

■技术·思维

妊娠物残留的诊治

□李灿宇

妊娠物残留(RPOC)指流产或分娩后胚胎或胎盘组织残留在宫腔内,甚至植入子宫肌层等。分娩后,RPOC的发生率约为1%;流产及中期终止妊娠者发生率高达2.3%~21.3%;并发子宫畸形的患者,RPOC的发生率更高。RPOC可导致晚期产后出血、腹痛、感染、宫腔粘连、不孕症等。同时,因为缺乏诊断标准,对RPOC的治疗,可谓“百家争鸣”。

病因

妊娠物残留是人工流产与产后的常见并发症,在人工流产后多发,主要与终止妊娠后清宫不彻底、药物或者人工流产手术、中期妊娠引产有关。

诊断

在临床上,流产后宫内妊娠物残留的诊断,主要依靠流产史、阴道流血症状等,结合超声检查结果、血清人绒毛膜促性腺激素水平以及宫腔镜检查进行诊断。

1. 超声检查简便、易行,可以直接观察子宫内有无残留物及其部位、数目、大小、形态、回声强度,同时可以明确子宫肌层、附件区的情况等。超声检查又以经阴道超声检查为佳。
2. 应用宫腔镜技术对人流后宫内妊娠组织复杂性残留患者进行诊断和治疗,均具有较好的效果,并且安全性高。此方法值得在临床上推广应用。

分析

对RPOC,传统使用清宫术治疗,其术后并发症,尤其是宫腔粘连的发生率居高不下。目前,随着宫腔镜技术的不断发展,宫腔镜下清宫技术已经较多地应用于临床,在一定程度上保护了正常的子宫内膜组织;宫腔镜电切系统对操作者的技术要求较高,但可在直视条件下操作,能更好地保护正常的子宫内膜;宫腔镜冷刀系统和宫腔镜刨削系统能有效避免辐射损伤,后者可减少宫颈损伤及子宫穿孔,且操作简单,有利于学习及普及。HIFU(高强度聚焦超声)、期待治疗及药物治疗等非手术治疗也逐渐得到应用,使部分患者避免了过度宫腔操作。在治疗RPOC时,应根据残留物的大小、有无植入及是否并发子宫瘢痕、畸形、宫腔粘连等,进行个体化治疗,尽量优先考虑期待治疗、药物治疗及无创的治疗方式,无效后再进行手术治疗,并且优先选择宫腔镜,在直视条件下操作,尽量减少操作时对正常子宫内膜的损伤,尽可能减少宫腔粘连的发生。

(作者供职于河南省妇幼保健院)

治疗

清宫术

在我国,对中期终止妊娠者,清宫术使用率高达30.8%~59%。但是,这种治疗方式存在清宫不全、宫腔粘连等并发症。有的学者发现,对胎盘残留进行清宫术,极易导致重度宫腔粘连,而宫腔粘连严重影响月经恢复及后续妊娠,已成为不孕症的重要病因。

宫腔镜技术

宫腔镜下清宫。清宫前,对患者进行宫腔镜检查,以定位病灶,观察子宫的形态;退镜后清宫,结束后再次置镜观察是否有残留的病灶,可有效降低因盲目性而导致的清宫失败率。但是,清宫时的操作仍有一定盲目性,并且当病灶粘连、植入时,会发生手术时间长而出血量难以控制的情况。

宫腔镜电切术。与清宫术相比,宫腔镜电切术具有手术时间短、患者术中出血量少的优点,在直视条件下操作可避免大面积搔刮到子宫内膜,这使得清宫不全、宫腔粘连等并发症明显减少。对于并发子宫畸形的患者,可避免盲目清宫错过部分宫腔导致清

宫不全,并且可同时在宫腔镜下治疗子宫畸形。但是,电切环在治疗的同时会带来热辐射损伤,易损伤周围内膜组织,增加宫腔粘连发生的风险,严重时损伤基底膜甚至深部肌层,导致后续妊娠胎盘异常植入。

宫腔镜冷刀切除术。相关文献比较了应用宫腔镜电切系统与宫腔镜冷刀系统治疗宫内疾病的效果,结果发现,应用宫腔镜冷刀系统,术后宫腔粘连的发生率降低了90%。

Mazon(麦瑞,音译)等人证实了应用宫腔镜冷刀系统治疗RPOC的可行性,发现应用该系统治疗RPOC可避免电辐射损伤周围内膜组织。但

介入治疗

介入技术已广泛应用于产后出血的治疗。据报道,对RPOC伴胎盘植入者进行介入治疗,失败率高达60%,应慎重选择。有的学者提

HIFU治疗

HIFU可削弱残留胎盘与子宫肌层间的血供,降低出血风险,加快残留组织排出。该技术在严密的监

期待治疗

曾文娟(妇产科专家)等人随访了15名中期终止妊娠RPOC患者,对这些患者期待治疗后的阴道流血、月经恢复等情况进行跟踪,结果发现,期待

药物治疗

相关研究提出,使用“雌孕激素序贯法”治疗RPOC,有效率达75%~10%,与清宫治疗的效果有明确的可比性。雌激素可促进内膜修复;孕激素使宫颈黏液栓形成,减少宫腔感染,有利于内膜修复。但是,对于应用雌激素和孕激素治疗,并无统一的标准,似乎后者的治疗成功率略高于前者,但是尚需更多临床研究来验证;同时,雌激素的使用剂量、方式也无统一标准,

出,介入治疗可短时间影响卵巢功能,年轻人的卵巢多可自行修复。对于子宫肌层植入术后患者,治疗产后出血多选择闭塞粗大的动脉,

控及定位下操作,对病灶周围的正常内膜组织及卵巢功能无明显影响。但是,若坏死组织长时间无法

治疗后虽然阴道流血时间较清宫术后长,但是患者并未发生严重出血。根据随访结果,他们提出,与清宫术相比,期待治疗同样安全有效,并且月经

量过少、严重内膜炎等并发症更少,可替代部分清宫治疗。但是,期待治疗随访时间长,对患者的依从性有较高的要求。

组织化、粘连、位于宫角部等特殊部位,或并发子宫畸形,清宫失败率将进一步升高。反复清宫,会使宫腔粘连高发且越来越严重。超声引导下清宫可以在一定程度上降低失败率,但超声的分辨率有局限性,并且此时子宫纹理紊乱,可能误导操作者过度清宫。

是,对于植入较深、血管丰富的妊娠物,宫腔镜冷刀切除术会增加出血、残留的机会。

宫腔镜刨削术。宫腔镜刨削系统改用钝性头加侧窗操作,在切除病灶的同时吸出病灶碎片,避免反复进出宫腔。

将RPOC患者分为两组,分别应用宫腔镜刨削系统和宫腔镜电切系统治疗RPOC,手术时间显著短于宫腔镜电切系统组,并且子宫穿孔、大出血等严重并发症的发生率显著降低,同时避免了电辐射损伤和热辐射损伤,使宫腔粘连的发生率显著降低。

所影响的血供范围广。因此,应用介入技术治疗产后出血、RPOC,对生育功能的影响到底有多大,目前存在较大争议。

排出,感染风险会相应增加,可能仍需要进行清宫或宫腔镜下清除宫内残留物。

经线的增大而降低;但是,即使最大经线超过2.5厘米,其治愈率仍有76%。对于那些恐惧手术、有药物治疗意愿的患者,仍可尝试雌激素和孕激素治疗。还有少量文章提到MTX(叶酸拮抗剂)、中药等治疗。药物治疗随访时间长,治疗期间患者有可能出现阴道流血,需要告知大出血及感染风险。患者较好的依从性是治疗成功的重要因素之一。

房颤导管消融的推荐级别已提升,对于抗心律失常药物治疗无效或不适用者,可进行房颤射频消融治疗,尤其是无严重左心房扩大者(左心房内径<45毫米)。HCM并发房颤射频消融成功率较一般人群低,中期室性心律失常的维持率约为67%,房颤复发率较高,可能需要多次进行消融。对于左心室流出道收缩期压差>50毫米汞柱的肥厚型梗阻性心肌病患者,可在进行室间隔化学消融治疗或外科室间隔肥厚切除术的同时进行房颤射频消融术,也可同时进行房颤及室间隔梗阻部位射频消融。起搏器(右心室起搏)可使室间隔和左心室游离壁在收缩期形成反向运动,使收缩期左心室流出道容积增大,从而改善梗阻引起的症状,可作为无法进行化学消融或室间隔切除术的一种替代治疗。对于并发房颤的HCM患者,可根据患者的具体情况选择合适的起搏器进行植入及适时进行射频消融。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

医技在线

病例

这是一位50多岁的女性,2020年被查出患了宫颈癌,这对她和她的家庭来说,简直就是晴天霹雳!但是,终究要面对现实,在接下来的一年多时间里,她一直坚持药物治疗,虽然癌细胞的生长速度慢了下来,但是依然在生长,并引发盆腔多处淋巴结转移。

2021年10月,这位患者突发大出血,从当地医院紧急转诊到河南省人民医院综合介入科。在河南省人民医院,我和同事给她实施了介入手术——“双侧髂内动脉栓塞术”,术后患者出血立即停止。4个月,她来到河南省人民医院进行复查。我们惊喜地发现,她的肿瘤明显缩小,就连旁边的淋巴结转移灶也缩小了(不仔细很难发现)。她的生活质量明显改善,原来的各种不适也几乎消失。家属说,没想到介入手术治疗肿瘤效果这么好,治疗信心更足了。患者进行了第二次介入手术。

治疗

肿瘤不会“束手就擒”,它会想方设法从其他地方吸取营养。造影检查发现,患者两侧的卵巢动脉增粗,迂曲呈弹簧状,“千里迢迢”为肿瘤供血。医师李陆鹏小心翼翼地操纵着导管,大气都不敢出。他慢慢地把导管尽量送到两侧卵巢动脉深处,通过导管直接把化疗药物注入肿瘤内,“毒死癌细胞”,随后用栓塞剂把这两条“粮道”封死,这样在“饿死癌细胞”的同时,可以防止再次出血,并为患者进行下一步治疗创造机会。术后,患者只需卧床10多个小时,身上仅留下一个针眼。

这种介入手术在肝癌治疗中已经非常普遍,但在肺癌、膀胱癌、宫颈癌、肠癌、前列腺癌等恶性肿瘤的治疗中应用较少,大部分患者有出血等症时才来到河南省人民医院综合介入科就诊。其实,这样的治疗方法如果能早一些应用到患者身上,既能快速控制肿瘤生长,减轻肿瘤负荷,又能及时预防大出血,避免患者进入“生死之门”。肿瘤缩小后,能大大提高外科切除成功率。

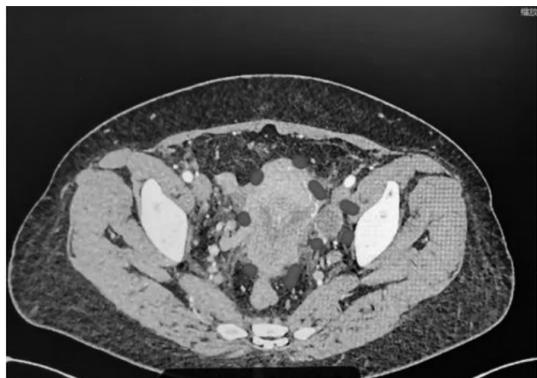
介入治疗在不开刀的情况下能达到暴露病灶的目的。医生在患者的血管、皮肤上做直径几毫米的微小通道,或经人体生理管道,在影像设备的引导下对病灶局部进行治疗,创伤较小。这是一种介于外科、内科治疗之间的治疗方法,包括血管内介入治疗和非血管介入治疗。

要注意的是,对恶性肿瘤的姑息性治疗,应先灌注化疗药物,再用明胶海绵栓塞,用量宜少,以防血管完全闭塞后为后续治疗造成困难。因此,一般不使用钢圈做永久性栓塞。

(作者供职于河南省人民医院)

动脉栓塞术治疗肿瘤患者

□曹广劼 文/图



患者介入手术前的影像图



患者介入手术后一个月的影像图

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:贾老师
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员会8楼医药卫生报社编辑部

临床提醒

肥厚型心肌病患者并发房颤的临床管理

□杨露露

肥厚型心肌病(HCM)是一种以非对称性的、弥漫性或节段性的左心室壁增厚为典型表现的原发性心肌疾病,常累及室间隔(90%),通常不伴左心室的扩大,约75%存在左心室流出道梗阻,是青少年和运动员源性猝死的主要原因。

HCM患者常并发房颤(AF)。房颤也是HCM患者病情恶化的主要原因,在HCM患者中的发病率约为25%。年龄和左心房增大,与HCM患者发生房颤的概率密切相关。HCM并发房颤可增加患者栓塞、心力衰竭、晕厥及严重室性心律失常发生的风险。对于此类患者,应积极给予药物治疗和复律治疗。

抗凝治疗

房颤可增加HCM患者的卒中风险。相较于其他原因导致的房颤,在HCM患者中,亚临床或无症状房颤患者所占的比例(25%~53%)更大,多以卒中为首发症状,预后不佳。HCM并发房颤的卒中风险高达27%,即使

对于房颤卒中风险评分为0的HCM患者,卒中发生率仍然较高。因此,传统房颤卒中风险评分不适用于HCM患者。根据2020美国心脏学会(AHA)/美国心脏病学学会(ACC)肥厚型心肌病诊疗指南,对于并发房颤的HCM患者,无论房颤卒中风险评估结果如何,均推荐抗凝治疗。其中,新型口服抗凝药为一线选择,华法林为二线选择。对于处于妊娠期的患者,建议使用低分子肝素或华法林。另外,进行左心耳封堵治疗,在此类患者中缺乏证据支持,指南亦无明确推荐。

控制心室率

HCM患者对房颤耐受性差,尤其当心室率较快时,可引起心室率加快,加重左心室流出道梗阻程度,引起左心室压力增大,减少射血量,引发肺水肿、晕厥等急性不良事件。β受体阻滞剂作为治疗HCM的一线药物,可减慢心室率,改善左心室流出道梗阻的程度,缓解心绞痛、劳力性呼吸困难等症。β受体阻

滞剂的目标剂量是在未出现明显静息心率显著下降等的基础上,症状改善最明显时的剂量,但长期应用能否改善预后尚不明确。当β受体阻滞剂无效或患者不耐受时,可选用维拉帕米等,一般从小剂量开始,逐渐增加至可耐受剂量。但是,维拉帕米具有一定扩张血管作用,且对部分患者而言,其血管扩张作用较为突出,可能加重或诱发左心室流出道梗阻。在低血压、静息时呼吸困难的静息时左心室流出道压力差>100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)的情况下应慎用维拉帕米。对HCM并发房颤以及左心室射血分数(LVEF)<50%的患者,当不存在左心室流出道狭窄或狭窄程度轻微时,地高辛或可用于心室率的控制。此外,对于某些药物难治性快速心室率患者,在进行房室结射频消融的同时植入起搏器,也是一种选择。

控制节律

HCM患者对房颤的耐受性

差,若服用控制心室率的药物后效果欠佳或不能耐受,应进一步进行节律控制。

一、药物的选择

HCM患者使用的房颤节律控制药物及其对房颤的有效程度主要为:胺碘酮(Ⅲ类,中高效)、索他洛尔(β受体阻滞剂,中效)、丙吡胺(Ⅰa类,中效)、氟卡尼和普罗帕酮(Ⅰc类,尚不明确)、多非利特(Ⅲ类,中效)、决奈达隆(胺碘酮类似物,低效)。其中,胺碘酮的安全性和有效性已被多项研究证实,应用时需要密切随访和关注其副作用。Ⅰc类药物在未植入ICD(一种除颤器)的患者中应用受限,而在植入ICD的患者中应用则最为安全。对于伴有左心室肥厚(左心室壁厚度≥14毫米)的房颤患者,应用索他洛尔或多非利特,与胺碘酮相比,更能降低患者死亡率。鉴于决奈达隆可增加心血管不良事件的发生,包括源性死亡,不推荐应用于HCM患者。

二、介入治疗

指南对肥厚型心肌病并发

房颤导管消融的推荐级别已提升,对于抗心律失常药物治疗无效或不适用者,可进行房颤射频消融治疗,尤其是无严重左心房扩大者(左心房内径<45毫米)。HCM并发房颤射频消融成功率较一般人群低,中期室性心律失常的维持率约为67%,房颤复发率较高,可能需要多次进行消融。对于左心室流出道收缩期压差>50毫米汞柱的肥厚型梗阻性心肌病患者,可在进行室间隔化学消融治疗或外科室间隔肥厚切除术的同时进行房颤射频消融术,也可同时进行房颤及室间隔梗阻部位射频消融。起搏器(右心室起搏)可使室间隔和左心室游离壁在收缩期形成反向运动,使收缩期左心室流出道容积增大,从而改善梗阻引起的症状,可作为无法进行化学消融或室间隔切除术的一种替代治疗。对于并发房颤的HCM患者,可根据患者的具体情况选择合适的起搏器进行植入及适时进行射频消融。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)