفته و روز

• رشد جنین بر اساس بیومتری سونوگرافی فعلی: هفته و روز

شرح	ابنورمال	نرمال	پارامتر
اندازه‌گیری‌ها			
		✓	BPD=? mm ?W?D
		✓	HC=? mm ?W?D
		✓	Lateral ventricl (atrium)= ?mm
		✓	TCD (cerebellum)= ?mm
		✓	mm? =angaM anretsiC
جمع‌بندی			
		✓	شکل
		✓	سایز
		✓	سوچورها
		✓	مینرالیزاسیون
		✓	دیفکت
مغز- سوپراتنتوریوم			
		✓	قرینگی نیمکره‌ها
		✓	تکامل کلی جایروس‌ها
		✓	تکامل فیشر سلوین
		✓	فالکس



شرح	ابنورمال	نرمال	پارامتر
		√	کاووم سپتوم پلوسیدوم
		√	کورپوس کالوزوم
		√	تلاموس ها
		√	بطن جانبی
		√	بطن سوم
			یافته های دیگر
پوستریور فوسا- اینفرانتتوریوم			
		√	شکل مخچه
		√	سایز مخچه
		√	ورمیس
		√	سیسترنامگنا
		√	بطن چهارم
			یافته های دیگر
ستون مهره ها و نخاع			
		√	یکپارچگی پوست
		√	یکپارچگی مهره ها
		√	tnemngilA مهره ها
		√	ساکروم
		√	کورد
		√	محل کونوس مدولاریس
			یافته های دیگر

نتیجه:

- نوروسونوگرام طبیعی جنین در هفته ؟ بارداری

توصیه ها:

.....

.....

سونوگرافی طیف جفت اکترا

دایراکرتا

دکتر مرتضی طهماسبی (دانشیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور)

الف، عنوان دقیق خدمت مورد بررسی:

.....

نام بیمار:

ب، علت مراجعه:

بررسی سونوگرافی طیف جفت اکترا (PAC) spectrum accrete placenta

.....

سونوگرافی هفته ۶ تا ۷ در بیماران با سزارین قبلی:

• رویت محل ساک بارداری و ارتباط آن با محل سزارین:

• ضخامت میومتر در محل سزارین:

سونوگرافی اواخر سه ماهه اول بارداری از نظر اکرتا

• محل جفت:

• ضخامت میومتر در محل سزارین:

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | لاکون جفت |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | واسکولاریتی الکون |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | شفافیت رتروپلاسنٹا |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | اینترفیس غیرطبیعی مثانه |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | هیپروواسکولاریتی بیوتروویکولر |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | Vessels بریجینگ |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | ساب پلاسنٹا هیپروواسکولاریتی |



سونوگرافی سه ماهه دوم و سوم بارداری از نظر جفت اکرتا

• محل جفت:

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | لاکون جفت..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | واسکولاریتی لاکون..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | شفافیت رتروپلاسنتا..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | اینترفیس غیرطبیعی مثانه..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | توده جفت اگزوفیتیک..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | برآمدگی جفت Bulge Placenta..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | برجینگ Vesseles..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | هیپروواسکولاریتی یوتروویکوالر..... |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | اکستنشن عروق جفت به دهانه رحم.. |
| <input type="radio"/> ندارد | <input type="radio"/> دارد | ساب پلاسنتا هیپروواسکولاریتی..... |



اکوی قلب جنین

دکتر بهناز مرادی (دانشیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

نام بیمار:

علت ارجاع:

هفته جنین:

سایتوس احشاداخل شکمی: طبیعی

سایتوس و محور قلب: طبیعی

سایز قلب: طبیعی

بند ناف: دو شریان و یک ورید

تعداد ضربان قلب (FHR):

اتصالات دهلیزی بطنی و اتصالات بطن ها و عروق اصلی طبیعی است.

دهلیزها: سایز طبیعی دارند. سوراخ فورامن اوواله سایز و جهت فلوی طبیعی دارد.

بطن ها: سایز طبیعی دارند. موقعیت بطن ها d-loop می باشد. Offset طبیعی رویت شد. سپتوم بطنی ضخامت طبیعی داشته و شواهد سوراخ در سپتوم بطنی رویت نشد.

خروجی های قلب: خروجی راست و چپ هر دو نمای طبیعی دارند. دریچه آئورت و پولمونری نمای طبیعی دارند.

قوس آئورت و داکتوس: سایز و فلوی طبیعی دارند.

سیستم وریدی: نمای بای کاوال طبیعی است. حداقل دو ورید تحتانی پولمونری چک شدند و اتصال طبیعی با قلب دارند. داکتوس ونوسوس با فلوی طبیعی رویت شد.

توده قلبی یا پریکاردیال: رویت نشد

افیوژن در فضای پلورال و پریکاردیال: رویت نشد.



▪ اندازه‌گیری‌ها:

- ضخامت سپتوم بین بطنی:
- سرعت فلوی شریان پولمونری:
- سرعت فلوی شریان آئورت:
- نسبت کاردیوتوراسیک:
- Teiindex:

▪ نتیجه‌گیری:

- (دقت تشخیص اکوکاردیوگرافی زیر ۸۰-۹۰٪ بوده و سوراخ‌های ریز قلبی و اختلالات تکاملی مانند نارسایی‌های قلبی و آریتمی و ممکن است در اکوکاردیوگرافی سه ماه دوم قابل تشخیص نباشند و در هفته‌های بالا تظاهر کنند.)

سونوگرافی غربالگری سه ماهه اول (NT)

و آنومالی اسکن سه ماهه اول

دکتر فهمیه عزیزی نیک (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

در بررسی سونوگرافی، تصویر یک جنین در رحم مشاهده شد.
جفت در قدام / خلف رحم با نمای نرمال بدون شواهد تغییرات cystic روییت گردید.
حرکات جنین و فعالیت قلب دیده شد. (FHR=.....)
سن بارداری بر اساس CRL= معادل d + w اندازه گیری شد.
NT طی سه بار اندازه گیری استاندارد، حداکثر mm روییت گردید.
طول سرویکس در سونوگرافی شکمی mm اندازه گیری شد.

■ آنومالی اسکن سه ماهه اول:

- اسفیکاسیون کرانیوم و کنتور و shape آن برای سن نرمال روییت گردید.
- فالکس اینترهمیسفریک نرمال می باشد و کورونئید پلکسوس با نمای نرمال (butterfly) بطن جانبی را پر کرده است.
- قلب درون قفسه سینه با ریتم منظم روییت شد و در حد قابل ارزیابی، Axial در نمای 4chamber در نمای نرمال دیده شد.
- حباب معده در شکم روییت گردید.
- دیفکت واضح در جدار قدامی شکم جنین دیده نشد و محل اتصال بند ناف به شکم جنین نرمال می باشد.
- مثانه روییت گردید و متسع نمی باشد.
- هر ۴ اندام حاوی ۳ سگمنت و دارای حرکات نرمال دیده شد.



▪ آنومالی اسکن Advanced / detailed سه ماهه اول

:Head and brain

- پوستریور فوسا شامل BS و IT و CM با ضخامت نرمال مشاهده شد. (IT= ... mm)

:Face

- Retro nasal triangle با نمای نرمال دیده شد و اوربیت ها دارای نمای نرمال برای سن میباشند.
- NB مشاهده شد.

:Thorax

- ریه ها و حدود دیافراگم در حد قابل بررسی در این سن نرمال مشاهده شد.

:Heart

- محور، سایز، پوزیشن (situs) و ریتم قلب نرمال رویت گردید. در حد قابل ارزیابی در این سن، نمای 4chamber قلب و out flow ها و 3VT بصورت نرمال در gray scale / کالر داپلر رویت شد.
- شواهد TR در این سن رویت نگردید.
- داکتوس ونوزوس (DV) دارای فلو و مسیر نرمال می باشد.

:Abdomen

- حباب معده زیر دیافراگم و در سمت چپ شکم دیده شد.
- کلیه ها نرمال مشاهده شد.
- دو شریان نافی در اطراف مثانه و 3vessel cord رویت گردید.

:Spine

- با shape و continuity نرمال برای سن رویت گردید.

بیوفیزیکال پروفایل

دکتر آیدا روستایی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

پارامتر	ارزیابی	نمره‌گذاری	جزئیات
۱. تون عضلانی	بررسی حرکات مشخص عضلات جنین مانند خم شدن و باز شدن دست‌ها و پاها	۲ امتیاز: حرکات طبیعی پا خم شدن و باز شدن دست / پا بیشتر از یک بار ۰ امتیاز: هیچ حرکتی یا حرکات غیرطبیعی و غیرهماهنگ	حرکات دست‌ها و پاها باید قابل مشاهده باشند. بررسی خم شدن بدن جنین و واکنش‌های حرکتی در پاسخ به تحریکات خارجی
۲. حرکات تنفسی جنین	مشاهده الگوهای تنفسی جنین در داخل رحم (نه فقط حرکات‌های دیافراگم بلکه حرکات تنفسی واقعی)	۲ امتیاز: حرکات تنفسی قابل مشاهده برای حداقل ۳۰ ثانیه ۰ امتیاز: هیچ حرکتی یا کمتر از ۳۰ ثانیه حرکات تنفسی	این حرکات معمولاً از طریق سونوگرافی مداوم قابل مشاهده است. باید تنفس فعال، نه فقط حرکات تنفسی غیرفعال مشاهده شود.
۳. حرکات بدن جنین	مشاهده حرکات کلی بدن جنین مانند چرخش‌ها، حرکات‌های دست و پا و تکان خوردن	۲ امتیاز: حرکات منظم و فعال بدن (حداقل سه حرکت در ۳۰ دقیقه) ۰ امتیاز: حرکات کم یا غیرطبیعی	این حرکات‌ها یا شامل چرخش یا کشش بدن یا حرکات‌های سریع در اندام‌ها می‌باشد. کمبود حرکات ممکن است نشانه مشکلات با سلامت جنین باشد.
۴. حجم مایع امنیوتیک	بررسی حجم مایع امنیوتیک از طریق اندازه‌گیری عمق بزرگترین پاکه	۲ امتیاز: عمق بزرگترین پاکه بیشتر از ۲ سانتی‌متر ۰ امتیاز: عمق بزرگترین پاکه کمتر از ۲ سانتی‌متر	در این بخش معمولاً از SP استفاده می‌شود لیکن در صورت AFI کمتر از ۵ به‌تراست ارزیابی بعد از ۳۰ دقیقه بررسی دقیق‌تر در بیمار در حالت SUPINE انجام شود تا بین پاکه‌ها تعادل ایجاد شود.
۵. ضربان قلب (NST)	بررسی ضربان قلب جنین و واکنش آن به حرکات جنینی	۲ امتیاز: ضربان قلب جنین واکنش مثبت دارد (افزایش ضربان در مدت ۱۵ ثانیه به ازای هر حرکت جنین) ۰ امتیاز: ضربان قلب جنین غیر واکنشی است (یعنی هیچ افزایش ضربانی دیده نمی‌شود)	معمولاً با استفاده از دستگاه مانیتورینگ NST قلب جنین انجام می‌شود که برای مشاهده الگوی ضربان قلب و تغییرات آن در پاسخ به حرکات جنین طراحی شده است.



▪ نکات ضمیمه‌ای:

۱. در بررسی Fetal movement حرکت‌های عمومی‌تر و گسترده‌تر بدن جنین برای مثال صرفاً حرکت دست و پا و چرخش بدن بررسی می‌شود لیکن در بررسی Fetal tone توانایی جنین برای انجام حرکت عضلانی طبیعی و هماهنگ و حرکات خاص و هدفمند باز و خم شدن عضلات بررسی می‌گردد.
۲. در موارد اولیگوهایدرامینیوس باید تاثیر کاهش مایع آمنیوتیک بر حرکت‌های جنین در نظر گرفته شود و برای جلوگیری از کاهش کاذب امتیاز حرکات جنین ارزیابی حرکات در یک دوره طولانی تر از ۳۰ دقیقه انجام می‌شود (مثلاً ۶۰ دقیقه) حتی گاهی اوقات ممکن است نیاز به تکرار آزمایش BPP در فواصل زمانی چند ساعت باشد زیرا تغییر در وضعیت جنین یا تغییرات فیزیولوژیکی در طول زمان می‌تواند تاثیر مثبتی بر امتیاز حرکات و تون عضلانی جنین داشته باشد. همچنین استفاده از آزمایش‌های مکمل مانند داپلر سونوگرافی برای بررسی جریان خون جفت و عملکرد قلب جنین می‌تواند به ارزیابی بهتر وضعیت جنین کمک کند.
۳. در بیمارانی که سابقه مشکلات خاص مانند دیابت بارداری یا فشار خون دارند باید توجه ویژه‌ای به تغییرات مایع آمنیوتیک و تاثیر آن به BPP داشته باشیم در این موارد ممکن است نیاز به پیگیری دقیق تر و ارزیابی‌های مکرر داشته باشیم.
۴. در موارد اولیگوهایدرامینیوس اگر جنین کوچکتر از حد طبیعی باشد ممکن است نتایج بیوفیزیکیال به طور کاذب نشان‌دهنده مشکلات باشد ارزیابی وزن تخمینی در کنار BPP می‌تواند به تشخیص دقیق‌تر کمک کند.
۵. اگر ممکن است از مادر بخواهید که از مصرف داروهای آرام‌بخش یا مسکن‌ها قبل از انجام BPP پرهیز کند داروهای آرام‌بخش یا ضد اضطراب می‌تواند باعث کاهش موقتی حرکات جنین شوند در صورتی که مصرف دارو اجتناب‌ناپذیر باشد ارزیابی BPP را به مدت حداقل ۱ تا ۲ ساعت پس از مصرف دارو انجام دهید تا تاثیرات موقت دارو بر حرکات جنین، تنفس و تون از بین برود در صورتی که دارو تاثیر منفی بر حرکات جنین گذاشته است پیشنهاد می‌شود که آزمایش را بعد از مدت زمانی معین مثلاً ۴-۶ ساعت مجدداً تکرار کنید این کار کمک می‌کند تا اثرات دارو از بین رفته و حرکات طبیعی جنین ارزیابی شود همچنین آزمایش‌های تکمیلی مانند:
 - داپلر سونوگرافی برای ارزیابی وضعیت جنین و جریان خون در جفت و یا استفاده از تحریکات خارجی می‌تواند کمک کننده باشد.
۶. موقعیت قرارگیری در حفره رحمی به امتیاز BPP تاثیر دارد برای مثال موقعیت عرضی جنین ممکن است بطور کاذب باعث کاهش حرکات جنین شود چون جنین فضای کمتری برای حرکت‌های آزادانه دارد در این موارد به دلیل محدودیت حرکت ارزیابی طولانی‌تر در مدت زمان ۶۰ دقیقه توصیه می‌شود و همچنین دقت بیشتری در مشاهده حرکات لازم است چون ممکن است جنین در موقعیت عرضی حرکات کوچکتری انجام دهد که باید بطور دقیق ثبت شود در این جنین‌ها در صورتی که ممکن باشد در بعضی موارد سونوگرافی ترانس و اژینال می‌تواند کمک کند تا وضعیت دقیق‌تری از حرکات جنین

- و سایر پارامترها به دست آید همچنین پیگیری مکرر در مراحل بعدی بارداری توصیه می‌شود، تا وضعیت جنین و حرکات او بهتر تحت نظر قرار گیرد.
۷. در جنین‌های ماکروزوم (بیشتر از ۴ کیلوگرم) با توجه به کم بودن فضای آمیوتیک نسبت به جنین، لذا جنین‌های ماکروزوم ممکن است تنفس و حرکات کمتری داشته باشد به دلیل محدودیت در فضا ارزیابی طولانی‌تر در حد ۶ دقیقه توصیه می‌شود. همچنین در جنین‌های ماکروزوم ممکن است تغییر در نوع حرکت داشته باشیم برای مثال به حرکات‌های بزرگتر یا بیشتر عضلات بزرگ باید دقت کرد. لذا در این جنین باید دقت بیشتری به نوع حرکت داشت نه صرفاً تعداد حرکات. در این جنین‌ها حرکات فشاری و عمده ممکن است جایگزین حرکات ریز و معمولی شوند.
۸. سکسکه می‌تواند به عنوان یک علامت از فعالیت تنفسی محسوب شود چرا که به دلیل انقباضات دیافراگم رخ می‌دهد و می‌تواند نشان‌دهنده فعالیت طبیعی تنفسی و آمادگی ریه‌های جنین باشد اگر سکسکه بیشتر از ۳۰ ثانیه طول بکشد می‌تواند نشان‌دهنده عملکرد طبیعی دستگاه تنفسی جنین باشد و به عنوان یک نشانه مثبت برای ارزیابی تنفسی جنین تلقی شود.
۹. سکسکه بیشتر از ۳۰ ثانیه، حرکات دیافراگمی هماهنگ بدون تنفس واضح، پاسخ‌های تنفسی به تحریکات سونوگرافی یا فشار به شکم مادر می‌توانند به عنوان جایگزین ارزیابی تنفسی در نظر گرفته شوند.
۱۰. حرکات عضلانی عمده و واضح بدن به جای حرکات ظریف دست و پا به ویژه در جنین‌های ماکروزوم، حرکت‌های جنینی در پاسخ به تحریکات وارد شده به شکم مادر به ویژه در جنین‌های اولیگوهایدرامنیوس یا ماکروزوم و سکسکه طولانی بیشتر از ۳۰ ثانیه می‌تواند به عنوان جایگزین ارزیابی حرکت در جنین گرفته شود.
۱۱. حرکات کوچک نظری کشیدگی اندام‌ها یا حرکات ملایم به ویژه در جنین‌های IUGR، حرکات کوچک جنین در پاسخ به تحریکات مکانیکی یا تغییر فعالیت مادر می‌تواند به عنوان جایگزین تون عضلانی در نظر گرفته شود.
۱۲. افزایش مقاومت عروقی در عروق نافی و رحمی و MCA و کاهش سرعت جریان خون در MCA می‌تواند نشان‌دهنده کاهش تون عضلانی باشد در مقابل افزایش سرعت جریان خون در MCA می‌تواند نشان‌دهنده واکنش‌های فعال جنینی باشد این پارامترها بیشتر در جنین‌های مبتلا به فلج مغزی یا اختلالات عصبی عضلانی و جنین‌های ماکروزوم می‌تواند کمک‌کننده باشد.



نام: نام خانوادگی: سن:

- حاملگی با یک جنین زنده و فعال در وضعیت مشهود است.
- بر اساس سونوی تریمستر اول سن حاملگی حدود هفته و روز است.
- F.H.R و میزان A.F و احشاء قابل رویت جنین نرمال است.
- جفت در ناحیه مشاهده شد.
- SP=cm و AFI=cm
- BPP بدون NST برابر ۸/۱؟ می باشد.
- Amniotic fluid=?/2
- Fetal tone=?/2
- Fetal breathing=?/2
- Fetal movement=?/2

سونوگرافی داپلر تخصصی آندومتریوزیس

سونوگرافی داپلر ترانس واژینال یا ترانس رکتال جهت بررسی آندومتریوزیس

دکتر رضا سعادت مصطفوی (استاد یار سابق رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران)

- **ابعاد رحم:** قطر کرانیو کودال * قدامی خلفی * عرضی
- **میوم رحمی:** مشاهده نمی شود / مشاهده می شود: تعیین اندازه، محل (موقعیت آناتومیک، قدامی یا خلفی)، تعیین FIGO، شدت اثر فشاری بر آندومتر (در صورت وجود میوم ساب موکوزال)، حدود خارجی (منظم، نامنظم)، اکوی داخلی (هوموژن، هتروژن، وجود تغییرات کیستیک) و میزان واسکولاریته در داپلر با تعیین Doppler score
- **آدنومیوز:** مشاهده نمی شود / مشاهده می شود: تعیین شدت (خفیف، متوسط، شدید) و محل (منتشر، دیواره قدامی یا خلفی)، آدنومیوم فوکال (سایز و محل)
- **درگیری آندومتریوزی میومتر:** مشاهده نمی شود / مشاهده می شود: تعیین سایز و محل
- **اندومتر:** ضخامت، حدود (منظم، نامنظم)، پولیپ مشاهده نمی شود / می شود: (تعیین سایز، محل و وجود پدیکل عروقی)
- **تخمدان راست و چپ:** سایز تخمدان، وجود کیست آندومتریوما، کیست غیر آندومتریوما و یا توده سالید (در صورت وجود، ذکر سایز، مشاهده و یا عدم مشاهده سپتا، ندول سالید جداری، واسکولاریته و سایر ویژگی های توده های سالید و کیستیک در تقسیم بندی ORADS)
- **چسبندگی تخمدان ها به رحم:** تعیین شدت به صورت خفیف (محدودیت حرکت مختصر)، متوسط (حد فاصل خفیف و شدید)، شدید (کاملاً بدون حرکت) و یا وجود چسبندگی تخمدان ها به یکدیگر (Kissing ovaries)
- **هیدروسالپنکس راست و چپ:** مشاهده نمی شود / مشاهده می شود: ذکر قطر قدامی خلفی و در صورت وجود، یافته های غیر طبیعی همراه (ضخیم شدگی، نامنظمی و یا ندول سالید دیواره و افزایش واسکولاریته)
- **کمپارتمان خلفی:** در فشار پروب و همچنین مانور همزمان دست از روی شکم، در کولدوساک، خلف رحم و اطراف فوندوس چسبندگی: مشاهده نمی شود / می شود: تعیین محل و شدت (خفیف، متوسط، شدید)



- **ندول رکتوم، سیگموئید:** مشاهده نمی‌شود / می‌شود: تعیین سایز (طول، قطر قدامی خلفی و عرضی)، عمق درگیری (سرروز، لایه عضلانی، زیر مخاطی)، درصد محیط درگیری روده، فاصله لبه تحتانی ندول از آنوس
- **ندول سکوم و یا آپاندیس:** مشاهده نمی‌شود / می‌شود: ذکر محل و تعیین سایز
- **یوتروساکرال لیگامان دو طرف:** طبیعی / غیرطبیعی (تعیین ضخامت و یا سایز ندول)
- **کمپارتمان قدامی:** در فشار پروب، چسبندگی در حد فاصل رحم و مثانه مشاهده نمی‌شود / می‌شود: تعیین شدت (خفیف، متوسط، شدید)
- **ندول اندومترئوز در کمپارتمان قدامی و یا دیواره مثانه:** مشاهده نمی‌شود / می‌شود: تعیین محل و سایز، در صورت درگیری مثانه ذکر موقعیت آناتومیک (trigone, base, dom) و عمق درگیری (سرروز، لایه عضلانی، مخاط)
- **ندول سپتوم رکتواوژینال:** مشاهده نمی‌شود / می‌شود: تعیین سایز و محل
- **ندول فورنیکس قدامی و یا خلفی:** مشاهده نمی‌شود / میشود: تعیین سایز و محل
- **نتیجه:** ذکر یافته‌های با اهمیت، بدون ذکر جزئیات

سونوگرافی کالر داپر لگن

به روش ترانس واژینال / ترانس ابدومینال

دکتر مهروز ملک (استاد تمام رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

رحم:

- رحم به طول $mm?$ و دیامترهای آنتروپوستریور و مدیولترال $mm?*$ سایز (متناسب با سن و پاریته بیمار، بزرگتر از حد نرمال، کوچکتر از حد نرمال) داشته، اکوی میومتریال (نرمال)، اکوی میومتریال هتروژن و محو بودن جانکشنال زون مطرح کننده آدنومیوز منتشر) می باشد.
- در صورت وجود میوم: سایز، مکان و تعیین FIGO
- آندومتر به ضخامت $mm?$ (روز؟ از LMP) با نمای (متناسب با LMP / نامتناسب با LMP) و اکوپترن نرمال دیده می شود و صاف و منظم است. در کاویته آندومتر، پولیپ یا ضایعه فضاگیر دیگری مشاهده نشد.
- در صورت ضخامت افزایش یافته آندومتر: آندومتر به ضخامت؟ ضخیمتر از حد نرمال است و در بررسی کالر داپلر (افزایش وسکولاریته شدید، متوسط، بدون وسکولاریته واضح، با stalk عروقی) و حدود آندومتر (صاف و منظم، نامنظم) میباشد. توصیه به اقدام بعدی (SIS، بررسی بافت شناسی)
- در صورت پاتولوژی کنسر آندومتر: ابعاد سه بعدی آندومتر ($mm?*$?)، عمق تهاجم به میومتر (با درصد ویا با تعیین بیشترین عمق تهاجم $mm?$ یا درصد تهاجم) و گسترش (به سرویکس، به سطح سروزال رحم، تهاجم به ادنکس و...)

تخمدانها و آدنکس:

نما و سایز تخمدانها:

- هر دو تخمدان دارای فولیکولهای نابالغ متعدد در ناحیه ساب کورتیکال هستند که به نفع PCOM می باشد (تخمدان راست به حجم و تخمدان چپ به حجم). تطابق با سایر یافته های آزمایشگاهی و کلینیکال ضروری است.
- هر دو تخمدان ابعاد کمتر از حد طبیعی داشته و نمای اتروفیک دارند.
- تخمدان راست به ابعاد $mm?$ دارای شکل واکوپترن طبیعی می باشد.
- تخمدان چپ به ابعاد $mm?$ دارای شکل واکوپترن طبیعی می باشد.
- ضایعه فضاگیر کیستیک یا سالیید در آدنکسها دیده نشد.



در صورت وجود ضایعه آدنکسال:

- تصویر ضایعه (unilocular cystic) بدون جزء سولید، با جزء سولید (multilocular cystic) با سپتاهای، سولید (با color score (?)) از منشاء (تخمدان، خارج از تخمدان) لوله، رحم، اپاندیس، ... (ناشناخته) مشهود است. (ORADS ?)
- تعیین نوع مدالیتة تصویربرداری بعدی در صورت لزوم

▪ سرویکس:

- سرویکس به طول mm? نمای طبیعی داشته توده ماکروسکوپیکی در استروما وکانال اندوسرویکال مشاهده نشد.

در صورت وجود توده سرویکس:

- محل توده (استرومای سرویکس، کانال اندوسرویکال) ابعاد توده (mm? *? *?)، حدود توده (حدود مشخص، حدود نامشخص) و سکولاریته در کالر داپلر، گسترش به قسمت‌های دیگر

در صورت پاتولوژی کنسر سرویکس:

- ذکر ابعاد تومور (mm? *? *?)، فاصله تا (1.0 mm?)، درگیری پارامتریال و ...
- فورنیکس‌ها و دیواره‌های واژن طبیعی هستند. (در صورت وجود توده: ماهیت، ابعاد، مکان و بررسی کالر داپلر و تهاجم)

▪ مایع لگنی:

- مایع آزاد در لگن مشاهده نشد.
- در صورت وجود مایع آزاد، آیا ماهیت التهابی/ عفونی/ هموراژیک دارد و یا آیا ندولاریته پریتون و آسیت وجود دارد.

▪ کمپارتمان قدامی لگن:

- یورترا و دیواره‌های مثانه و (UV) دوطرف نرمال هستند.
- اگر شواهد چسبندگی یا تهاجم تومورال به دیواره مثانه، (UV) و دیستال حالب دوطرف و یا یورترا وجود دارد: نوع درگیری و وجود یا عدم وجود هیدروپروترونفروز
- اگر توده و یا تهاجم در یورترا وجود دارد: سایز و کالر داپلر

▪ کمپارتمان خلفی لگن:

- سپتوم رکتوواژینال و موسکولاریس پروپریای رکتوم نمای طبیعی دارند.
- در مانور sliding، حرکات کمپارتمان‌های قدامی و خلفی و تخمدان‌ها نرمال است. شواهد سونوگرافیک واضحی از آندومتریوز لگنی و ندول DIE دیده نشد. (بهتر است در تمام بررسی‌های واژینال این بررسی انجام شود)
- پوچ دوگلاس نرمال است (آیا بدلیل آندومتریوزیس و یا چسبندگی‌های دیگر و یا تومور اوبلیتره است؟)

▪ لنف نود لگنی:

- در حد دقت سونوگرافی (ترانس واژینال/ترانس رکتال/ترانس ابدومینال) لنف نود لگنی مشاهده نشد.
- در صورت مشاهده لنف نود لگنی (مکان، سایز، نما (راکتیو و یا متاستاتیک)



سونوگرافی ترانس واژینال سه بعدی

فرمت جوابدهی سونوگرافی ترانس واژینال سه بعدی

دکتر لیلا بیانی (رئیس بخش رادیولوژی بیمارستان ارش)

رحم:

- وضعیت قرارگیری: انته ورته/رترو ورته/انته ورته رتروفلکسه/رترو ورته انتروفلکسه/لترو ورته راست یا چپ.
- سایز: (در سه بعد)
- اکوپترن: نرمال، میوماتوز که بزرگترین میومها با سایز در دو بعد و میومهای بزرگ در سه بعد با ذکر دقیق محل (قدام/خلف/لترال راست/لترال چپ/سگمان تحتانی/بادی/فوندوس....) و نوع FIGO ذکر شود.
- ادنومیوزیس: یافته‌ها ذکر شود: ساب اندوتلیال فوکوس، ساب اندوتلیال bud / نواحی لیناریا کیستی ساب اندوتلیال/بزرگی گلوبال/افزایش ضخامت غیرقرینه دیواره (دیواره خلفی یا قدامی ذکر شود)/جانکشن میومتر و اندومتر محو میباشد یا نه. وجود سایه خلفی خطی ذکر شود.

سرویکس:

- نمای گری اسکیل نرمال و کالر داپلر نرمال ذکر شود.

تخمدانها:

- سایز و اکوپترن

۳D:

بعد از بازسازی سه بعدی و بررسی نماهای کروئال یافته‌های ذیل ذکر شود:

- اگر میوم داشته: اثر فشاری یر اندومتر و درصد آن ذکر شود. (FIGO)
- در ادنومیوزیس ذکر شود: (JZ, irregular JZ, poorly defined junctional zone) interrupted JZ در توصیف ذکر شود.
- ادنومیوزیس فوکال و محل آن ذکر شود.

شکل رحم:

- نرمال / septate, arcuate/bicornuate/unicornuate

در صورت وجود انومالی‌های مولرین:

- در uterus septate: طول سپتا، فاصله سپتا تا int os ذکر شود. ادامه سپتا به سرویکس ذکر شود.
- Communicating در محل ایسموس هست یا خیر.
- External myometrium: نرمال هست یا cleft دارد.
- در دوشاخ شکاف میومتر تا کجا ادامه دارد.
- در تک شاخ ایا شاخ فرعی وجود دارد ایا شاخ فرعی حاوی اندومتر هست و آیا با کاویته اصلی مرتبط هست یا نه

سونوهیستروگرافی

(ترانس آبدومینال- ترانس واژینال)

دکتر فیروزه احمدی (دانشیار رادیولوژی پژوهشکده رویان)

نام و نام خانوادگی: تاریخ مراجعه: / /

شماره پرونده: LMP: روز سیکل

سونوگرافی رحم و ضمامم (ترانس آبدومینال- ترانس واژینال)

- ابعاد رحم:
 - موقعیت رحم:
 - اکوپترن رحم:
 - ضخامت آندومتر:
 - اکوپترن آندومتر:
 - ابعاد تخمدان راست: حجم:
 - ابعاد تخمدان چپ: حجم:
- مایع آزاد در لگن و در کلدوساک خلفی رویت نشد.

توضیحات:

	0	Pedunculated submucous fibroid
	1	submucous fibroid, < 50 % intramural
	2	submucous fibroid, ≥ 50 % intramural
	3	completely intramural fibroid but abutting the endometrium
	4	completely intramural without contact with endometrium or serosa
	5	Subserous fibroid, ≥ 50 % intramural
	6	Subserous fibroid, < 50 % intramural
	7	Pedunculated Subserous fibroid
	8	Others (e.g. Cervical, parasitic)
2-5		Submucosal and subserosal. each with less than half the diameter in the endometrial and peritoneal cavities. respectively

نام و نام خانوادگی: تاریخ مراجعه: / /
 شماره پرونده: LMP: روز سیکل

■ در هیستروسونوگرافی انجام شده:

- سوند فولی در شرایط استریل گذاشته و تزریق نرمال سالین استریل بداخل کاویته رحمی انجام شد.
 کاویته رحم توسط نرمال سالین دیلاته شد.
- ضخامت آندومتر: در لایه قدامی mm در لایه خلفی mm
 - اکوپترن آندومتر: هموژن و یکنواخت
 - سایز و شکل کاویته رحم طبیعی می باشد.
 - علائمی به نفع وجود پولیپ، اثر فشاری فیبروم، چسبندگی کاویته رحم مشهود نبود.
 - پاساژ نرمال سالین بداخل حفره لگنی رویت شد که دلالت بر باز بودن حداقل یک لوله دارد.

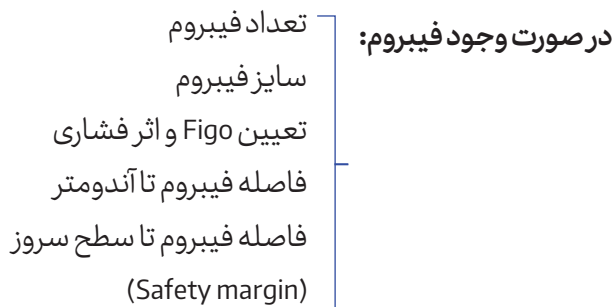
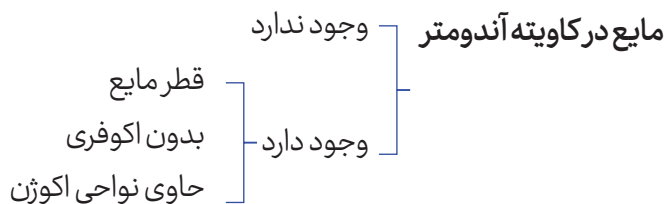
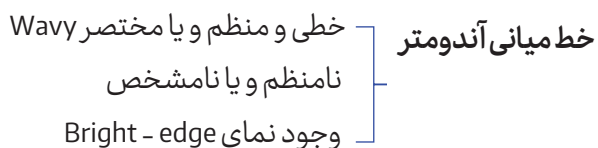
■ توضیحات:

.....

	۱- عرض ایسموسل = mm
	۲- ارتفاع ایسموسل = mm
	۳- ضخامت میومتر قدام به ایسموسل = mm
	۴- ضخامت میومتر به مجاور به ایسموسل = mm

▪ چک لیست بررسی آندومتر در سونوگرافی اول قبل از انجام هیستروسونوگرافی:

ضخامت آندومتر mm ← نرمال





چک لیست جهت بررسی آندومتر در هیستروسونوگرافی:

در لایه قدامی در لایه خلفی	ضخامت آندومتر:
حدود دیواره داخلی آندومتر:	صاف Smooth Endometrial fold نمای پولیپوئیدی نامنظم و دندانهای شکل نمای تیپیک چسبندگی
لوکالیزه (کمتر از ۲۵٪) گسترده (بیشتر از ۲۵٪) پایه دار - بدون پایه	ضایعه کاویته آندومتر:
در صورت وجود فیبروم: تعداد فیبروم محل فیبروم سایز فیبروم تعیین Figo و اثر فشاری فاصله فیبروم تا آندومتر فاصله فیبروم تا سطح سروز (Safety margin)	در صورت وجود فیبروم: محل پولیپ تعداد پولیپ سایز پولیپ حدود پولیپ پایه دار - بدون پایه خونرسانی پولیپ
تعیین محل چسبندگی: فوندوس بادی	در صورت وجود چسبندگی:
تعیین شدت چسبندگی: Mild Moderate Sever	در صورت انجام سونوگرافی 4D: رحم نرمال آنومالی رحمی (نوع آنومالی مشخص شود)

در صورت سابقه سزارین محل ایسموسل بررسی شود. محل ایسموسل و فاصله آن تا Int.os ذکر شود و مشخصات ایسموسل مطابق شکل زیر نوشته شود.

	۱- عرض ایسموسل = mm
	۲- ارتفاع ایسموسل = mm
	۳- ضخامت میومتر قدام به ایسموسل = mm
	۴- ضخامت میومتر به مجاور به ایسموسل = mm

سونوگرافی ترانس واژینال لگن خانم‌ها

دکتر زهرا محبوبی (استادیار رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ معاینه:

علت انجام معاینه/سابقه پزشکی:

■ روش:

سونوگرافی ترانس واژینال از لگن شامل رحم و آدنکس‌ها در مقیاس خاکستری، و داپلر رنگی انجام شد.

■ یافته‌ها:

- جهت رحم Choose an item. و Choose an item. می‌باشد و موقعیت آن Choose an item. است. اندازه رحم به ترتیب * * میلی‌متر در طول، عرض و ارتفاع است. بافت میومترיום Choose an item است. کانتور خارجی رحم Choose an item. است. رحم در مانورهای اسلایدینگ حرکت Choose an item. دارد.
- اندومتر به خوبی دیده Choose an item. ظاهر و ضخامت آن طبیعی است و ضخامت دولایه آن میلی‌متر است. جانکشن آندومتر به میومتر Choose an item. سرویکس ظاهری طبیعی دارد.
- اندازه تخمدان راست * * میلی‌متر است و جریان خون و اکوژنیسیته طبیعی را نشان می‌دهد. هیچ توده سولید یا کیستیکی شناسایی نشد. در بررسی با کالر داپلر جریان خون غیرطبیعی وجود ندارد. تخمدان حین حرکات پروب دارای حرکت Choose an item. است و تندرنس به پروب Choose an item. لوله فالوپ و آدنکس راست طبیعی است.
- اندازه تخمدان چپ * * میلی‌متر است و جریان خون و اکوژنیسیته طبیعی را نشان می‌دهد. هیچ توده سولید یا کیستیکی شناسایی نشد. در بررسی با کالر داپلر جریان خون غیرطبیعی وجود ندارد. تخمدان حین حرکات پروب دارای حرکت Choose an item. است و تندرنس به پروب Choose an item. لوله فالوپ و آدنکس چپ طبیعی است.
- مایع آزاد Choose an item. Choose an item. در لگن رویت شد.
- مایع آزاد در فضای لگن مشاهده نشد.



▪ نتیجه‌گیری:

رحم و تخمدان‌ها ظاهری طبیعی دارند.

▪ توصیه:

.....
.....
در صورت وجود فیبروم: یک فیبروم Choose an item. در Choose an item. رحم به ابعاد ... * ... * میلی متر دیده شد که Choose an item. است.

در صورت وجود آدنومیوز: شواهد افزایش ضخامت Choose an item. به همراه جانکشن اندومتر-میومتر نامنظم، استریاسیون خطی اکوژن و کیست‌های کوچک ساب اندومتریال به نفع آدنومیوز دیده شد.

در صورت وجود پولیپ: تصویر ضایعه اینتراکاویتاری هایپراکو. Choose an item. برخاسته از. Choose an item. اندومتر. Choose an item. ساقه عروقی به نفع پولیپ دیده شد.