

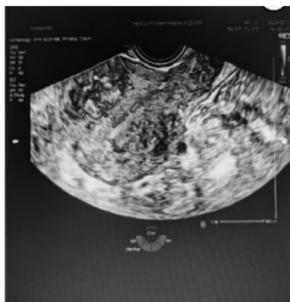
■ 技术·思维

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

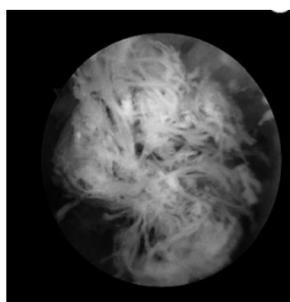
□张丽 李灿宇 文/图

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。

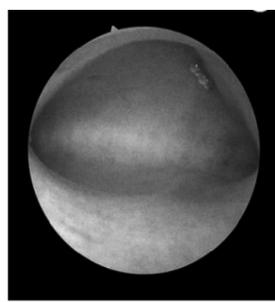
临床病例



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

三维阴超检查,结果提示:宫腔内可及范围约44毫米×28毫米的不均质偏高回声,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

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。

子宫动静脉瘘的分类和临床表现

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。

针对性的辅助检查

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。

4.子宫动脉造影:这是诊断子宫动静脉瘘的“金标准”,可明确是否有子宫动静脉瘘及病变的部位、范围,并清楚地显示子宫动静脉瘘的供血动脉和引流静脉的血管畸形程度及瘘口的位置。在造影的同时可进行子宫动脉栓塞术,阻断出血。

治疗

要治疗子宫动静脉瘘,需要综合考虑患者的生育需求、出血程度、彩色多普勒超声检查结果、病灶大小等。具体治疗包括期待治疗、药物治疗、手术治疗等。

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。

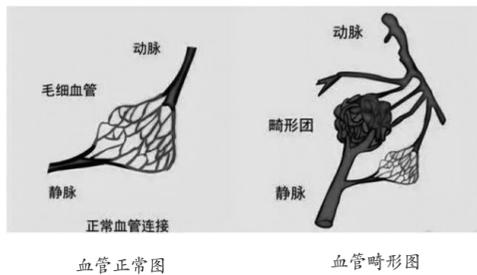
3.手术治疗:适用于病灶广泛、血流丰富、药物治疗失败或子宫动脉栓塞术无效者。手术治疗方法包括腹腔镜手术、宫腔镜手术或开腹手术。子宫局部病灶切除难度大,风险高,对临床医师的经验和技术要求较高。子宫切除术适用于

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)



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后,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