维普资讯 http://www.cqvip.com

除术；例2单用MTX肌注2次；例3、例5行介入加MTX 75 mg肌注1次。

2 结果

5例患者清宫时情况及病理诊断见表1。

表1 治疗情况及病理诊断

顺序	清宫时出血量(ml)	局部明胶海棉压迫止血	病理诊断
例1	300	失败	宫颈妊娠
例2	150	成功	宫颈管内绒毛
例3	5	否	宫颈管内绒毛
例4	200	失败	宫颈妊娠
例5	5	否	宫颈妊娠

例1术中发现子宫内膜光滑，无出血，子宫下段及宫颈软，见鲜血由颈管向宫腔渗出，下推膀胱后宫颈上段2/3有一直径2 cm的管壁较薄(厚约0.2 cm)、紫红色组织物附着。例4术中见子宫正常大小，离体子宫"Y"形剖视见宫颈内口上方1 cm处有一1.5 cm×1.5 cm大小的凹陷，表面组织坏死，子宫内膜不连续。

3 讨论

宫颈妊娠是指孕卵在宫颈管内着床和生长，是异位妊娠中较罕见的危重类型，发病率各文献报道不同，与正常妊娠之比为1:1 000～1:56 700[1]，与异位妊娠之比为1:50～1:100[2]。其发病原因不明，可能与以下因素有关：①子宫内膜缺损或疤痕形成；②孕卵游走速度过快，或受精卵发育迟缓[3]；③子宫发育不良、内分泌失调、子宫畸形或子宫肌瘤等导致宫腔变形。Hung等分析了1989年至1994年的11例宫颈妊娠病例，其中10例有人流史或剖宫产史，仅1例为首次妊娠[4]，患者停经后常有不规则阴道流血或突然阴道大出血而危及生命。本文中有2例行药物流产而诱发阴道大出血。

宫颈妊娠一经确诊，应尽快清除宫颈管内容物，但由于宫颈管肌纤维少不易收缩、胚胎附着面血供丰富、血窦不易关闭等而难以止血。传统的保守方法有纱布填塞、宫颈缝合、子宫动脉下行支或双侧髂内动脉结扎术，但成功率低，仅30%。经保守治疗失败者仍需行子宫切除术以挽救生命，本文中例1、例4经传统止血无效而改行子宫切除术，而例2、例3、例5采用MTX及介入加MTX联合治疗，达到了很好的止血效果，这种治疗方法更适用于要求保留子宫及生育能力的患者。

MTX是对滋养叶细胞高度敏感的化疗药物，主要通过抑制二氢叶酸还原酶，使叶酸不能还原为四氢叶酸，从而抑制RNA、DNA的合成，使胚胎绒毛组织变性坏死，导致胚胎死亡而达到治疗目的。但MTX对突然阴道大出血患者不能迅速止血，只适用于宫颈妊娠早期。例3入院时病情危急，合并DIC，经急诊行双侧髂内动脉介入栓塞，迅速达到止血目的，并保留了子宫，待全身情况有所改善、凝血功能恢复后，再肌注MTX杀胚、清宫，则阴道出血极少，明显优于单用MTX。

双侧髂内动脉栓塞术是在医学影像设备的导引下将可塑介入导管经皮股动脉穿刺后插到髂内动脉前干或子宫动脉，用不同的栓塞剂进行栓塞，是近年来介入放射学在妇产科领域中的新应用[5]。与其它传统方法比较，介入治疗具有可保留子宫、微创、疗效显著、副作用小等优点，为避免清宫时大出血创造了有利条件，尤其在急诊抢救患者生命的同时保留了患者的生育功能。我们认为介入加MTX治疗宫颈妊娠行之有效，疗效肯定，该方法值得推广。

[参考文献]

[1] Nelson RM. Bilateral internal iliac artery ligation in cervical pregnancy: conservation of reproductive function[J]. Am J Obstet Gynecol, 1979, 134(2): 145－150.

[2] 张映平，钟夏莲. 地塞米松在早产孕妇产前治疗的疗效分析[J]. 局解手术学杂志，2005，14(2)：101－103.

[3] 卢芳、宋建榕、郑惠英. 宫颈妊娠10例临床分析[J]. 福建医药杂志，2002，24(2)：35－36.

[4] Ravina JH, Herbreteau D, Bouret JM, et al. Arterial embolisation to treat uterine myomata[J]. Lancet, 1995, 346(8976): 671－672.

[5] 张淑霞，李艳，陶寿玲. 栓塞子宫动脉治疗宫颈妊娠1例[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2003，19(7)：425.

(编辑：雷艳)

关于计数和计量的用法

计数和计量(整数、小数、分数、百分数、约数)包括序数、编号4位和4位以上的数字采用三位分节法，不用"千分撇"，节与接之间留半个数字的空隙(2,431改为2 431)。年份、部分代号、仪器型号等非计量数字不用分节，也不加千分撇。尾数"0"多，5位以上的数字，可以用"万""亿"表示，但不得以十、百、千、百、万、十亿等汉字表示，例如3 579 000可写成357.9万但不能写成3百57万千或357万9千。

(本刊编辑部)