

经子宫动脉插管治疗输卵管妊娠(附 60 例报告)

柯要军 谭伟 笪坚 姜陵

【摘要】 目的:探讨治疗输卵管妊娠的新方法。方法:应用 Seldinger's 技术,将 5F cobra 导管经股动脉插入输卵管妊娠侧子宫动脉造影,根据造影表现选择 MTX 用量,经导管匀速推注,然后推注(反复高温、高压蒸汽消毒)明胶海绵颗粒将妊娠侧子宫动脉栓塞。结果:①输卵管妊娠有三种血管造影表现;②60 例输卵管妊娠病人,终止妊娠 57 例,成功率 95%。结论:经子宫动脉插管治疗输卵管妊娠创伤小、成功率高、能保留患侧输卵管,值得应用推广。

【关键词】 介入治疗 超选择插管 输卵管妊娠

【中图分类号】 R815, R714.22⁺ 1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2001)05-0328-03

Treatment of tubal pregnancy by uterine artery catheterization (a report of 60 cases) KE Yaojun, TAN Wei, DA Jian, et al. Department of Radiology, Wuhan Railroad Center Hospital, Wuhan 430064

【Abstract】 Objective: To investigate a new method to treat tubal pregnancy. **Methods:** A 5F cobra catheter was introduced to the uterine artery supplying the pregnant tube by Seldinger's technique, and then uterine arteriography was done to determine the dosage of MTX. Through the catheter, MTX was infused slowly, and then the uterine artery was embolized by the particles of gelfoam. **Results:** 1. Three kinds of angiographic findings were shown in tubal pregnancy; 2. Tubal pregnancy were successfully terminated in 57 of 60 patients, and the success rate is 95%. **Conclusion:** Selective arterial embolization of the uterine artery is a safe and effective method for controlling tubal pregnancy.

【Key words】 Interventional therapy Supraselective catheterization Tubal pregnancy

输卵管妊娠是妇科常见急腹症,其破裂或流产所致的严重大出血可危及孕妇生命。为拓展输卵管妊娠新的治疗方法,我们将超选择性子宫动脉插管术引入到输卵管妊娠的治疗中,自 1997 年起运用该项技术治疗 60 例输卵管妊娠取得明显效果,现报告如下。

材料与方法

选择 60 例无动脉插管禁忌证且自愿接受动脉介入治疗的输卵管妊娠患者,年龄在 20~43 岁,停经时间 42~69d。10 例未婚、23 例已婚未育、余 27 例。60 例中:11 例属未破型,49 例有内出血征象,10 例为重宫外孕,1 例因患有风湿性心脏病无法开腹手术。血清 β -HCG 值最高为 621.4 IU/L (正常值 < 15 IU/L),B 超探查孕囊直径最大 4.1cm × 3.0cm,直径超过 3cm 者 40 例。

适应证:①停经时间不超过 70d, B 超检查无胎心搏动;②有腹腔内出血征象,但生命体征稳定;③血清 β -HCG 值水平、盆腔包块大小不限。

禁忌证:①有严重大出血征象且生命体征不稳定;②停经时间超过 70d, B 超检查有胎心搏动;③严重心、血管疾病;④严重肝、肾功能障碍;⑤凝血机制障碍;⑥对局麻药、造影剂过敏。

局麻下应用 Seldinger's 技术穿刺健侧股动脉插入 5F cobra 导管进入对侧髂内动脉,在亲水导丝引导下超选择插入妊娠侧子宫动脉行造影。根据造影表现选择 MTX 100~150mg 用注射用水稀释成 100~120ml 抽入高压注射器内,以 3ml/min 的速度经导管匀速推注。化疗后,经导管推注(反复高温、高压蒸汽消毒)明胶海绵颗粒,将妊娠侧子宫动脉栓塞。然后将导管退出髂内动脉在腹主动脉内行成反袢超选择插入同侧子宫动脉行造影与对侧子宫动脉造影征象相比较。术毕,拔出导管穿刺伤口加压包扎 24h。

结果

1. 输卵管妊娠血管造影征象

我们根据 60 例输卵管妊娠侧子宫动脉造影表现的总结并与对侧子宫动脉造影相比较,将输卵管妊娠血管造影征象分为三型:Ⅰ型:4 例无明显阳性征象,占总例数 6.6%。Ⅱ型:5 例妊娠侧子宫动脉及其输卵管支较对侧明显增粗,未见孕囊供血血管及完整孕囊显示,实质期输卵管区域可见片状绒毛染色,占总例数 8.3% (图 1)。Ⅲ型:51 例妊娠侧子宫动脉及输卵管支明显增粗,可见由输卵管支发出细小动脉分支供应孕囊,动脉晚期及实质期可见特征性的孕囊血管征象:孕囊呈圆形,外周囊壁可见小血管包绕,囊内可见明显绒毛染色,其形态多呈圆形,边缘不整齐,染色均匀或不均匀,5 例孕囊破裂,可见造影剂外溢,占总例数

作者单位: 430064 湖北省, 武汉铁路中心医院放射科

作者简介: 柯要军(1962~), 男, 湖北人, 主治医师, 主要从事妇产科疾病介入诊断、治疗的临床及研究。

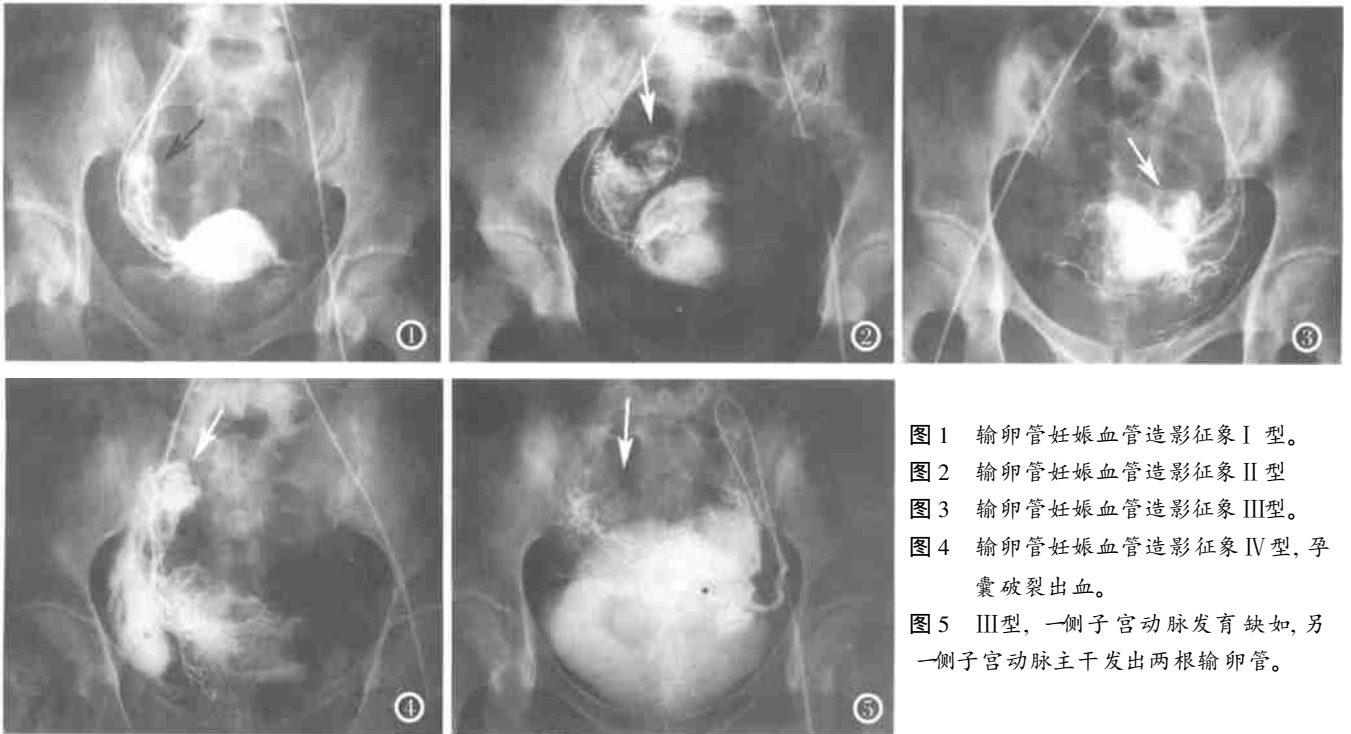


图 1 输卵管妊娠血管造影征象 I 型。
图 2 输卵管妊娠血管造影征象 II 型。
图 3 输卵管妊娠血管造影征象 III 型。
图 4 输卵管妊娠血管造影征象 IV 型, 孕囊破裂出血。
图 5 III 型, 一侧子宫动脉发育缺如, 另一侧子宫动脉主干发出两根输卵管。

85.1% (图 2~4)。

60 例中, 有 7 例一侧子宫动脉发育缺如, 由对侧子宫动脉主干发出两根分支沿子宫两侧走行供血子宫, 占总例数 11.6% (图 5)。

2. 疗效观察

60 例输卵管妊娠病人, 成功终止妊娠 57 例, 成功率 95%。这 57 例可观察到: ①血清 β -HCG 值改变, 术后每隔 3 天复查血清 β -HCG 值, 见其呈进行性下降, 完全降至正常时间为 6~18d。②盆腔包块吸收: 术后每隔 2 天复查 B 超, 见孕囊逐渐缩小。术后一星期 B 超可观察到孕囊结构发生改变, 内囊胚胎组织破坏呈碎片状。盆腔包块完全吸收时间是术后 11~180d。③月经恢复正常: 患者术后 27~43d 月经恢复正常。④腹痛症状消失或减轻: 49 例有内出血征象者, 栓塞患侧子宫动脉后, 腹痛症状消失或明显减轻。⑤阴道出血: 患者术后 2~3d 可出现阴道少量不规则流血, 这是由于孕囊滋养细胞被杀灭, β -HCG 含量下降, 子宫蜕膜脱落所致, 是治疗产生疗效的征象。

讨 论

1. 输卵管妊娠占异位妊娠 95%^[1], 其破裂或流产所致的急性大出血至今仍是造成早期孕妇死亡的主要原因之一^[2]。以往, 开腹手术是输卵管妊娠的经典治疗方法, 创伤大、患侧输卵管大多要切除是其局限。近年来, 以保留患者生殖能力为目的保守疗法发展很快, 这其中进步较大的是运用介入技术对孕囊局部的治

疗, 如在 B 超下经阴道穹窿直接穿刺孕囊杀灭胚胎^[3]或经输卵管导管注药杀灭胚胎^[4]。但有孕囊破裂出血时, 患者仍不能避免手术。超选择性子宫动脉插管术的应用为输卵管妊娠治疗开辟了新的途径。

正常输卵管血供 2/3 来自子宫动脉输卵管支^[5], 余为卵巢动脉。当输卵管发生妊娠时, 其血供来源究竟为那根动脉, 目前仍未见大宗病例的血管造影报告论述。本组 60 例输卵管妊娠血管造影, 51 例观察到可见的孕囊供血血管均发自子宫动脉输卵管支, 49 例有内出血征象者栓塞患侧子宫动脉后腹痛消失或明显减轻。因此, 我们认为输卵管妊娠的主供血管是子宫动脉输卵管支, 这点是经子宫动脉途径治疗输卵管妊娠的必要基础。超选择性子宫动脉插管治疗输卵管妊娠的优点是: (1) 化疗药经导管灌注到孕囊其浓度较全身给药提高 2~22 倍, 药效提高 4~10 倍^[6], 杀灭胚胎作用明显增强。(2) 经导管推注中期非永久性栓塞剂栓塞子宫动脉: ①阻断血供, 使孕囊急性缺血坏死。②制止腹腔内出血, 赢得治疗时间。③拓宽适应证, 使有内出血征象者也能治疗。3. 根据造影表现可对输卵管妊娠作出诊断并指导用药。④创伤小, 能保留患侧输卵管。本组 60 例病人, 成功终止妊娠 57 例, 成功率 95%, 疗效明显。

输卵管妊娠的诊断方法目前主要有两种: 血清 β -HCG 值测定和 B 超探查。血清 β -HCG 测定阳性率很高, 达 99%, 对诊断异位妊娠很有价值, 可它无法确定异位妊娠的部位。B 超能够观察输卵管妊娠的部位及

形态,阳性率在 70%~90%^[6],也存在一定比率的假阳性和假阴性。本组 60 例输卵管妊娠血管造影,51 例表现出特征性的 III 型孕囊血管征象阳性率为 85.1%,具有很高的诊断价值。我们认为子宫动脉造影可以作为输卵管妊娠的诊断手段,它是 B 超之外第二个具有直观形态学意义的诊断方法。但与 B 超不同的是,血管造影不但能够诊断输卵管妊娠而且还能通过观察孕囊的血供丰富程度对绒毛活力作出评估,为化疗药物的用量选择提供依据,因而它又是一个诊断与治疗相结合的方法。当然,血管造影不能取代血清 β -HCG 测定及 B 超成为常规诊断手段,只能与这两者相互补充,它可以在术中对这两者结果进行印证和甄别,使输卵管妊娠的诊断和部位确定更为准确,确保治疗及时有效。

本组 60 例输卵管妊娠在血管造影下呈现三型不同征象,这些征象的本质是反映出不同孕囊内血管丰富程度及绒毛活力存在差异。I、II 型孕囊可能种植在输卵管粘膜的浅层,血供少、绒毛活力差。II 型孕囊可能种植在输卵管粘膜的深层或肌层^[6],血供丰富,绒毛活力强。这些差异为化疗药物用量的选择提供了根据。根据我们 60 例的治疗经验, I、II 型绒毛对化疗

药耐受性差,MTX 用量可适当减少,一般 100mg。II 型绒毛对化疗药耐受性强,MTX 用量可适当提高,一般在 100~150mg。总的原则是在确保疗效的前提下,根据血管征象分型,尽量减少化疗药用量,以减低其毒副作用。对 II 型能否联合用药,也值得探讨。

综上所述,我们认为经子宫动脉插管治疗输卵管妊娠创伤小、成功率高、能保留患侧输卵管值得应用、推广。

参考文献

1 袁耀萼,盛丹箐. 妇产科学新理论与新技术[M]. 上海: 上海科技教育出版社, 1996. 102-108.
2 Tulandi T, Bret PM, Atri M, et al. Treatment of ectopic pregnancy by transvaginal intratubal methotrexate administration. Obstet Gynecol, 1991, 77: 627-630.
3 Stovall TG, Ling FW, Gray LA, et al. Methotrexate treatment of unruptured ectopic pregnancy: a report of 100 cases. Obstet Gynecol, 1991, 77: 749-753.
4 韩永坚, 刘牧元. 临床解剖学丛书·腹、盆部分册[J]. 北京: 人民出版社, 1992. 585-586.
5 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪. 临床介入治疗学(第 3 版)[M]. 广东: 广东科技出版社, 1997. 48-50.
6 郑怀美. 妇产科学(第 3 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 109-109.

(2000-12-01 收稿)

• 外刊摘要 •

胃癌的漏诊: 上消化道放射学的陷阱

Noboru Shindoh, Takashi Nakagawa, Yutaka Ozaki, et al

目的: 评估上消化道放射学中胃癌误诊的原因。材料和方法: 选择 3 年内 336 例患者在胃癌确诊前所拍的上消化道 X 线片。由两位放射科医师复查了 X 线片, 先按盲法, 再按非盲法做出一致诊断。误诊的原因分为: 感性错误, 发生于盲法复查确诊时; 可能的感性错误, 仅发生于非盲法复查诊断时; 技术性错误, 发生于任一次的复查中都不能诊断时, 且技术上的不足被认为是其原因。结果: 24 例患者在确诊 27 个肿瘤前的 3 年内曾行上消化道 X 线检查。误诊的原因分为: 感性错误 11 例, 可能的感性错误 4 例, 技术性错误 5 例。其余的 7 例在任一次的复查中均不能诊断, 且不认为技术上的不足是原因。最常见的漏诊征象是凹陷(15 例中有 10 例), 最常见的推测性技术错误是不完全的压迫检查(11 例中有 7 例)。结论: 在双对照研究中, 仔细观察局限性钡斑, 来避免凹陷性病变的漏诊。

表 1 癌症漏诊的原因

错误类型	例数
感性	15
浅凹陷	10
双轮廓	3
放射性皱折	1
不规则粘膜结节	1
技术性	11
对 ROI 未行压迫检查	6
未将 ROI 与十二指肠分离开来	2
钡剂覆盖不足	2
对 ROI 压迫的程度不合适	1

备注: ROI= 感兴趣区

华中科技大学同济医学院附属同济医院 杨成译 夏黎明校
摘自 Radiology, 2000, 217(2): 409