

## ■ 技术·思维

# 胚物组织电切术+三角球囊子宫支架放置术治疗子宫动静脉瘘

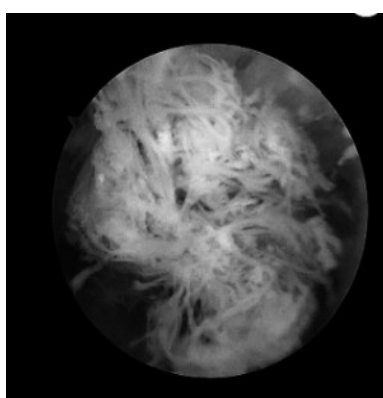
□张丽 李灿宇 文/图

正常的动脉和静脉在末梢通过毛细血管连接。子宫动静脉瘘是子宫动静脉畸形的一种特殊形式,表现为显著扩张的子宫动脉管壁与引流静脉之间发生动静脉短路,形成直接交通的血管病理性改变。动脉与静脉直接交通的部位称为瘘池,也称血管池。

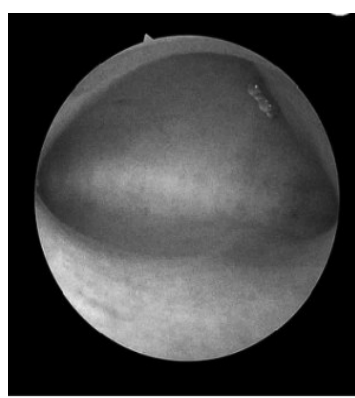
## 临床病例



彩超检查图



宫腔镜下可见胚物植入



术后2个月进行宫腔镜复查

秦女士5个月前怀上了二胎。全家人喜出望外,期待着新生命的到来。然而,1个月前,在她做产检时,医生发现胎儿染色体异常。最后,她不得不选择引产。引产后,她反反复复出现阴道出血。外院超声检查结果提示:宫腔胚物残留。这让她非常痛苦,想着以后还要生育,就口服药物进行保守治疗,但是效果不佳。她的阴道出血症状未见好转,虽然出血量不是很多,却非常影响生活质量。

经人介绍,半个月前,秦女士来到郑州大学第三附属医院妇科门诊就诊。我们在详细了解她的病史后,让她做

三维彩超检查,结果显示:宫腔内可见范围约44毫米×28毫米的不均匀质偏高回声,前壁肌层分界不清,其旁肌壁回声疏松,内可及多发管状无回声,较宽处内径约为4.0毫米,较薄处肌层厚度约为2.0毫米。CDFI(彩色多普勒血流显像)检查结果提示:可及丰富血流信号(动静脉瘘?)。看到检查结果后,我们告诉秦女士:“胚物的直径比较大且合并动静脉瘘,并且几乎侵袭全层,子宫浆膜层仅剩2毫米,需要做宫腔镜手术。手术难度大,风险高,术中可能出现大出血现象。如果发生大出血,可能需要进一步做介入手术或二次手术,甚至切除子宫。”经过思考,秦女士说她相信我们。在充分评估及术前预处理后,我们在日间手术科为秦女士成功实施了“宫腔镜下胚物组织电切术+一次性三角球囊子宫支架放置术”。术中惊险连连,好在一切顺利。术后,我们给予秦女士修复子宫内

膜治疗。术后2个月,秦女士来到郑州大学第三附属医院妇科门诊进行宫腔镜复查。宫腔镜下,可见宫腔形态及子宫内恢复得非常好,完全看不出手术的痕迹。

膜治疗。术后2个月,秦女士来到郑州大学第三附属医院妇科门诊进行宫腔镜复查。宫腔镜下,可见宫腔形态及子宫内恢复得非常好,完全看不出手术的痕迹。

膜治疗。术后2个月,秦女士来到郑州大学第三附属医院妇科门诊进行宫腔镜复查。宫腔镜下,可见宫腔形态及子宫内恢复得非常好,完全看不出手术的痕迹。

## 子宫动静脉瘘的分类和临床表现

### 分类

子宫动静脉瘘分为先天性子宫动静脉瘘和获得性子宫动静脉瘘两类。先天性子宫动静脉瘘在临床上较为罕见,多是因胚胎期原始血管发育异常所致,可合并盆腔邻近器官或其他系统的血管畸形。先天性子宫动静脉瘘多见于母体有Graves病(毒性弥漫性甲状腺肿)、接触己烯雌酚等情况。

获得性子宫动静脉瘘更为常见,是由后天因素导致的血管畸形,一般认为创伤(包括手术、流产、分娩、刮宫)、感染及肿瘤等是其重要诱因。

临床表现多数患者表现为不规则的阴道出血,出血量小,出血时间长,也有表现为无明显诱因阵发性大出血,或短时间内大量出血后迅速停止的“开关式”出血,严重时可能导致大出血,甚至危及生命。妊娠早期合并子宫动静脉瘘的患者,在人工流产或清宫手术中有可能出现难以控制的大出血,由于短期内出血量大,会发生失血性休克,甚至危及生命。流产后,患者可发生反复性阴道出血或无诱因阵发性阴道出血。

清宫手术中有可能出现难以控制的大出血,由于短期内出血量大,会发生失血性休克,甚至危及生命。流产后,患者可发生反复性阴道出血或无诱因阵发性阴道出血。

清宫手术中有可能出现难以控制的大出血,由于短期内出血量大,会发生失血性休克,甚至危及生命。流产后,患者可发生反复性阴道出血或无诱因阵发性阴道出血。

## 子宫动静脉瘘的诊断和治疗

### 诊断

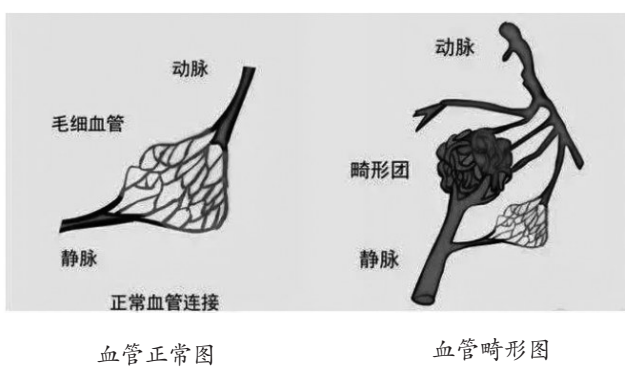
病史及临床表现病史和临床表现是诊断的重要依据。关于临床表现,我们已经介绍过了。应详细询问病史,了解患者既往是否有或可疑子宫动静脉瘘病史,近期是否有人工流产、诊断性刮宫等涉及子宫的手术操作史。

针对性辅助检查1.经阴道超声检查:是子宫动静脉瘘的首选方法,简单经济,具有无创和便捷的优势。2.磁共振成像(MRI)检查: MRI检查在诊断软组织疾病方面具有较高的临床价值,便于医生了解子宫动静脉瘘的病变范围及邻近组织器官的受累情况。3.宫腔镜检查:内镜检查也是诊断子宫动静脉瘘的一种手段,除非兼治疗所需,一般不作为主要的检查手段。如果病灶位于子宫肌层凸向宫腔或宫腔内,宫腔镜下可见宫腔内搏动的血管团块。如果病灶的位置涉及浆膜层,腹腔镜下也可以发现子宫表面畸形的血管。

1.期待治疗:患者有强烈的生育意愿,病灶范围小,无阴道出血或少量出血,可以密切观察随访。2.保守治疗:若阴道出血量少,盆腔超声检查可见病灶相对较小,且血流速度相对缓慢,可以尝试药物治疗。子宫动脉栓塞术适用于年轻、需要保留生育功能、阴道出血多且药物治疗无效者。常用的药物有口服避孕药、GnRH-a类药物(一种激素药)、孕激素、化疗药、止血药、缩宫药等。3.手术治疗:适用于病灶广泛、血流丰富、药物治疗失败或子宫动脉栓塞术无效者。手术治疗方法包括腹腔镜手术、宫腔镜手术或开腹手术。子宫局部病灶切除难度大,风险高,对临床医师的经验和技术要求较高。子宫切除术适用于反复发生子宫出血、无生育要求、随访条件差、保守治疗失败且伴有大量子宫出血并危及生命者,或者用其他止血方法无效或无法使用这些方法者。对于妊娠物残留合并子宫动静脉瘘的处理,要结合患者的阴道出血量,胚物的大小、位置,血流动力学指标,血HCG(人绒毛膜促性腺激素),有无生育需求等因素进行综合考虑。当然,治疗前的预处理、术中的生命体征监测、各种应对措施的准备、术后的综合管理等,都是重要且不可或缺的步骤。(作者供职于郑州大学第三附属医院)

反复发生子宫出血、无生育要求、随访条件差、保守治疗失败且伴有大量子宫出血并危及生命者,或者用其他止血方法无效或无法使用这些方法者。对于妊娠物残留合并子宫动静脉瘘的处理,要结合患者的阴道出血量,胚物的大小、位置,血流动力学指标,血HCG(人绒毛膜促性腺激素),有无生育需求等因素进行综合考虑。当然,治疗前的预处理、术中的生命体征监测、各种应对措施的准备、术后的综合管理等,都是重要且不可或缺的步骤。(作者供职于郑州大学第三附属医院)

反复发生子宫出血、无生育要求、随访条件差、保守治疗失败且伴有大量子宫出血并危及生命者,或者用其他止血方法无效或无法使用这些方法者。对于妊娠物残留合并子宫动静脉瘘的处理,要结合患者的阴道出血量,胚物的大小、位置,血流动力学指标,血HCG(人绒毛膜促性腺激素),有无生育需求等因素进行综合考虑。当然,治疗前的预处理、术中的生命体征监测、各种应对措施的准备、术后的综合管理等,都是重要且不可或缺的步骤。(作者供职于郑州大学第三附属医院)



血管正常图

血管畸形图

## ■ 临床提醒

6个月前,患者赵某出现乏力、头晕、喘息等症状,且进行性加重。一开始,他自行服用药物,没有一点儿效果,而且病情更严重了,生活不能自理。他就诊于多家医院,曾被诊断为慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺),接受相关治疗,但效果不好。近日,他夜间突发呼吸困难,紧急就诊于河南省胸科医院。

患者6个月前所做的肺部CT(计算机层析成像)检查未见明显结构异常,肺功能检查显示轻度限制性通气功能障碍,流速容量环未见明显异常;现在,患者已经不能平躺着做胸部CT检查,也不能配合进行肺功能检查。以前他被诊断为慢阻肺,不能解释目前的病情。

究竟是什么原因导致患者的病情进行性恶化呢?我陷入了沉思:中枢性疾病?神经肌肉疾病?胸廓胸膜疾病?到底是哪一种呢?

因为患者不能平卧,无法做CT检查,我只好先让他做胸片检查。根据胸片检查结果,我发现了端倪:胸片显示患者的膈肌明显上抬,膈肌功能受到影响。

其实,之前给患者做体格检查时,我发现他静息坐位时吸氧状态下,血氧饱和度能保持在90%以上,而让他平卧时,血氧饱和度迅速下降至60%左右,心率也跟着达到120次/分以上,平卧位血压也受到明显下降,显示体位性低血压。因此,患者几个月来被迫坐位休息,不能平卧。这种现象进一步提示患者的膈肌功能是异常的。如何证实呢?

由于患者无法耐受有创检查,因此我安排他做无创超声检查。通过相关检查结果,我发现患者的膈肌活动度几乎接近零,终于找到了病变部位,原来是这个重要的呼吸肌出现了问题。要解决这个问题,就需要应用无创呼吸机。给予患者无创呼吸机治疗,效果立竿见影,他随即就能平卧,并舒服地睡了一觉。

下一步,就是查找膈肌功能障碍的原因。不是肿瘤占位,不是多发性肌炎、皮肌炎,不是重症肌无力,究竟是什么病因呢?我发现患者运动时动作稍僵硬,类似铅管症,同时有静止性震颤,难道是神经系统因素导致的?

我联系神经内科医师进行MDT会诊(多学科联合会诊)。最后,终于明确病因,居然是罕见病——多系统萎缩。

(作者供职于河南省胸科医院)

## 厘清诊断思路 揪出疾病「元凶」

□郭彩霞

## 相关链接

多系统萎缩是一组中年起病的神经系统变性疾病,多数患者预后不良,平均生存期为9年左右,早期诊断及对症处理可以延缓病情的进展。

支持诊断的临床特征:

1. 口面部肌张力障碍。
2. 不同程度的颈部前屈。
3. 严重躯干前屈,可伴Pisa综合征(躯干肌张力障碍的一种类型,躯干向身体一侧强直性弯曲,伴轻度后旋,缺乏其他伴随的肌张力障碍症状)。
4. 手足足挛缩。
5. 吸气性叹息。
6. 严重发音困难。
7. 严重的构音障碍,主要表现为咬字不清、说话含糊。
8. 新发或加重的打鼾。
9. 手足冰冷。
10. 强哭强笑。
11. 肌阵挛样姿势性或动作性震颤。

## ■ 临床技术

# 难诊难治的血泡样动脉瘤

□薛绎宇 文/图



影像图

一位患者因剧烈头痛到当地医院就诊,结果被发现蛛网膜下腔出血,遂住院治疗。次日早

上,这位患者出现昏迷。CTA(非创伤性血管成像技术)检查发现一个较大的动脉瘤。

这位患者的动脉瘤是血泡样动脉瘤。血泡样动脉瘤是人体脑血管局部隆起形成的病理性的血管瘤样结构,直视下只有一层菲薄透明的膜,里面的血液流动清晰可见。相关文献资料显示,血泡样动脉瘤好发于颈内动脉无分支的床突上段背侧,占所有颅内动脉瘤的0.3%~1.7%。对于血泡样动脉瘤,轻微的触碰就会

造成破裂性出血。血泡样动脉瘤经常短时间内再出血,且形状会发生明显变化,脑血管痉挛严重,致残率和死亡率都很高。这种病还有一个特点:即使手术很“漂亮”,仍有较高的复发率。因此,术后要及时复查。

密网支架结合弹簧圈栓塞是目前治疗血泡样动脉瘤的最佳方案。术中,这位患者的血泡样动脉瘤已完全不再显影,支架内却开始形成血栓。这与两个因素有关:一是瘤颈附近的血管狭窄,二是当地医院使用了止血药。解决路径也很清晰:一是增加抗血栓药物的用量,二是在支架内扩张发生狭窄的血管。术中有一个小插曲,就是球

囊导管无法到位。拉出来一看,原来是球囊从导管表面自动脱落了,摩擦力大增。又换了一个球囊导管,轻松到位。问题解决

了,血流顺畅了。手术既解决了血泡样动脉瘤,又解决了血管狭窄问题。(作者供职于河南省人民医院)

## 相关链接

针对血泡样动脉瘤周围载瘤动脉壁发育缺陷的特点,越来越多的专家尝试应用密网支架进行治疗。密网支架主要是利用高金属覆盖率(30%~35%)的支架重塑局部载瘤动脉内的血液流向,减少流入动脉瘤内的血液,降低血流对动脉瘤壁的冲击力,造成瘤内血栓形成,同时促进载瘤动脉的内皮化,修复动脉壁损伤。

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请临关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313  
投稿邮箱:337852179@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室