

## · 病例报道 ·

## 子宫肌瘤导管栓塞治疗后经宫口自行排出并经阴道摘除两例报告

向旭, 田瑛, 李保平, 董欣, 梁保林, 庞瑞芬

【中图分类号】R445; R737.33 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)01-0104-02

**病例资料** 病例1, 女, 20岁。主因经量增多半年, 经期延长半月于2005年10月30日入院。未婚, 有同床史, 未育。入院妇检: 未产型外阴, 阴道通畅, 宫颈外观光滑, 颈管膨大。即行诊刮术: 子宫体后方触及包块, 不活动。术后病理示分泌期的宫内膜, 间质散在炎细胞浸润。彩超显示子宫大小 $5.2\text{ cm} \times 5.1\text{ cm} \times 3.6\text{ cm}$ , 宫颈管可见低回声团块 $4.7\text{ cm} \times 3.3\text{ cm}$ (图1a)。于2005年11月2日宫腔镜检查: 宫颈光滑, 颈管膨大增粗、质硬, 宫腔形态正常。宫颈左后壁突向颈管内占位 $4\text{ cm} \times 3\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ , 无蒂、质硬、苍白、表面有血管。诊断: 宫颈肌瘤(突向颈管)。患者年轻, 未育, 血红蛋白 $68\text{ g/l}$ , 手术创伤大, 且危险性高。于2005年11月4日行经皮选择性子宫动脉栓塞术(UAE)。DSA显示两侧子宫动脉

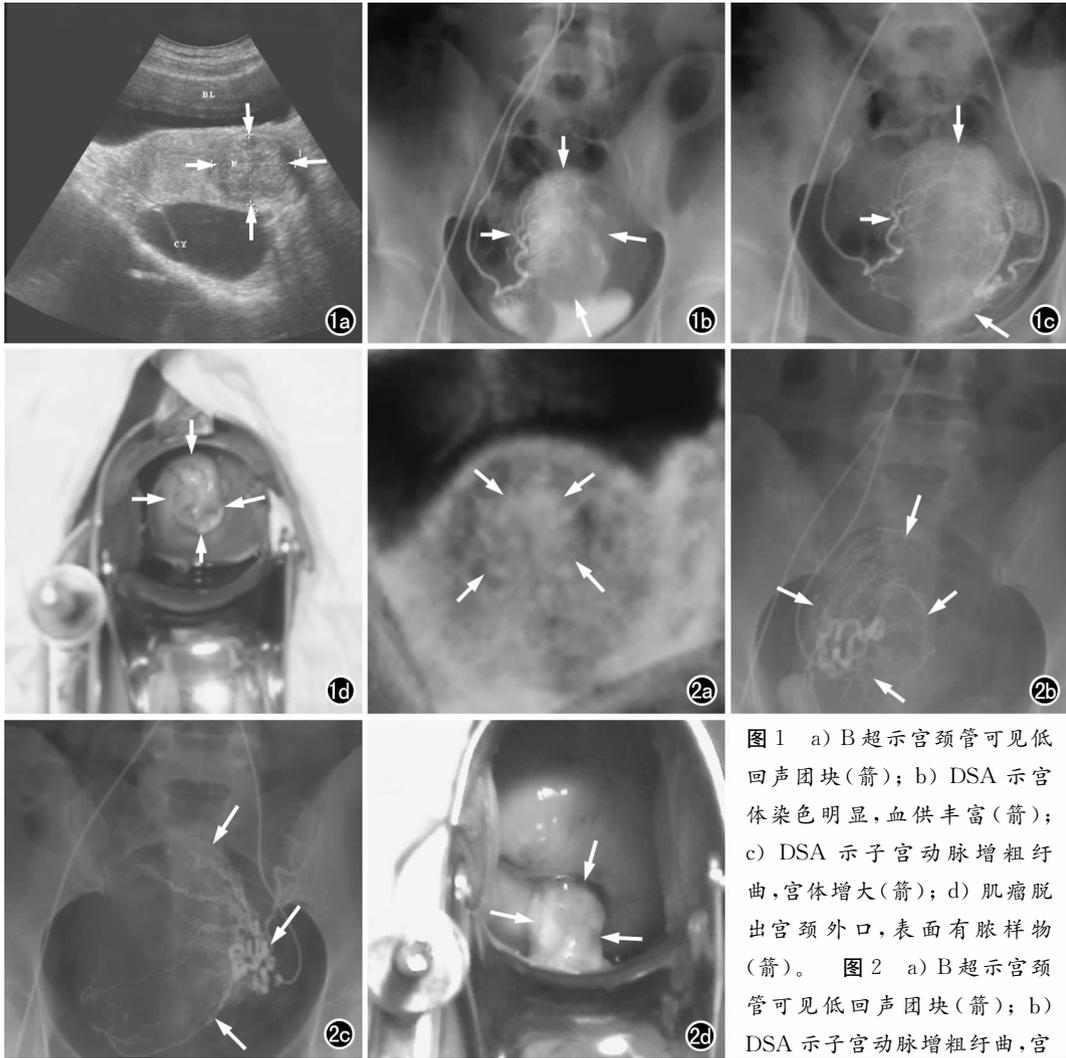


图1 a) B超示宫颈管可见低回声团块(箭); b) DSA示宫体染色明显, 血供丰富(箭); c) DSA示子宫动脉增粗迂曲, 宫体增大(箭); d) 肌瘤脱出宫颈外口, 表面有脓样物(箭)。

图2 a) B超示宫颈管可见低回声团块(箭); b) DSA示子宫动脉增粗迂曲, 宫体增大(箭); c) DSA示宫体染色明显, 血供丰富(箭); d) 肌瘤脱出宫颈外口(箭)。

增粗迂曲, 肌瘤位于宫颈部位, 血管丰富(图1b、c), 以直径 $500 \sim 700\ \mu\text{m}$ 海藻酸钠 $1\text{ g}$ 分两侧子宫动脉栓塞, DSA复查, 两侧子宫动脉末端螺旋小动脉均未显影, 已完全闭塞, 主干保存。术后常规抗菌、止痛等对症处理, 三天后出院。出院后患者阴道淋漓出血, 未见烂肉样物排出, 术后21天复查彩超显示子宫大小 $4.0\text{ cm} \times 3.8\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$ , 宫腔下段及宫颈管内 $4.0\text{ cm} \times 4.1\text{ cm} \times 2.2\text{ cm}$ 低回声团块。妇检可见宫颈口有一肿物突出于宫颈外口 $4.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$ , 表面有脓样物(图1d), 有蒂深入宫腔下段左后方, 蒂直径约 $1.5\text{ cm}$ , 手术钳断、出血少

许, 取出肌瘤 $5\text{ cm} \times 4\text{ cm} \times 4\text{ cm}$ , 变性坏死。镜下病理所见: 宫颈平滑肌瘤, 大部分区域淤血, 坏死及炎细胞浸润。

病例2, 女性, 30岁。子宫肌瘤2年, 经量大半年于2005年9月18日入院。入院妇查: 经产型外阴, 阴道通畅, 宫颈光滑, 子宫如孕3月大小, 表面不平, 前壁突起。彩超示: 子宫大小 $6.8\text{ cm} \times 7.9\text{ cm} \times 6.1\text{ cm}$ , 前壁肌瘤 $6.7\text{ cm} \times 6.3\text{ cm} \times 5.0\text{ cm}$ , 后壁 $2.6\text{ cm} \times 1.9\text{ cm}$ (图2a)。于2005年9月21日行经皮选择性子宫动脉栓塞术, DSA表现: 两侧子宫动脉明显增粗迂曲, 前壁肌瘤血管网丰富(图2b、c), 以直径 $500 \sim 700\ \mu\text{m}$ 海藻酸钠 $1\text{ g}$ 分两侧栓塞子宫动脉, DSA造影视两侧子宫动脉末端螺旋小动脉均未显影, 已完全闭塞, 主干保存。术后常规抗菌、止痛等对症处理, 三天后出院。术后月经基本正常, 3个月后阴道出血淋漓

作者单位: 050011 石家庄, 市妇产医院放射介入科

作者简介: 向旭(1955-), 男, 湖南长沙人, 副主任医师, 主要从事放射介入治疗工作。

不断,分泌物多,再次来院彩超示:子宫大小 7.3 cm×6.6 cm×5.9 cm,前壁靠近内膜团块 3.2 cm×3.0 cm,血流不丰富。妇查:宫口有一肿物脱出(图 2d),探及蒂伸入宫腔前壁,直径 1 cm,血管钳扭转蒂取出 7 cm×4 cm×3 cm 变性坏死肌瘤。病理示:平滑肌瘤透明性变伴炎性细胞浸润及坏死。

**讨论** 子宫肌瘤是子宫最常见的实体肿瘤,其发生率约占育龄妇女 20%~25%,其中黏膜下肌瘤的发生率占整个子宫肌瘤的 10%~15%<sup>[1]</sup>。宫颈肌瘤是黏膜下肌瘤的一种特殊类型。肌瘤可长在宫颈前或后唇黏膜下,宫颈肌壁间肌瘤可随肌瘤逐渐长大使宫颈拉长或突向于阴唇或嵌顿充满盆腔,此时正常大小的宫体位于巨大的宫颈上,将子宫或膀胱推至下腹部,并使两侧的盆腔解剖关系发生变异,增加了手术危险性<sup>[2]</sup>。根据荷兰 Haarlem 国际宫腔镜培训学校按肌瘤与子宫肌层的关系将黏膜下肌瘤分为 3 型:0 型为有蒂黏膜下肌瘤,未向肌层扩展;I 型为无蒂,向肌层扩展<50%;II 型为无蒂,向肌层扩展>50%。I、II 型的镜下区别在于前者的黏膜自子宫呈锐角向肌瘤移行,后者呈钝角<sup>[3]</sup>。目前,传统子宫切除或肌瘤剔除术因副作用较多,应用日益减少。宫腔镜下肌瘤电切术应用日益广泛,但技术难度大,手术指征多局限于肌瘤小于 5cm 者,对带蒂或较大的 I、II 型黏膜下肌瘤则易发生子宫穿孔、低钠血症、难以控制的大出血、宫颈机能不全等并发症。

近年来,随着经皮选择性子宫动脉栓塞术(UAE)应用日益广泛,国内外学者相继采用 UAE 治疗子宫肌瘤,取得了满意效果。同时也证明了 UAE 的安全性和可行性<sup>[4]</sup>。子宫肌瘤为多血管性肿瘤,其血供主要来自于双侧子宫动脉,少部分来自卵巢动脉<sup>[5]</sup>。UAE 后,经量及经期恢复正常,黏膜下肌瘤因缺血、坏死及萎缩,部分较小或瘤蒂较细的肌瘤可自行脱落并经阴道排出<sup>[6]</sup>。较大的肌瘤可全部肉糊状排出或部分嵌顿于宫颈口中。瘤蒂相连于宫壁,这样的带蒂肌瘤,均可直接钳断,无需缝扎,出血不多,解决了经阴道切除肌瘤出血困难的难题<sup>[7]</sup>。

UAE 介入治疗子宫肌瘤后,很难获得肌瘤的病理学改变,肌瘤自行从宫腔排出极为少见。病例 1 患者初诊时考虑宫颈黏膜下肌瘤,因患者年轻未育,手术切除会造成术后的宫颈机

能不全,对日后生育分娩带来影响。经 UAE 治疗后 21 天,使宫颈肌瘤 II 型转为 0 型,从黏膜下肌瘤转为带蒂肌瘤脱落后出宫颈管外口,钳断取出且出血少,同时保留了子宫生理功能,获得满意疗效。病例 2 为肌壁间肌瘤,患者选择 UAE 治疗后 3 月,肌壁间肌瘤转为黏膜下肌瘤,钳断取出部分瘤体,获取病理结果,同时保留了子宫生理功能,疗效满意。但 UAE 治疗是否会引起卵巢功能早衰及生育质量影响,仍需长期随访及进一步观察。

#### 参考文献:

- [1] Ravina JH, Aymard, Ciraru-vigneron N, et al. Arteriel Embolizre-sultstion of Vterine Myowa; Results Apropos of 286 Cases[J]. J Gynecol Obstet Bool Reprod, 2000, 29(5): 272-275.
- [2] Berkowitz RP, Hulchins FL Jr, Wortbingtong-kirsch RL. Vaginal Expulsion of Submucosal Fibroids after Vterine Artery Embolization[J]. J Rep Med, 1999, 49(1): 373.
- [3] 谭伟,柯要军,姜玲,等. 黏膜下子宫肌瘤动脉栓塞后随诊研究[J]. 临床疗效学杂志, 2002, 4(3): 313-315.
- [4] 陈晓明,杜娟,左约维,等. 子宫肌瘤导管栓塞治疗的中期疗效及其影响因素[J]. 中国介入影像与治疗学杂志, 2005, 6(2): 409-413.
- [5] 周琦,赵友萍. 血管介入放射治疗在妇产科疾病中的应用[J]. 北京医学杂志, 2004, 26(5): 346-348.
- [6] 李斌. 子宫动脉栓塞术介入治疗子宫肌瘤的临床研究[J]. 临床放射学杂志, 2004, 23(12): 1199-1100.
- [7] 李欣,杨丹,王建华,等. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤临床分析[J]. 复旦学报(医学版), 2004, 31(6): 645-646.
- [8] 刘晋波,王文新,高平,等. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤的技术应用[J]. 中国医学影像技术, 2003, 19(1): 95-97.
- [9] 曹泽毅. 中华妇产科学(第 4 版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 1806.
- [10] 夏恩兰. 妇科内镜学(第 11 版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001. 142.
- [11] 陈春林,刘萍. 妇产科放射介入治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003. 132-148.

(收稿日期:2006-04-03)

## 《双语医学影像学》(英汉对照)出版

中南大学湘雅医学院肖恩华教授主编,中国工程院院士、中南大学校长黄伯云教授作序,华中科技大学同济医学院冯敢生教授、南方医科大学张雪林教授主审的《双语医学影像学》(英汉对照)已由中南大学出版社于 2005 年 8 月正式出版,书号为 ISBN7-81105-091-9/R·008。该书为国内第一本医学影像学双语教材,本书分总论、骨骼和肌肉系统、胸部、腹部、中枢神经系统和头颈部、介入放射学六大部分共十八章。第一篇为总论,主要介绍 X 线、CT、MRI 等成像技术;第二篇至第五篇为各系统的诊断,主要介绍 X 线、CT、MRI 的检查方法、影像的观察与分析 and 常见疾病的影像表现;第六篇为介入放射学,介绍常用的、较成熟的血管性和非血管性介入治疗方法。该书是随着近年来我国医学影像学的快速发展与医学教学改革诞生的,适应于医学影像学的双语教学。

该书为 16 开本,定价 60 元。欲购者请与中南大学出版社发行部联系。

地址:410083 中南大学出版社发行部

电话:0731-8876770,8836721

邮购:0731-8830330 传真:0731-8710482