·经验交流·

子宫动脉栓塞术治疗早期宫角妊娠的临床疗效观察

Clinical observation of early cornual pregnancy treatment by uterine artery embolization

刘建梅,朱 静,程 湘,杨 鹰 (第三军医大学新桥医院妇产科,重庆 400037)

[关键词] 宫角妊娠;子宫动脉栓塞术;甲氨喋呤
[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)02-0199-02

宫角妊娠(cornual pregnancy,CP)是指受精卵在靠近子宫与输卵管开口交界处的宫角部着床并生长发育,因孕囊周围血运非常丰富且包绕的肌层较薄,一旦发生破裂,易引起失血性休克[1]。宫角妊娠采用保守治疗效果并不确切,而手术治疗手术风险较高,甚至使患者丧失生育能力,不易被患者接受[2]。子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization,UAE)因可有效阻止产科出血而被越来越多地应用于治疗宫角妊娠。本文回顾性分析 22 例行子宫动脉栓塞术并灌注甲氨喋呤治疗未破裂的早期宫角妊娠患者病例疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2009 年 6 月至 2012 年 7 月我科收治早期宫角妊娠患者 22 例,年龄 22 ~ 44 岁;停经时间 37 ~ 60 d,平均 48.8 d;孕次 1 ~ 5 次;初次妊娠 4 例,有异位妊娠病史者 7 例,未生育者 9 例,其中有 5 例行腹腔镜手术,3 例行辅助生殖技术。经阴道超声诊断 22 例均为未破裂型宫角妊娠。

1.2 治疗方法

取平卧位,行常规消毒、局部浸润麻醉后行股动脉穿刺,后在超滑导丝引导下将造影导管从右股动脉插入,经右侧髂外动脉、髂总动脉、腹主动脉送达左侧髂总动脉,造影显示血管路径,观察妊娠病灶染色,然后灌注甲氨喋呤(methopterin,MTX),总用量 200 mg,最后注入自制直径 2 mm 明胶海绵颗粒,使子宫动脉血流暂时性完全阻断。介入治疗前后及治疗过程中需根据情况补充血容量,密切监测生命体征变化。

1.3 疗效观察

观察患者腹痛、阴道流血等临床表现;前 2 周内每 2 ~ 3 d 监测血 β-hCG 1 次,以后每周监测 1 次直至正常;定期阴道超声检查了解妊娠病灶变化,随访 3 个月。

2 结果

22 例患者经治疗后妊娠病灶自然流产或吸收,不需要其他手术治疗,并且未出现骨髓抑制和肝肾功损害等毒副反应。治疗后 1 周内血 β-hCG 明显下降,4 ~ 11 周血 β-hCG 降至正常,治疗后 6 ~ 13 周 B 超检查病灶消失。

3 讨论

宫角妊娠是较为少见的一种异位妊娠,发生率为 2.56% ~ 4.2%。其发病原因主要为性激素影响、炎症、体外受精和胚胎移植等。以往由于受精卵着床部位特殊,早期或全程无出血的临床症状,且部分早期患者 B 超无法找到孕囊,故临床诊断误诊率较高[3]。近年来,随着超声影像学的发展,结合患者临床病史与妇科检查结果,如子宫不对称增大、血 β-hCG 异常升高、阴道超声显示胚囊位于宫角、与子宫内膜线相延续、周围有完整肌层包绕等,提高了宫角妊娠的确诊率。

宫角妊娠不仅可能造成胎儿畸形和患者大出血,而且其并发的流产、子宫破裂和胎盘滞留同样威胁着患者的生命。目前主要有期待治疗、药物治疗和手术治疗。由于期待治疗和药物治疗疗效并不确切,目前更多使用手术治疗。随着微创手术和介入技术的迅猛发展,已成为目前治疗宫角妊娠的主要手段。

本组资料显示子宫动脉栓塞术局部使用 MTX,手术成功且患者术后恢复良好,未观察到使用 MTX 所出现的骨髓抑制等不良反应。介入治疗常见的副反应和并发症包括局部穿刺部位血肿、附壁血栓、血管内膜损伤、动脉误栓和栓塞剂脱落后返流,造影剂过敏以及化疗药物的副作用。本组 22 例患者术后均无动脉误栓、附壁血栓和栓塞剂脱落后返流,也无穿刺局部血肿及造影剂过敏现象。MTX 的药物不良反应包括白细胞计数下降、胃肠道反应和肝功能损害。因为局部用药,故本组 22 例中无 1 例发生恶心、呕吐等症状,较全身用药为轻。

MTX 是一种对滋养细胞高度敏感的化疗药物,其安全性已通过治疗滋养细胞肿瘤而得以证实,不诱发其它肿瘤,不增加以后妊娠的流产率和畸胎率,而且对娩出婴儿的智力及体力均无不良影响,故安全可靠[4]。经股动脉穿刺行选择性子宫动脉 MTX 局部灌注,提高了药物局部浓度,加强了杀胚作用,提高了药物疗效。同时,子宫动脉是宫角异位孕囊的主要供养动脉,通过明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉,可暂时阻断孕囊的大部分血供来源,使附着在宫角的绒毛在短时间内迅速发生变性、坏死,可获得迅速杀胚的作用。因此,经介入治疗宫角妊娠,与传统手术腹腔镜手术相比,具有手术时间短、创伤小,术后恢复快,不影响生育功能等优势,是一种确实行之有效的治疗措施。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402036
[收稿日期] 2013-10-29 [修回日期] 2013-11-10

[参考文献]

[1] Chpora S, Keepanasseril A, Rohilla M, et al. Obstetric morbidity and the diagnostic dilemma in pregnancy in rudimentaryhorn: retrospective anal-

ysis[J]. Arch Gynecol Obstet,2009,280(6):907 - 910.
[2] 李 静,高 霞,曾 琴. 未破裂型宫角妊娠保守治疗的临床疗效分析[J]. 局部手术学杂志,2013,22(1)70 - 71.
[3] Gutierrez PS, Lewis M, Barabell G, et al. Cornual ectopic pregnancy in a female with initial negative ultrasound[J]. Pediatr Emerg Care, 2011, 27(12):1182 - 1184
[4] Qiong Z, Yanping L, Deep JP, et al. Treatment of cornual heterotopic pregnancy via selective reduction without feticide drug[J]. J Minim Invasive Gynecol,2011,18(6):766 - 768.

(编辑:左艳芳)

· 个案与短篇 ·

额部摔伤致同侧单眼偏盲 1 例

张衡頔,蒋 炜 (成都军区总医院眼科,四川 成都 610036)

[关键词] 视神经挫伤;单眼偏盲;外伤
[中图分类号] R774 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)02-0200-01

头面部外伤导致视神经挫伤是严重的致盲性眼病之一,也是临床常见病。多数患者就诊时视力已有明显下降,我院收治的 1 例患者就诊时视力较好,仅表现为视野偏盲视神经挫伤,现将具体情况报告如下。

1 资料与方法

患者,男,18 岁,因不慎摔伤,左额部外侧着地(水泥地板),随后左眼视力下降、颞侧视物不见,于当地医院住院治疗,当地医院诊断为"左眼视神经挫伤",给予输液等治疗,左眼视力无明显提高;6 d 后转入我院。

入院查体:左侧眉弓外上方可见长约 3 cm 皮肤裂伤瘢痕。专科查体:右眼视力 0.5,前后节无明显异常;左眼视力正前方 0.3,颞侧视物不见,角膜透明,前房深浅正常,房水清,瞳孔散大,直径约 7 mm,直接对光反射迟钝,间接对光反射灵敏;晶体透明,玻璃体透明,眼底:视网膜橘红色,视盘边界清,色淡红,杯盘比约 0.3,黄斑中心凹反光存在,血管走形正常,动静脉比约 2/3。辅助检查:眼眶 CT、头颅、垂体 CT 及 MRI 加增强均未见明显骨折、水肿及占位,左眼因不能固视无法行视野检查,双眼闪光视觉诱发电位(FVEP)检查 P2 波延迟均在正常范围;眼底荧光造影未见异常高荧光或低荧光。

2 结果

入院后考虑患者外伤致左眼偏盲、左眼视神经挫伤可能性大,给予营养神经、改善微循环及高压氧治疗,5 d 后患者左眼症状较前缓解,左眼正前方视力 0.4,颞侧视物不见,余查体同入院。辅助检查:左眼视野检查示:左眼中心、旁中心、周边视野颞侧缺损。多焦电生理检查示:左眼黄斑中心密度稍降低。视觉诱发电位(VEP)、视网膜电图(ERG)检查无明显异常。

3 讨论

临床上,外伤致单眼偏盲较为少见,视神经挫伤多见于视神经管内,由于该处视神经活动度差,视神经易受间接暴力损伤,临床上多见骨折片挤压或视神经水肿造成局部缺血,最终导致不可逆性视神经损伤和视野缺损[1]。视神经挫伤早期,眼底检查可发现视盘水肿、边界模糊等,但部分患者也可无明显异常,外伤后视野和电生理检查多可提示部分异常,这对视神经挫伤的诊断有重要意义。本例患者经头颅、垂体 CT 及 MRI + 增强检查视神经走形未见明显异常,也无眼眶骨折、视神经水肿等表现,可能因患者入院时已是伤后第 6 天,已经超过神经损伤急性期时间窗,因此客观检查未见视神经形态异常[2]。解剖上,视神经纤维在出球处其鼻侧纤维位于视神经内上方,眉弓颞上方的间接外力传导至视神经管,可能造成该部位视神经挫伤、水肿[3]。本患者 VEP、ERG 等检查均未查出视网膜及视神经电生理异常,而视野检查提示伤眼颞侧视野缺损,这提示我们在临床诊断视力较好但视野缺损的眼外伤,视野检查可能比电生理检查更易诊断早期的视神经挫伤。

此外,对视神经挫伤的患者,许多学者主张早期大剂量皮质类固醇及丹参、川穹嗪等治疗,以减少视神经损伤后缺血造成的脂质过氧化反应,抑制视神经血管收缩、痉挛[4],但对类似本案中就诊时间较晚,已经错过皮质类固醇使用时间窗的患者,积极进行改善微循环、高压氧等治疗,仍有一定意义。临床上,一部分视神经挫伤后视野缺损的患者最终会发展成不可逆的视神经萎缩、视力丧失,因此,对于伤后视力较好但存在视野缺损的患者,虽经治疗,视野缺损暂时无扩大,但仍需长期随访和治疗,以期延缓视神经萎缩的发展。

[参考文献]

[1] 赵志锋,王淑玲,张改茸,等. 间接性视神经挫伤[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2003,25(10): 702.
[2] 戴 乐,兰长敬,刘东劲. 视神经挫伤 38 例的视野分析[J]. 医学信息,2010,23(11):9 - 11.
[3] 王小堂,贺 静,王润生,等. 间接性视神经挫伤 46 例原因分析[J]. 国际眼科杂志,2012,12(12) : 2443.
[4] 杨 丹,余得立,余资江. 视网膜缺血再灌注损伤的机制及药物治疗进展[J]. 局解手术学杂志,2012,21(5):561 - 563.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402037
[收稿日期] 2013-12-31 [修回日期] 2013-01-22