论著

文章编号:1000-5404(2010)03-0288-05

鼻窦眼眶区良性占位性病变手术径路的选择

梁小军,杨 桦,谭旭民,李 红,朱先柏,王 昶 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院耳鼻咽喉科)

[摘要] **目的** 探讨鼻窦眼眶区良性占位性病变手术径路的选择。**方法** 根据良性占位性病变侵犯的部位,将116例鼻窦眼眶区良性占位性病变患者分为额筛眶区、蝶筛眶区和颌筛眶区;其中额筛眶区16例,包括鼻内镜径路6例,联合径路(鼻内镜手术+鼻外开放式手术)8例,鼻外径路2例;蝶筛眶区40例,为鼻内镜径路;颌筛眶区60例,包括鼻内镜径路42例,联合径路12例,鼻外径路6例。**结果** 蝶筛眶区40例良性占位性病变均经鼻内镜径路切除病灶,且手术视野好,病变清除彻底,未见复发,所有患者术后无眶内及颅内并发症;鼻内镜径路对48例颌筛眶区脓囊肿、上颌窦内侧壁良性占位性病变及某些额筛眶区脓囊肿也能较容易的清除病灶,但对28例额筛眶区、颌筛眶区某些特殊的良性占位性病变却很难完成。**结论** 鼻内镜径路是治疗蝶筛眶区良性占位性病变、颌筛眶区脓囊肿、上颌窦内侧壁良性占位性病变及额筛眶区某些脓囊肿的理想选择。

[关键词] 鼻窦;眼眶;良性占位性病变;手术径路

[中图法分类号] R765.405; R765.9; R765.041 **[文献标志码]** A

Surgical approach to benign space-occupying lesions in orbital sinus area

Liang Xiaojun, Yang Hua, Chan Xumin, Li Hong, Zhu Xianbai, Wan Chan (Department of Otolaryngology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400037, China)

[Abstract] **Objective** To study how to select the surgical approach to benign space-occupying lesions in orbital sinus area. **Methods** According to the sites of benign space-occupying lesions, 116 patients with benign space-occupying lesions in orbital sinus area were divided into frontal-ethmoidal-orbit area benign space-occupying lesion group ($n=16$), sphenoid-ethmoidal-orbit area space-occupying lesion group ($n=40$), and maxillary-ethmoidal-orbit area benign space-occupying lesion group ($n=60$). Of the 16 patients in frontal-ethmoidal-orbit area benign space-occupying lesion group, 6 received endoscopic surgery, 8 received endoscopic sinus surgery + open surgery, and 2 received ectorhinal surgery. All patients in sphenoid-ethmoidal-orbit area space-occupying lesion group received endoscopic surgery. Of the 60 patients in maxillary-ethmoidal-orbit area benign space-occupying lesion group, 42 received endoscopic surgery, 12 received endoscopic sinus surgery + open surgery, and 6 received ectorhinal surgery. **Results** Endoscopic sinus approach to the benign space occupying lesions in sphenoid-ethmoidal-orbit area had a rather good operation field and could completely remove the lesions. No recurrence of lesions and orbital and intracranial complications was found after operation. Endoscopic sinus approach could also easily remove the benign space occupying lesions in maxillary-ethmoidal-orbit area, medial wall of maxillary sinus, and certain frontal-ethmoidal-orbit pyoceles. However, it could not remove some special benign space occupying lesions in the maxillary-ethmoidal-orbit and frontal-ethmoidal-orbit areas. **Conclusion** Endoscopic sinus approach is an ideal procedure for removal of benign space occupying lesions in sphenoid-ethmoidal-orbit area, maxillary-ethmoidal-orbit area, medial wall of maxillary sinus, and special pyoceles. However, it cannot remove the lesions in some exposed areas, such as frontal-ethmoidal-orbit area and maxillary-ethmoidal-orbit area. Endoscopic sinus approach + open approach and ectorhinal approach should be employed to remove the benign lesions in these areas.

[Key words] sinus; orbit; benign space occupying lesion; surgical approach

Corresponding author: Yang Hua, Tel: 86-23-68755611, E-mail: yh55495@163.com

鼻窦眼眶区良性占位性病变是耳鼻咽喉-头颈外科常见疾病,其手术创伤小,效果好一直是耳鼻咽喉-

[通信作者] 杨 桦,电话:(023)68755611, E-mail:yh55495@163.com

头颈外科关注的热点。随着鼻窦内镜外科技术及鼻眼相关外科学的发展,在减少手术损伤及提高手术效果方面取得了很大进步,但对解剖部位比较特殊的额筛眶区良性占位性病变切除仍是目前鼻内镜外科手术中难度最大和最富挑战性的手术[1,2]。本研究回顾性分析2001-2007年我科经鼻内镜、鼻外侧及鼻内、鼻外联合径路切除116例鼻窦眼眶区良性占位性病变的手术径路、手术方法及其相应的手术效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2001-2007年我科收治的鼻窦眼眶区良性占位性病变患者116例,男性42例,女性74例,年龄6~67岁;无明确外伤史,3例有明确手术史;术前常规鼻窦眼眶区CT检查,除脓囊肿和骨瘤外术前均取病理活检明确诊断为良性病变后拟定手术径路;所有患者经我科手术治疗后临床痊愈,术后经鼻内镜随访6~32个月。

1.2 鼻窦眼眶区分区的方法和手术径路

根据良性占位性病变侵犯的部位将鼻窦眼眶区分为额筛眶区(病变原发额窦,或者合并有眼眶及筛窦侵犯)、蝶筛眶区(病变原发筛窦或蝶窦,或者合并有眼眶及鼻腔外侧壁部分侵犯)和颌筛眶区(病变原发上颌窦,或者合并有筛窦、眼眶及翼腭窝侵犯),其病例分布及手术径路统计见表1、2。

表1 116例鼻窦眼眶区良性占位性病变患者的病例资料(例)

病变区域	囊肿	骨化纤维瘤	骨瘤	软骨黏液纤维瘤	内翻性乳突状瘤	侵袭性血管瘤	合计
额筛眶区	14	0	2	0	0	0	16
蝶筛眶区	24	2	6	2	6	0	40
颌筛眶区	22	2	0	4	30	2	60

表2 116例鼻窦眼眶区良性占位性病变患者的手术径路(例)

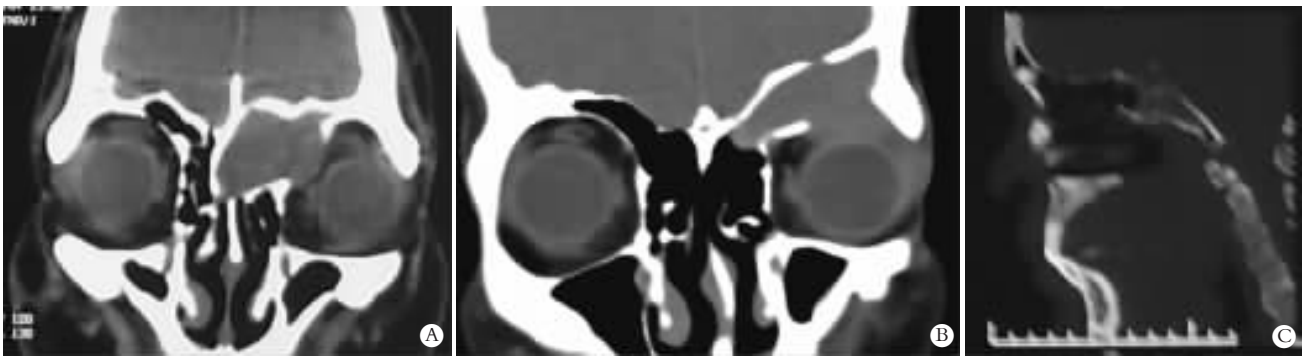
病变区域	鼻内镜径路	联合径路	鼻外径路	合计
额筛眶区	6	8	2	16
蝶筛眶区	40	0	0	40
颌筛眶区	42	12	6	60

1.3 手术方法

手术设备配备:德国易克斯(Explorent)内窥镜(0°、30°、70°)、鼻窦手术器械及电视监视系统、Medtronic公司的XPS3000动力系统、双极电凝等。手术在全身麻醉和控制性低血压下施行,鼻内镜径路均首先作Messerklinger途径切除病变,蝶筛眶区只需0°和30°鼻内镜就能很好的暴露手术区域,额筛眶区及颌筛眶区主要是30°和70°鼻内镜对手术区域进行暴露和操作。

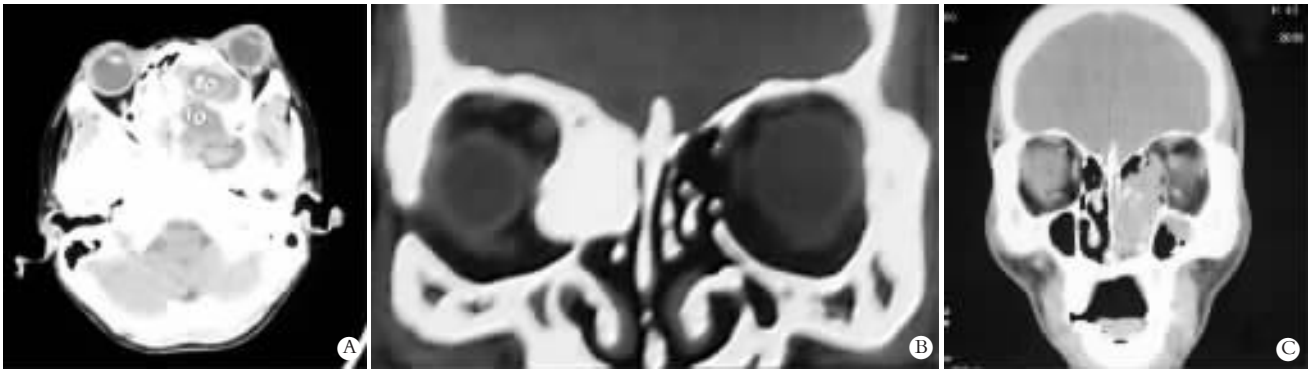
1.3.1 额筛眶区良性占位性病变的手术方法 6例额筛眶区脓囊肿经鼻内镜径路去除额窦底壁或突入额窦的筛房并扩大额窦内口即额隐窝上方[3,4]后找到纤维囊壁(图1A),去除额窦口囊壁充分引流,其中2例于窦口置放硅胶引流管;8例因侵犯同侧前组筛窦且开放额隐窝后见额窦底壁周围骨壁增厚,手术器械在鼻内镜下无法打开额窦口,或者打开额窦口排脓后眼位无法恢复,且病变范围超过眶上下缘中点的连线至颞侧(图1B),鼻内镜径路失败、术中再从鼻外行联合径路切除额窦脓囊肿,并经鼻腔放置硅胶引流管,其中1例合并有鼻中隔高位偏曲行鼻中隔偏曲矫正术;2例额窦骨瘤因术前CT评估鼻内镜径路受手术视野及手术器械的限制无法取出骨瘤(图1C),经鼻外径路(头皮冠状切口)彻底清除病灶。

1.3.2 蝶筛眶区良性占位性病变的手术方法 21例筛窦脓囊肿和2例蝶窦脓囊肿经鼻内镜径路打开全组筛窦,开放蝶窦后可见蝶筛眶区通道比较宽敞,一般不需特殊引流,其中1例蝶筛眶区骨样囊肿经鼻内镜行病变切除后眼球无法复位(图2A、3A),经鼻内镜行眶内减压术,在30°镜下用手向内下方向压迫眼球,充分暴露眶纸板,可见眼眶内侧壁需要松解的部位,在眶骨膜与眶纸板之间用剥离子轻轻分离,分离满意后,从前向后用咬切钳咬断眶纸板下缘与眶下壁的连接处,咬除少部分骨质增厚的眶内侧壁下缘,完整保留眶骨膜,术后眼球基本回位,复视消失,视力恢复正常(图3B)。2例软骨黏液纤维瘤经鼻内镜径路可见肿瘤边缘有蛋壳样包膜,肿瘤在筛窦、蝶窦也可见完整包膜,眶内侧壁轻度受压,眼球移位不明显,用Medtronic公司的XPS3000动力吸切系统清除突出窦腔的肿瘤组织,再用剥离子沿其包膜完整剥离占位性病变后可见残存变形的上鼻甲和中鼻甲,并可见扩大的筛窦及蝶窦的窦腔;骨化纤维瘤的术中表现及手术方法和软骨黏液纤维瘤大致相同;6例筛窦骨瘤患者中有4例术前CT示骨瘤未附着在纸样板及前颅底,经鼻内镜松解与周围的联系后去除,2例术前CT示骨瘤附着在纸样板及前颅底(图2B),经鼻内镜解剖、暴露骨瘤后用动力切割系统磨除,6例内翻性乳突状瘤经鼻内镜完整切除病灶,其中1例伴有眶内侵犯,术中见肿瘤破坏纸样板及眶骨膜进入眶内(图2C),经鼻内镜进入眶内完整剥离肿瘤组织。



A:鼻内镜径路可完成的额筛眶区的脓囊肿;B:需联合径路完成的额筛眶区脓囊肿;C:额窦骨瘤

图1 额筛眶区良性占位性病变CT表现



A:碟筛眶区骨样囊肿;B:附着在纸样板及前颅底的筛窦骨瘤;C:侵犯眶内侧壁的内翻性乳突状瘤

图2 碟筛眶区良性占位性病变CT表现

1.3.3 颌筛眶区良性占位性病变的手术方法 颌筛眶区囊肿大多为上颌窦脓囊肿,经鼻内镜径路打开囊壁或者完整摘除囊肿后扩大开放上颌窦自然开口后充分引流;2例骨化纤维瘤和4例软骨黏液纤维瘤因病变主要侵犯上颌窦内侧壁,未侵犯上颌窦前壁及眶下壁(图4A),经鼻内镜彻底清除病灶;30例内翻性乳突状瘤中有14例经鼻内镜清除病灶,10例因肿瘤侵犯鼻腔、前组筛窦、上颌窦前壁、翼腭窝及眶下壁(图4B),鼻内镜无法单独彻底清除病灶,行联合径路(Caldwell-Luc径路+鼻内镜手术)清除病灶,6例仅侵犯上颌窦及眶下壁(图4C),且不伴鼻腔、前组筛窦侵犯,Caldwell-Luc径路彻底清除病灶,2例侵袭性血管瘤侵犯上颌窦前壁、同侧前组筛窦、眶下壁及翼腭窝,行联合径路清除病灶。



A:眶内减压术前;B:眶内减压术后

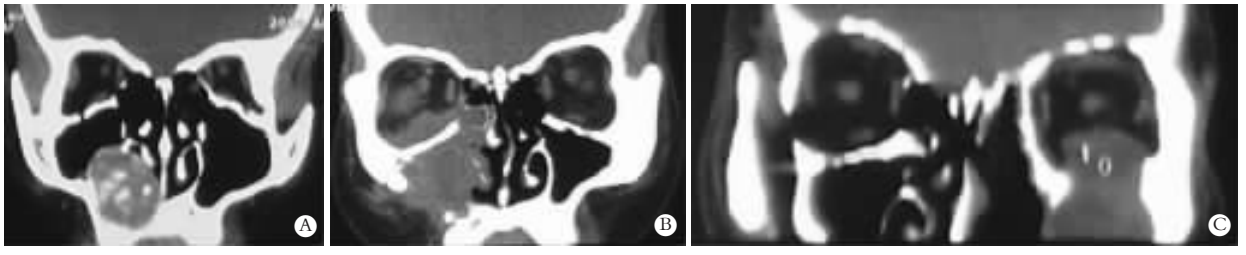
图3 碟筛眶区骨样囊肿术前术后眼位对照

2 结果

所有蝶筛眶区良性占位性病变经鼻内镜径路彻底清除病灶,手术视野清楚,手术器械有足够的操作空间,所有患者术后无眶内及颅内并发症(图2),且满足了患者面部无切口的美容要求(图3B);16例额筛眶区良性占位性病变中有8例经鼻内镜径路无法单独完成,需采用联合径路彻底清除病灶,2例经头皮冠状切口清除病变(图1B、C);60例颌筛眶区良性占位性病变中有42例经鼻内镜径路完整切除病灶(图4A),12例选择联合径路切除病灶(图4B),6例因鼻内镜径路无法对眶下壁、上颌窦前壁及其外侧进行有效暴露和操作且病变局限,选择Caldwell-Luc径路彻底清除病灶(图4C);所有患者术后经鼻内镜随访6~32个月(平均13个月)无复发。

3 讨论

传统手术治疗鼻窦眼眶区良性占位性病变多采用鼻外开放式手术,如鼻侧切开径路、颅面联合径路及其他术式是其主要方式,但这种术式是否为最佳选择,一直存在争议[5]。众所周知,衡量一种手术径路是否为最佳选择首先看是否能完整彻底的清除病变[6],其次看是否能解除病变引起的临床症状,再其次看是否有严重的创伤及周围正常结构的严重破坏等;鼻外开放式径路无疑会给患者面部留下疤痕,创伤大,且容易引起严重的眶内并发症,暴露位于后组筛窦及蝶窦的占位性病变比较困难;而近20多年发展起来的鼻内镜径路暴露位于蝶窦及筛窦的占位性病变却非常清楚,病变



A:仅侵犯上颌窦内侧壁的软骨黏液纤维瘤;B:侵犯鼻腔、前组筛窦、上颌窦前壁、翼腭窝及眶下壁的内翻性乳突状瘤;C:仅侵犯上颌窦及眶下壁的内翻性乳突状瘤

图4 颌筛眶区良性占位性病变CT表现

清除彻底且面部无切口,所以病变侵犯的部位成为我们手术径路选择的核心要素,那么根据鼻窦眼眶区良性占位性病变侵犯的部位进行分区就显得很有必要。

3.1 鼻窦眼眶区分为额筛眶区、蝶筛眶区、颌筛眶区的认识和依据

从解剖生理的角度来讲,额窦与眼眶的内上壁毗邻,上颌窦与眼眶内下壁毗邻,筛窦和蝶窦与眼眶的内侧壁毗邻,故额窦、上颌窦、筛窦和蝶窦的占位性病变容易侵犯眼眶引起眶内并发症。Friedman 等[1]文章中可见额筛眶区的提法,我们受此启发并对 116 例鼻窦眼眶区良性占位性病变的 CT 图像进行了分析和总结后发现:①原发于额窦、筛窦及蝶窦、上颌窦的良性占位性病变侵犯的范围不一样:原发于额窦的良性占位性病变主要侵犯眼眶和部分前组筛窦,无蝶窦及上颌窦侵犯;原发于蝶窦或者筛窦的良性占位性病变常常相互影响,且主要侵犯眼眶和鼻腔外侧壁,可伴额窦侵犯,但很少有上颌窦内侵犯;原发于上颌窦的良性占位性病变主要侵犯眼眶及前组筛窦,很少侵犯后组筛窦及蝶窦,无额窦侵犯。②原发于额窦、筛窦及蝶窦、上颌窦的良性占位性病变侵犯眼眶的部位不一样:额窦的病变主要侵犯眶内上壁;蝶窦和筛窦的病变主要侵犯眶内侧壁,有时侵犯眶尖;上颌窦的病变主要侵犯眶下壁,很少侵犯眶尖。③原发于额窦、筛窦及蝶窦、上颌窦的良性占位性病变侵犯眶内引起眼球移位的方向不一样:原发于额窦的良性占位性病变侵犯眶内引起眼球移位的方向是前、下、外 3 个方向;原发于筛窦及蝶窦的的良性占位性病变侵犯眶内引起眼球移位的方向是前、外 2 个方向;原发于上颌窦的良性占位性病变侵犯眶内引起眼球移位的方向是前、上 2 个方向。从实施鼻内镜手术的难易度来看,额窦的术野暴露最难,且暴露术野过程中受其周围解剖结构变化的影响最大,上颌窦次之,蝶窦和筛窦术野暴露最清楚;眼眶的上下壁在鼻内镜下几乎无法有效的暴露和操作,但眼眶内侧壁在鼻窦内镜下暴露良好,手术操作相对容易。由此我们对鼻窦眼眶区域进行这样的分区,有利于我们切除其良性占位性病变时选择适宜的手术径路。

3.2 额筛眶区良性占位性病变的手术径路选择的体会

额筛眶区脓囊肿的手术径路选择的体会:①术前评价:术前冠位加轴位 CT 扫描能比较完整的评价囊壁与周围的解剖关系。脓囊肿骨壁菲薄、在病变侧鼻腔可以获得较大的操作空间,选择鼻内镜径路[7];术前 CT 评价额窦底壁周围骨壁厚,鼻内镜手术器械难以开窗扩创,且囊性病变范围超过眶上下缘中点的连线至颞侧且侵犯眶上壁进入眶内,鼻内镜径路无法对眶上壁进行有效操作,但病变侵犯前组筛窦,选择联合径路。②术中鼻内镜评价:如果鼻内镜下见囊肿壁与鼻腔有较为合理、宽敞的引流通道,可不予放置引流管并不再行鼻外切口并可取得满意疗效,如果鼻内镜下见引流通道不满意,且周围骨壁厚,难以扩创,或者术中眼球复位不理想,需要对眶内上壁进行处理,选择联合径路处理眶内上壁。现在普遍认为鼻窦眼眶区脓囊肿手术不必追求彻底去除囊肿内壁,只需开放引流,达到鼻腔与囊腔有一个较宽大的通路,囊腔保持暴露在空气中,即可获得满意疗效[8]。额筛眶区非囊性占位性病变的手术径路选择的体会:额筛眶区的非囊性占位性病变,鼻内镜径路由于受到视野和手术器械的限制,很难经鼻内镜完整彻底的清除占位性病变,而对于侵犯额窦的良性占位性病变,尤其是内翻性乳突状瘤,大多采用鼻外径路手术才能达到根治效果[9,10];但随着近年来额窦引流通道局部解剖和影像学研究的逐步深入,以及手术设备和鼻内镜手术操作技能的提高,也有经鼻内镜手术切除额窦及额隐窝的内翻性乳突状瘤成功的病例报道[11,12]。额窦骨瘤在鼻内镜下很难暴露病变,手术器械操作困难,且病变局限,宜采用鼻外径路(头皮冠状切口)彻底清除病灶。

3.3 蝶筛眶区良性占位性病变的手术径路选择的体会

鼻内镜径路彻底切除位于蝶筛眶区的脓囊肿比较容易,如果清除病变后眼球不能复位,可经鼻内镜径路行眶内减压术即可恢复眼位;非囊性良性占位性病变(骨化纤维瘤、软骨黏液纤维瘤、内翻性乳突状瘤等)因其肿瘤边缘可见边界清楚的包膜,经鼻内镜径路彻底清除病灶也很容易,而对于进入眶内的部分肿瘤组织,也可经鼻内镜径路钳住瘤体,弯型剥离子进入眶内轻轻剥离,取出并不困难[13];未附着在纸样板、前颅底的筛窦骨瘤经鼻内镜径路用 Medtronic 公司的 XPS3000 动力系统处理后即可取出;而附着在纸样板或者前颅底的筛窦骨瘤,暴露骨瘤后用动力切割系统磨除。Schick 等[14]总结 34 例鼻窦骨瘤,包括 11 例筛窦骨瘤的切除经验,认为对没有扩展到筛窦外的骨瘤,全部都能在鼻内镜下完整切除。

3.4 颌筛眶区良性占位性病变的手术径路选择的体会

随着鼻内镜外科技术的发展和手术器械的改进,上颌窦黏液囊肿或脓囊肿经鼻内镜径路完整摘除或打开囊壁充分引流已成为常规手术。仅侵犯上颌窦内侧壁的非囊性良性占位性病变,因鼻内镜术野暴露较好,经鼻内镜径路彻底清除病灶也并不十分困难。对于瘤体侵犯上颌窦前壁及其外侧、同侧筛窦、眶下壁及翼腭窝的良性占位性病变,因鼻内镜径路无法对眶下壁、翼腭窝及上颌窦前壁进行有效的操作,联合径路是彻底清除病灶的有效选择。而仅侵犯上颌窦及眶下壁,且不伴同侧鼻腔、前组筛窦侵犯,因鼻内镜径路无法对眶下壁进行有效的暴露和操作,Caldwell-Luc 径路是清除

病灶的合适选择。

综上所述,鼻内镜径路能完整彻底的清除蝶筛眶区的良性占位性病变,术后能改善相应的临床症状,不伴有严重的并发症,未见复发,且面部没有切口,是治疗蝶筛眶区良性占位性病变的最佳选择;同时,鼻内镜径路也是治疗颌筛眶区脓囊肿、上颌窦内侧壁良性占位性病变及额筛眶区某些脓囊肿的理想选择;鼻外径路适用于切除病变比较局限、鼻内镜术野暴露困难、位于额筛眶区和颌筛眶区的非囊性占位性病变;而位于额筛眶区、颌筛眶区且侵犯同侧筛窦、眼眶壁及其周围其他解剖结构的良性占位性病变不得不选择联合径路切除病灶。但本研究讨论的病例中未涉及恶性肿瘤、原发于眶内至颞侧的良性占位性病变,尚需要进一步探索和研究。

参考文献:

[1] Friedman M, Bliznikas D, Vidysagar R, *et al*. Frontal sinus surgery 2004: update of clinical anatomy and surgical techniques[J]. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2004, 15(1): 23-31.

[2] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 333.

[3] Kim K S, Kim H U, Chung I H, *et al*. Surgical anatomy of the nasofrontal duct: anatomical and computed tomographic analysis[J]. Laryngoscope, 2001, 111(4 Pt 1): 603-608.

[4] Weber R, Draf W, Kratzsch B, *et al*. Modern concepts of frontal sinus surgery[J]. Laryngoscope, 2001, 111(1): 137-146.

[5] Huang H M, Liu C M, Lin K N, *et al*. Giant ethmoid osteoma with orbital extension, a nasoendoscopic approach using an intranasal drill [J]. Laryngoscope, 2001, 111(3): 430-432.

[6] Lawson W, Kaufman M R, Biller H F. Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases[J]. Laryngoscope, 2003, 113(9): 1548-1556.

[7] 李文, 王艳, 吴春树, 等. 经头皮冠状切口及经鼻内镜额筛眶占位性病变切除术的比较研究[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(11): 487-488.

[8] Busaba N Y, Salman S D. Ethmoid mucocele as a late complication of endoscopic ethmoidectomy[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 128(4): 517-522.

[9] Dubin M G, Sonnenburg R E, Melroy C T, *et al*. Staged endoscopic and combined open/endoscopic approach in the management of Inverted papilloma of the frontal sinus[J]. Am J Rhinol, 2005, 19(5): 442-445.

[10] Shohet J A, Duncavage J A. Management of the frontal sinus with inverted papilloma[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1996, 114(4): 649-652.

[11] Chandra R K, Schlosser R, Kennedy D W. Use of the 70-degree diamond burr in the management of complicated frontal sinus disease [J]. Laryngoscope, 2004, 114(2): 188-192.

[12] 周兵,张罗,刘华超,等. 复发性额隐窝内翻性乳头状瘤经鼻内镜手术[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2006, 13(9): 590-595.

[13] 许庚, 李源, 谢民强, 等. 经鼻内镜筛窦纸板进路眶内手术[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2002, 37(5): 360-362.

[14] Schick B, Steigerwald C, el-Rahman-el-Tahan A, *et al*. The Role of endonasal surgery in the management of frontoethmoidal osteomas[J]. Rhinology, 2001, 39(2): 66-70.

(收稿:2009-06-14;修回:2009-08-08)

(编辑 张 维)

(上接284页)

由于CSP发病率低,目前无统一诊断标准及成熟的治疗方案,彩超检查对诊断有重要价值。诊断依据:①无宫腔妊娠证据;②无宫颈妊娠证据;③妊娠囊生长在子宫峡部前壁;④妊娠囊与膀胱间的子宫肌层有缺陷;⑤另外,附件无肿物及子宫直肠窝无积液(胚囊已破裂除外)[1]。

剖宫产切口瘢痕妊娠的治疗原则是避免与控制大量出血,保留患者的生育功能。目前还没有规范的治疗方案,国内外报导以下几种方法:①药物治疗:包括甲氨蝶呤胚囊注射、静脉注射或子宫动脉插管注射[4]3种方法。但因切口部位纤维组织较多的缘故,胚囊吸收明显减慢,HCG下降亦明显减慢,需6~10周血HCG才会降至正常。Maymon等[3]认为当膀胱与孕囊之间的肌壁小于2 mm时,MTX药物治疗应做为首选。②开腹或腹腔镜下打开切口处妊囊,吸刮清除妊娠物后,局部电凝止血,并予以缝合,此种处理方法适用于要求保留生育功能的患者,但患者的依从性较差。③药物治疗基础上B超监测下行清宫术,清除妊娠组织并避免发生子宫穿孔,此种方法可使术后HCG水平较快下降到正常水平,患者的依从性较好。但是如果滋养细胞侵蚀肌层较深难以清除,容易引起大出血,出现此类紧急情况时,传统方法只能切除子宫。本例患者药物治疗基础上行清宫时突发大出血,我们使用射频消融术,通过微波热效应,引起孕囊着床部位内膜及部分肌层热凝固,止血的同时可通过热效应使滋养细胞进一步变性坏死[5],避免了子宫切除。但此种方法对于囊壁与膀胱之间子宫肌层较薄者有可能造成术中膀胱电凝伤致术后瘘发生,对于希望保留生育功能的患者应慎用。

因此,选择甲氨蝶呤介入后吸宫治疗CSP时,术中发生大出血用凝固刀止血不失为一种处理突发出血、保留生育功能的新方法。

参考文献:

[1] Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy[J]. BJOG, 2007, 114(3): 253-263.

[2] Cheng P J, Chueh H Y, Soong Y K. Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks' gestation with a history of curettage [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 21(5): 501-503.

[3] Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, *et al*. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication[J]. Hum Reprod Update, 2004, 10(6): 515-523.

[4] 庄亚玲, 韦浪花, 王雯, 等. 应用子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕处妊娠[J]. 中华医学杂志, 2008, 88(33): 2372-2374.

[5] 关铮. 微创妇科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2004: 276-279.

(收稿:2009-05-31;修回:2009-06-18)

(编辑 栾 嘉)