

技术·思维

葡萄胎的诊断和治疗

□李灿宇

妊娠滋养细胞疾病(GTD)是一组来源于胎盘滋养细胞的疾病,包括良性葡萄胎及恶性滋养细胞疾病等。葡萄胎是以胚胎发育异常、胎盘绒毛水肿增大伴滋养细胞增生为特征的异常妊娠,形如葡萄,亦称水泡状胎块(HM),是GTD中最常见的类型。葡萄胎包括完全性葡萄胎(CHM)、部分性葡萄胎(PHM)和侵蚀性葡萄胎/转移性葡萄胎。临床上仍将侵蚀性葡萄胎归入恶性葡萄胎,与绒毛膜癌、胎盘部位滋养细胞肿瘤(PSTT)、上皮样滋养细胞肿瘤(ETT)合称为妊娠滋养细胞肿瘤(GTN)。有的指南将部分性葡萄胎、完全性葡萄胎列为癌前病变。葡萄胎在我国较常见。

临床表现

最常见的表现是阴道不规则流血,约占临床表现的60%,其他表现有妊娠剧吐、子宫过度增大、甲亢、早发型子痫前期和因卵巢黄素化囊肿引起的腹胀,极少数患者可出现因肺部或脑部转移灶引起的咯血或癫痫发作。

诊断标准

根据停经后不规则阴道出血、子宫异常增大变软等临床表现及辅助检查结果,可基本确诊为葡萄胎。组织学诊断是葡萄胎最重要和最终的诊断依据。

辅助检查

1.血清HCG(人绒毛膜促性腺激素)测定
葡萄胎因滋养细胞增生,血清中HCG浓度大大高于正常妊娠时相应月份值,在停经8周~10周以后持续上升,约45%的完全性葡萄胎患者的血清HCG水平大于10万单位/升,最高可达240万单位/升。如果HCG升高而影像学检查未发现疾病证据,考虑可能存在LH(黄体生成素)交叉反应、垂体分泌的HCG或异位HCG。此时,需要采用连续稀释法或者比较血清和尿HCG,以鉴别异位HCG。

2.超声检查

推荐经阴道彩色多普勒超声检查,有助于鉴别葡萄胎、多胎妊娠或胎儿畸形。完全性葡萄胎表现为子宫大于相应孕周,无妊娠囊或胎心搏动,宫腔内充满“落雪状”或“蜂窝状”图像。部分性葡萄胎可在胎盘局部出现异常征象,有时还可见胎儿或羊膜囊,但通常畸形。此外,还可检测到双侧或一侧卵巢囊肿。

3.其他检查

当超声检查无法确诊时,可进行MRI(磁共振)及CT(计算机断层成像)等影像学检查来排除转移,同时为随访奠定基础。X线主要用于肺部检查,是发现葡萄胎肺转移首选的检查方法。

组织学诊断

葡萄胎患者每次清宫后的刮出物必须全部进行组织学检查。

查,一方面有助于证实良性、非侵蚀性葡萄胎的诊断;另一方面可分流进展为葡萄胎后GTN的低危患者,使其避免接受不必要的预防性化疗。

鉴别诊断:应与流产、双胎妊娠、羊水过多、子宫肌瘤及妊娠瘤鉴别。由于在自然流产时难以识别是不是GTD,因此推荐:1.自然流产者通过药物或手术处理得到的所有组织物均应进行病理检查。2.如果组织物未进行病理检查,则在自然流产后3周进行妊娠试验。如果妊娠试验结果仍为阳性,则应随访血清HCG水平,以确保其处于下降趋势。如果血清HCG水平未下降,则应进行超声检查,以便进一步发现妊娠组织,此时获得的所有组织物均应进行病理检查。在清宫前未能发现的GTD,发生率约为2.7%。

治疗方法

治疗原则:葡萄胎的诊断一经确定,应立即予以清除。大多数葡萄胎可经过清宫治愈。清除葡萄胎时应注意预防出血过多、子宫穿孔及感染,并应尽可能减少以后恶变的机会。

治疗方案:治疗前可根据患者有无生育需求,选择负压吸宫和刮宫术,或全子宫双侧输卵管切除术。

1.B超引导下清宫术

对于有生育要求的患者优先推荐清宫术,不推荐药物流产。由于发生葡萄胎,子宫大而软,易发生子宫穿孔,故采用吸宫术而不用刮宫术。吸宫术的优点是操作快,出血少。若无吸宫条件,仍可进行刮宫术。对于完全性葡萄胎而言,要避免使用任何药物进行清宫,使用药物清宫会增加清宫后GTN的风险。对于部分性葡萄胎,当胎儿过大影响吸宫术的使用时,可以选择药物引产。

2.子宫切除术

对于年龄超过40岁、无生育要求、有恶变倾向、HCG效价异常增高患者,可手术切除子宫,保留两侧卵巢。有研究结果显示,子宫切除术后仍有13%

的患者可进展为GTN。因此,全子宫切除术并不作为葡萄胎患者的常规选择,且术后仍需要进行规范监测。

3.手术注意事项

术前做好充分准备。①充分扩张宫颈,术前用物理方法或前列腺素促进宫颈成熟,不会增加进展为GTN的风险。②尽量选用大号吸管,以免葡萄胎组织堵塞吸管而影响操作,如果遇到葡萄胎组织堵塞吸管,可迅速用卵圆钳钳夹,基本吸净后再用刮匙沿宫壁刮刮两圈。③在清宫结束前不推荐使用缩宫素输注。如果患者术中出血多,可给予缩宫素10单位静脉滴注。缩宫素应在宫口已扩大、开始吸宫后使用,避免因宫口未开时子宫收缩,滋养细胞经挤压后由静脉系统扩散。④对于Rh阴性血型患者,在清宫术后可预防性应用抗D免疫球蛋白。

4.二次清宫

目前主张对子宫大小<妊娠12周者,争取一次性清除干净。若高度怀疑葡萄胎组织残留,则必须再次清宫。当清宫后临床疑似GTN时,也可再次进行清宫。一项前瞻性II期临床试验结果显示,这类患者进行2次清宫术后,40%可以避免化疗,且手术并发症发生率低。

5.并发症处理

①黄素化囊肿:葡萄胎清除后,大多数黄素化囊肿能自然消退,无须处理。若发生囊肿扭转,需要及时手术探查。黄素化囊肿可贮藏大量HCG,故这类患者血清和尿HCG消失比一般患者慢。②子宫穿孔:若吸宫开始后不久发现子宫穿孔,立即停止操作,同时进行腹腔镜检查或开腹探查。若在葡萄胎已基本吸净后发生子宫穿孔,停止操作后严密观察。③葡萄胎并发妊娠期高血压疾病:积极对症处理,待患者情况稳定后予以清宫。但也不宜多等,因为不清除葡萄胎,妊娠期高血压疾病会难以控制。

6.预防性化疗

对高危患者可进行预防性化疗,高危因素有:①年龄>40岁;②HCG>10万单位/升;③

子宫体积明显大于停经月份;④HCG和尿HCG变化,如果HCG水平处于平台期或上升期,则按持续性葡萄胎后GTN处理;同时,应进行妇科检查,了解子宫复旧情况,注意有无阴道异常流血、咯血及其他转移灶症状;进行盆腔B超、胸部X线或CT检查。

避孕与妊娠:葡萄胎患者在随访期间应避孕,一般6个月;化疗结束后避孕1年。NCCN指南建议采用全身激素避孕(首选口服避孕药),可以抑制内源性LH和FSH(卵泡刺激素)。不建议选用宫内节育器,以免穿孔,或混淆子宫出血的原因。随访不足6个月发生意外怀孕者,只要孕前β-HCG已恢复正常,就无须终止妊娠。但是,妊娠早期要定期到医院进行B超检查和HCG测定,了解妊娠是否正常,产后也需要进行HCG随访,直至正常。对于未接受化疗的葡萄胎患者,在随后的妊娠事件后无须随访HCG。

随访

大多数葡萄胎可经清宫治愈,完全性葡萄胎后进展为需要化疗的GTN的总体风险为13%~16%,部分性葡萄胎为0.5%~1.0%。发生妊娠滋养细胞肿瘤的标志是HCG不降低或进一步升高。

随访极为重要,规律的随访能早期发现GTN,从而让患者及时进行化疗。正常情况下,葡萄胎排空后,血清HCG稳定下降。若葡萄胎排空后HCG持续异常,要考虑妊娠滋养细胞肿瘤。不同指南推荐复查HCG的时间略有不同。

1.我国2021年指南 指南指出,葡萄胎排出后,应每周检测血清HCG或β-HCG,滴度应呈对数下降,一般8周~12周恢复正常。正常后继续随访血清β-HCG三四次,之后每个月监测血清β-HCG1次,至少持续6个月。

2.NCCN(美国国立综合癌症网络)指南 2022年第1版指南指出,治疗后每一两周进行HCG检测,直到正常,连续3次正常后,每3个月1次,共6个月。

③RCOG(英国皇家妇产科学会)指南 2020年指南指出,对于完全性葡萄胎患者,若HCG在妊娠事件后56天内恢复正常,则从清宫后开始随访6个月;若HCG在妊娠事件后56天内仍未恢复正常,则从HCG恢复正常的时间开始随访6个月。对于部分性葡萄胎患者,若HCG2次测定均正常,且至少间隔4周,则结束随访。随访时应特别注意血清

HCG和尿HCG变化,如果HCG水平处于平台期或上升期,则按持续性葡萄胎后GTN处理;同时,应进行妇科检查,了解子宫复旧情况,注意有无阴道异常流血、咯血及其他转移灶症状;进行盆腔B超、胸部X线或CT检查。

避孕与妊娠:葡萄胎患者在随访期间应避孕,一般6个月;化疗结束后避孕1年。NCCN指南建议采用全身激素避孕(首选口服避孕药),可以抑制内源性LH和FSH(卵泡刺激素)。不建议选用宫内节育器,以免穿孔,或混淆子宫出血的原因。随访不足6个月发生意外怀孕者,只要孕前β-HCG已恢复正常,就无须终止妊娠。但是,妊娠早期要定期到医院进行B超检查和HCG测定,了解妊娠是否正常,产后也需要进行HCG随访,直至正常。对于未接受化疗的葡萄胎患者,在随后的妊娠事件后无须随访HCG。

特殊情况

1.双胎之一并发育葡萄胎:完全性葡萄胎与正常胎儿共存(CHMCF)是一种罕见情况,发生率为1/100000~1/22000。细胞遗传学分析对于诊断CHMCF至关重要。当无法鉴别CHMCF或单胎部分性葡萄胎时,应考虑进行侵入性产前诊断,检查胎儿染色体核型。CHMCF患者是否继续妊娠,应强调遵循个体化处理的原则。对于有强烈意愿继续妊娠的患者,应充分告知其风险。妊娠期间应加强产前监测和母胎的健康监测。如果患者要求终止妊娠,或者共存的胎儿死亡,这种情况下胎儿部分的大小决定进行吸刮术还是进行药物清宫。终止妊娠时,建议对胎盘进行组织学检查,终止妊娠后还应密切随访监测血清β-HCG水平。

2.异位葡萄胎妊娠:较罕见,症状和体征与其他类型的异位妊娠相同,处理原则与异位妊娠相同。早期完全性异位葡萄胎妊娠的组织病理学特征与绒毛膜癌极其相似,容易混淆。正常的妊娠活动有5个分期。口腔前期是第一个时期,人们通过视觉和嗅觉来感知食物。口腔准备期是第二个时期,指的是食物进入口腔,经过反复咀嚼,对食物进行加工处理的过程。主要评估患者的牙齿及舌的活动度。口腔期是第三个时期,指咽喉部位的吞咽过程,即食物由口腔向咽喉部吞咽,主要用于评估患者是否患有疾病,在吞咽过程中是否有梗阻。如果有咽喉部阻塞性疾病,就会引起此功能障碍,如肌肉运动障碍、咽喉部恶性肿瘤堵塞。第四个时期是咽期,指向胃部部位输送食物的过程以及相应的反射活动。第五个时期是食管期,指食管对食物的一系列改变,将食物挤压入胃。如果此处有病变,容易导致吞咽障碍,如食管炎、食管癌等疾病。

引起吞咽障碍的疾病,一种是脑部病变,以缺血性脑血管病为主;另一种是消化系统病变。

医技在线

甲状腺结节是甲状腺内肿物的统称,多见于中青年女性。甲状腺结节分为良性和恶性两大类,大部分患者需要手术治疗。传统手术要在患者颈部切口,术后患者颈部会留下明显的手术疤痕,给患者造成很大的心理负担。随着腔镜技术的发展,术者对许多患者不再采用传统的开刀方式,而是采用非颈部入路,将颈部切口改为在胸前很低的乳晕位置开3个0.5厘米~1.0厘米的小孔,完成手术,有很好的美容效果,受到了患者的喜爱。

董某,女,29岁,身高160厘米,体重50公斤。

主诉:发现颈前肿大1天。现病史:患者1天前无明显诱因出现颈前肿大,无压痛、胀痛,无声音嘶哑,无呼吸困难等;彩超检查结果提示甲状腺结节,较大者约为24.4毫米×17毫米。为了寻求系统治疗,患者来到河南中医药大学第一附属医院就诊。患者神志清醒,精神尚可,颈前肿大,平时易怒,纳可,睡眠一般,二便尚可。

既往史:平素身体状况良好,无冠心病、高血压病、糖尿病、脑梗死、脑出血、肺结核病史。患者说自己没有肝炎,没有手术史、输血史。

一般情况:体温36.6摄氏度,脉搏70次/分,呼吸19次/分,血压113/75毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。

查体:颈软,无抵抗感,双侧颈动脉无异常搏动,颈静脉未见异常,气管居中,肝颈静脉回流征为阴性;甲状腺左叶I度肿大,边界尚清,质中等,活动度欠佳,甲状腺右叶未触及异常,双侧未触及明显肿大淋巴结。

甲状腺功能:促甲状腺激素为3.73国际单位/升,甲状腺过氧化物酶抗体为0.6国际单位/升,血清游离三碘甲状腺原氨酸为5.72皮摩尔/升,血清游离甲状腺素为12.21皮摩尔/升。

胸部CT检查结果提示左上肺上叶有少许陈旧性索条。头颅CT检查结果提示无异常。

甲状腺CT检查结果提示甲状腺左叶体积增大,有结节样低密度影,有点状钙化(见图1、图2)。术前诊断:甲状腺结节。

2022年2月22日,河南中医药大学第一附属医院普外腔镜微创外科主任张楠带领团队,为患者实施了腔镜下左侧甲状腺癌根治术+中央区淋巴结清扫术。术后第一天,患者无声音嘶哑、无饮水呛咳、无肢体麻木等不适,能自主下床活动,恢复良好。

术后病理检查结果提示(左侧甲状腺)甲状腺乳头状癌并结节性甲状腺腺瘤伴囊性变。

与传统手术相比,腔镜甲状腺手术具有以下优点:在患者的颈部看不到疤痕,具有美容效果;在腔镜下手术视野更清晰,定位更准确,并且患者出血很少,术后恢复快,能很快下床活动,住院时间短。

哪些患者可以进行腔镜甲状腺手术?结节性甲状腺腺瘤或甲状腺腺瘤,最大直径<5厘米的患者;I度肿大以内的原发性或继发性甲亢患者;低危分化型甲状腺癌,未侵犯邻近器官,无淋巴结肿大,有强烈的美容愿望的患者;甲状腺腺瘤亢进症患者。

甲状腺癌通常恶性程度不高,大多数是“惰性肿瘤”,是一种“温和”的癌症,很少发生转移,进展也不快,且预后良好。甲状腺乳头状癌患者的10年生存率可达95%以上,通过规范手术及治疗可实现临床治愈,预后生存期通常可达数十年。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)



图1

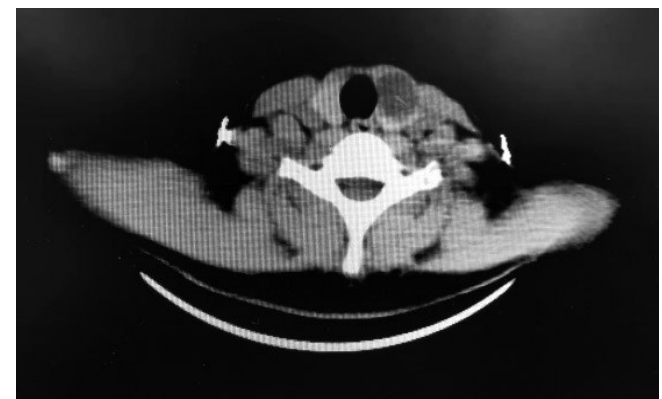


图2

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》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,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。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85967002
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委8楼医药卫生报社编辑部

吞咽障碍,康复治疗很关键

□庞利红

康复医学是以恢复伤病员的人体功能为目的的医学分支学科,以残疾人及急性病恢复期、慢性病、老年病患者等为服务对象,主要研究疾病预防、功能评定和康复治疗等问题。近年来,河南科技大学第二附属医院康复医学科在患者吞咽障碍诊疗方面取得了一定成绩,形成了自己的特色。

吞咽障碍的概念、临床表现

吞咽是人类赖以生存的基本生理活动之一,是指食物从口腔经咽、食管输送至胃的运动。吞咽障碍是下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构和(或)功能受损,不能安全有效地把食物由口送到胃内的一种临床表现。

吞咽障碍的临床表现包括:1.引发吞咽动作困难;2.鼻内容物反流;3.咳嗽;4.鼻音重;5.咳嗽反射减弱;6.噎塞;7.声音障碍和复视(也可伴有其他导致口咽部吞咽困难的神经症状)。

吞咽障碍的分类

依据解剖功能结构的变化情况,吞咽障碍可分为

神经性吞咽障碍和结构性吞咽障碍两类。

神经性吞咽障碍:吞咽障碍由神经性疾病导致时,称为神经性吞咽障碍。目前临床上最常见、研究最多的是脑卒中后的吞咽障碍,此类吞咽障碍解剖结构没有异常,属于口咽、食管运动功能异常引起的障碍,多由中枢神经系统及末梢神经系统障碍、肌肉病变等病理因素导致。比如:脑卒中、帕金森病、放射性脑病、脑外伤、第四脑室肿瘤、脑干或小脑病变、脑瘫、严重认知功能障碍或痴呆等;脑神经病变(多发性硬化、运动性神经元病等);神经肌肉接头疾病(重症肌无力);肌肉疾病,如多发性肌炎、硬皮病、代谢性肌病、营养不良、环咽肌痉挛、口咽部或颈部肌张力障碍、脊髓灰质炎后肌萎缩等。

结构性吞咽障碍:是口、咽、喉、食管等解剖结构异常引起的吞咽障碍。这些异常主要包括食管通道及邻近器官的炎症、损伤或肿瘤,以及外伤手术或放射治疗等引起的并发症等。

吞咽障碍的治疗

脑卒中后吞咽障碍的治疗强调个体化,在没有禁忌证的情况下,在患者入院24小时之内应进行吞咽评估和个体化治疗方案的拟定。吞咽障碍的治疗方法包括摄食训练,如改变食物的黏度、食团的大小、一口量、姿势调整等;吞咽器官的训练;保护性手法等功能训练;对患者进行电刺激治疗、针灸、球囊扩张术等。

近日,河南科技大学第二附属医院康复医学科收治了一位患者。

患者张女士,67岁。2021年12月25日,张女士在家中无明显诱因出现左侧肢体无力,左侧上肢抬举费力,左侧下肢行走费力,吞咽困难、饮水呛咳,被诊断为急性脑梗死。张女士在神经内科治疗后继留左侧肢体无力、吞咽困难等,于2022年1月25日转入康复医学科,进行康复治疗。

入康复医学科时,张女士吞咽困难,饮水呛咳,左侧肌力4级。主管医师胡晓亭对张女士的吞咽功能进行筛查,结果注水饮水试

验4级。胡晓亭为张女士制定了康复治疗计划,进行普通针刺、吞咽功能电刺激、口咽功能训练、门德尔松吞咽法、冰刺激、球囊扩张术等综合康复治疗。综合治疗15天后,张女士可以经口进食、饮水,注水饮水试验2级,左侧肌力4级+。张女士病情好转后准备出院。责任护士对张女士再次进行综合康复指导,告知出院后的注意事项。

吞咽造影检查(VFSS)和软式喉内窥镜吞咽功能检查(FEES)是确定吞咽障碍的金标准。应用这些设备进行检查,能更直观、更准确地评估患者口腔期、咽期和食管期的吞咽情况,了解吞咽气道保护功能的情况,对于诊断、干预手段的选择和咽期吞咽障碍的管理意义重大。

营养是吞咽障碍患者需要首先解决的问题,若无禁忌证,推荐使用肠内营养。对于肠内营养不能满足需求或有禁忌证的,可选择部分或全肠道外营养。(作者供职于河南科技大学第二附属医院,本文由史向娟、范瑞彦整理)

相关链接

正常的吞咽活动有5个分期。口腔前期是第一个时期,人们通过视觉和嗅觉来感知食物。口腔准备期是第二个时期,指的是食物进入口腔,经过反复咀嚼,对食物进行加工处理的过程。主要评估患者的牙齿及舌的活动度。口腔期是第三个时期,指咽喉部位的吞咽过程,即食物由口腔向咽喉部吞咽,主要用于评估患者是否患有疾病,在吞咽过程中是否有梗阻。如果有咽喉部阻塞性疾病,就会引起此功能障碍,如肌肉运动障碍、咽喉部恶性肿瘤堵塞。第四个时期是咽期,指向胃部部位输送食物的过程以及相应的反射活动。第五个时期是食管期,指食管对食物的一系列改变,将食物挤压入胃。如果此处有病变,容易导致吞咽障碍,如食管炎、食管癌等疾病。

引起吞咽障碍的疾病,一种是脑部病变,以缺血性脑血管病为主;另一种是消化系统病变。