

技术·思维

子宫内位异位症的诊断和治疗策略

□李灿宇

子宫内位异位组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位时,称为子宫内位异位症(endometriosis, EMT),简称内位异位症。全身的很多部位可被异位内位膜侵犯,绝大多数位于盆腔脏器和腹壁膜,常见于卵巢、宫骶韧带。子宫内位异位症是育龄期女性的常见病,影响女性的生理健康及心理健康。子宫内位异位症在形态学上虽然是良性表现,但在临床行为学上具有类似恶性肿瘤的特点。本文解读子宫内位异位症的临床表现、病理学、诊断学和治疗方案。

疼痛

疼痛是子宫内位异位症的主要症状,典型症状为继发性痛经且进行性加重。疼痛多发生在患者下腹、腰骶及盆腔中部,可放射至会阴部、肛门及大腿,经常于月经来潮时出现,并持续整个经期。但是,27%~40%的子宫内位异位症患者无痛经。

侵犯特殊器官的子宫内位异位症症状

盆腔外任何部位有异位内位膜种植生长时,均可在局部出现周期性疼痛、出血和肿块等相应症状。例如,肠道子宫内位异位症患者可出现腹痛、腹泻、便秘或周期性少量便血;手术瘢痕子宫内位异位症患者经常在剖宫产或会阴侧切术后数月甚至数年出现周期性疼痛和包块。

不孕

子宫内位异位症患者的不孕率高达40%。引起不孕的原因比较复杂,有盆腔微环境改变、免疫功能异常、卵巢功能异常和黄体形成不良等。

盆腔结节及包块

卵巢容易被异位内位膜侵犯,形成囊肿,医学上称之为卵巢子宫内位异位囊肿。囊肿周期性出血引起的粘连是其临床特征之一,囊肿破裂时可引起急腹症。

其他症状

有性交不适,多见于直肠子宫陷凹有异位病灶,或因局部粘连使子宫后倾固定者。15%~30%的子宫内位异位症患者有经量增多、经期延长,或月经淋漓不尽,或经前期点滴出血的情况。

子宫内位异位症患者的特征是,典型盆腔子宫内位异位症双合诊时,可发现子宫后倾固定、直肠子宫陷凹、宫骶韧带或子宫后壁下方可扪及触痛性结节;病变累及直肠阴道间隙时,可在阴道后穹窿触及,触痛明显,或可看到局部隆起的小结节或蓝紫色斑点。

病理学

子宫内位异位症的基本病理变化为异位内位膜随着卵巢激素的变化而发生周期性出血,导致周围纤维组织增生和囊肿、粘连形成,可在侵犯的区域出现蓝紫色斑点或小包,最终发展成为大小不等的蓝紫色实质性结节或包块。

根据发生的部位不同,子宫内位异位症可以分为4种类型:

1. 卵巢型子宫内位异位症。异位内位膜经常累及卵巢。异位内位膜在卵巢皮质内生长,形成单个或多个囊肿,周期性出血导致卵巢与邻近的器官、组织发生粘连。
2. 腹膜型子宫内位异位症。异位内位膜分布于盆腔腹膜和各个脏器表面,以宫骶韧带、直肠子宫陷凹和子宫后壁下端浆膜较为常见。
3. 深部浸润型子宫内位异位症。浸润深度≥5毫米。
4. 其他类型的子宫内位异位症,包括瘢痕子宫内位异位症以及少见的远处(如肺、胸膜等)子宫内位异位症。对于典型的异位内位膜组织,在镜下可见子宫内位膜腺体、间质等成分。异位内位膜组织可随着卵巢的周期性变化发生增殖等,可与在位内位膜不同步,多表现为增殖期改变。

诊断学

目前,对于子宫内位异位症缺乏早期诊断特异性方法。腹腔镜检查是目前国际上公认的最佳子宫内位异位症诊断方法。

1. 临床表现及体征:育龄女性有继发性痛经且进行性加重、不孕或慢性盆腔痛。患者做妇科检查时,医生会扪及与子宫相连的囊性包块或盆腔内有触痛性结节,可初步诊断为子宫内位异位症。

2. 影像学检查:包括超声、CT、MRI(磁共振成像)及正电子发射断层摄影

(PET)。超声检查是诊断卵巢异位囊肿和膀胱、直肠子宫内位异位症的重要方法,但是不能单纯依靠超声检查确诊。CT、MRI对深部浸润型子宫内位异位症和盆腔外子宫内位异位症有诊断价值,但是因为费用较高,不作为首选诊断方法。

3. 血清学检查:尚无可靠的生物标志物用于检测子宫内位异位症。血清CA125(一种肿瘤标志物)水平可增高,但在其他妇科疾病中也可升高,不作为独立诊断依据,但有助于判断病情变化、评估

疗效和预防复发。

4. 腹腔镜检查:目前,腹腔镜检查结合病理检查是诊断子宫内位异位症最有效的方法。腹腔镜检查既有诊断作用也有治疗作用,对可疑病灶或典型病灶进行活组织检查即可确诊。但病理学检查结果阴性不能排除子宫内位异位症。

对疑似子宫内位异位症的不孕患者,妇科检查和超声检查无阳性发现的慢性盆腔痛或痛经进行性加重患者,以及有症状尤其是CA125升高患者,首选腹腔镜检查。

治疗方案

治疗子宫内位异位症的目的为缩小和消除病灶,减轻和消除患者的痛苦,促进生育,预防和减少疾病复发。

对于子宫内位异位症患者,治疗以药物联合手术为主,要根据患者的年龄、症状、病变部位和范围及对生育的要求等制定不同的治疗方案,强调个体化治疗。

子宫内位异位症复发率高。《子宫内位异位症长期管理中国专家共识》指出,需要制订长期管理计划,鼓励早期干预治疗,用药物控制病情的发展,避免外科手术重复进行,从而改善患者的生活质量。

一、药物治疗

非甾体抗炎药(NSAIDs):通过抑制前列腺素的合成,减

轻疼痛。根据需要应用,间隔不少于6小时。副作用主要为胃肠道反应。

口服避孕药:最早用于治疗子宫内位异位症的激素类药物,可降低垂体促性腺激素水平,引起内位膜萎缩和经量减少,适用于轻度子宫内位异位症患者。

在临床上,经常使用低剂量高效孕激素和炔雌醇复合物,每日1片,连续使用6个月~9个月。

40岁以上或有高危因素的患者,应注意口服避孕药有血栓栓塞的风险。

高效孕激素:通过抑制垂体促性腺激素分泌,造成假孕。

地屈孕酮的使用:从月经周期的第5天~第25天,每

日2次~3次,每次1片(10毫克)。

地诺孕素:这是新一代合成孕激素,可缓解非经期盆腔痛、痛经、性交痛等,效果良好。

地诺孕素的使用方法:每日两次,每次1毫克。

GnRH-a(促性腺激素释放激素激动剂):可使卵巢激素水平降低,起到萎缩病灶的作用;不仅可以单独应用,也可以在子宫内位异位症长期序贯治疗中联合其他药物使用。

常用的药物有亮丙瑞林3.75毫克和戈舍瑞林3.6毫克,月经来后第一天进行皮下注射,每隔28天注射1次,共注射3次~6次。对于GnRH-a引起的围绝经期症状及骨质丢失,可以采用反向添加或联合调节

的管理方法。

一线药物包括非甾体抗炎药、口服避孕药及高效孕激素;二线药物包括GnRH-a、左炔诺孕酮宫内缓释系统(LNG-IUS)。

此外,中药对子宫内位异位症也有缓解效果。

若一线药物治疗无效,改用二线药物;若依然无效,应考虑手术治疗。所有的药物治疗,都存在停药后疼痛复发问题。

二、手术治疗

对于药物治疗后症状不缓解、生育功能未恢复、卵巢囊肿≥4厘米的患者,腹腔镜手术是首选方法。对于深部浸润型子宫内位异位症,腹腔镜手术比开腹手术有更好的视野,

更有利于操作。目前认为“腹腔镜确诊、药物+手术治疗”是子宫内位异位症的“金标准”治疗方法。子宫内位异位症术后复发率较高,可结合药物治疗长期管理,预防复发。

不建议术前用药,但对病变较重、估计手术困难者,术前可应用GnRH-a药物3个月~6个月,降低手术难度,提高手术的安全性。

未合并不孕及附件包块者,首选药物治疗,药物治疗无效再考虑手术治疗;合并不孕或附件包块者,首选手术治疗;对于不孕患者,首选手术治疗。腹腔镜手术后半年内或术后GnRH-a药物治疗停药半年内,是最佳妊娠时间,可期待自然妊娠。

(作者供职于河南省妇幼保健院)

医技在线

7月上旬,刘老先生突发胸背部疼痛,伴胸闷、胸痛等症状,且持续不缓解,就诊于当地医院。在当地医院,刘老先生做了全程主动脉CTA(CT血管成像)检查,结果提示主动脉夹层。因为患者病情危重,当地医院紧急将患者转诊至河南省胸科医院心血管内科八病区。

4年前,刘老先生被查出肾病综合征,这种疾病的主要表现为“三高一低”:高度水肿、高脂血症、高蛋白尿和低蛋白血症。他水肿外在表现明显,“眼皮、四肢等都呈水肿状,只要一按,腿上就一个窝”。而刘老先生的胸腔积液、心包积液也是肾病综合征导致的。

河南省胸科医院医务人员完善相关检查后,发现刘老先生患的是B型主动脉夹层,破口位置在弓降部,长度大约1厘米,累及肠系膜下动脉分支上方的降主动脉,这是引起胸痛、胸闷的主因。

“如果不进行正规干预,B型主动脉夹层患者的死亡率高达50%。”针对患者的病情,我对家属说,“为什么会得主动脉夹层?就刘老先生的病情来看,有两个原因:一是高血压病导致的动脉粥样硬化。所谓硬化,即血管弹性降低。二是长期服用激素类药物导致血管耐受力降低。由于高速血流长期冲击,导致内位膜破裂,血液流入血管内位膜和外位膜之间的中层,形成夹层。”

刘老先生每天都要输液,但他的外周血管极差,液体根本进不去。我“一针见血”,在他的锁骨下中心静脉置管,解决了这个棘手的问题。

由于肾病综合征导致胸腔积液和心包积液,因此必须先纠正肾病综合征导致的这些不良状况,只有这样,才能为刘老先生进行手术。经过两周左右的纠正治疗,8月4日,刘老先生再次接受心脏彩超检查,结果提示,胸腔积液和心包积液均已消失,达到手术指征。

刘老先生的主动脉弓降部已经有破口,即使做躺下和坐起来这么简单的动作,血压都会升高,导致血流对破口有较大的冲击,使血液更多地流入主动脉夹层而引起胸痛。经过医务人员的悉心照料,刘老先生的胸痛症状得到缓解。

3天后,在介入手术室,麻醉科主治医师任苏恩完成麻醉等工作后,我带领主治医师陈培和李丹丹等为刘老先生实施腔内隔绝术。

我们先进行造影,进一步明确患者的主动脉夹层情况、导管是否在真腔,以及体外开窗的位置。因为破口位于左颈总动脉的后面,封堵的覆膜支架会挡住左锁骨下动脉入口,所以需要事先在覆膜支架上开一个能精确吻合其入口的“窗”。当导管从患者股动脉入路,封堵器在定位点准确释放时,造影检查结果提示,覆膜支架精确封堵破口后无渗漏,左锁骨下动脉血流通畅。这表明手术成功,关键步骤用时仅几分钟。

95%的主动脉夹层患者急性发病,5%慢性发病,刘老先生属于前者。这种疾病一般突发,如果抢救不及时则危及生命。

刘老先生已经从重症监护病房转至普通病房继续接受治疗,目前恢复顺利。

知识链接

平时要注意测量血压、控制体重、定期体检并养成良好的饮食、生活习惯。

主动脉夹层患者什么时候较多?当天气发生变化或节假日期间,往往会有一个小高峰。天气变化会引起血压升高,异于常态的高速血流不断冲击本来就脆弱的血管,容易引起主动脉内膜破裂等问题。节假日期间,人们一般较兴奋,也会引发上述不良后果。

为什么有的人对天气、情绪变化这么敏感呢?那是因为这些人的心血管本来就不太好。主动脉夹层实际上是一种新近式发展的慢性疾病,日积月累到了临界点,稍有“风吹草动”,就对患者的身体产生毁灭性的打击。主动脉夹层有以下症状:

疼痛 主动脉夹层突然发生时,多数患者突发胸痛,向胸前及背部放射,随着主动脉夹层涉及的范围而蔓延至腹部、下肢及颈部等。疼痛剧烈,让人难以忍受,起病后即达高峰,呈刀割样或撕裂样痛。

血压高 患者因剧痛而有休克貌,焦虑不安、大汗淋漓、面色苍白等。不少患者原先就有高血压病,起病后剧痛使血压进一步升高。

心血管症状 主动脉瓣关闭不全。主动脉夹层血肿涉及主动脉瓣环或影响心瓣-叶的支撑时发生,故可突然在主动脉瓣区出现舒张期吹风样杂音,脉压增宽,急性主动脉瓣反流可以引起心力衰竭。

胸锁关节处出现搏动或在胸骨上窝可触及搏动性肿块。可有心包摩擦音,主动脉夹层破裂入心包腔可引起心包堵塞。胸腔积液由主动脉夹层破裂入胸腔腔内引起。

神经症状 主动脉夹层延伸至主动脉分支颈动脉或肋间动脉,可造成脑或脊髓缺血,引起偏瘫、昏迷、截瘫、肢体麻木、反射异常、视力与大小便障碍等。

压迫症状 主动脉夹层压迫腹主动脉等可引起恶心、呕吐、腹胀、腹泻、黑便;压迫颈交感神经节,可引起霍纳(Homer)综合征;压迫上腔静脉导致上腔静脉综合征;累及肾动脉,可引起血尿、尿闭及肾缺血后血压升高。

(作者供职于河南省胸科医院;李红整理)

腔内隔绝术救治主动脉夹层患者

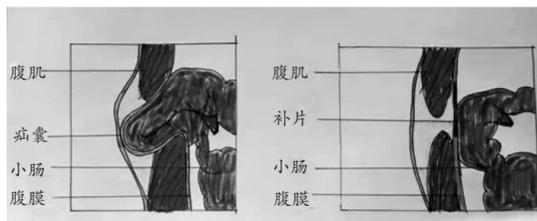
□张由建

临床表现

临床提醒

腹股沟疝术式的选择

□王小亮 晋红 文图



治疗示意图

病例

近日,一个15岁的姑娘被发现患有右侧腹股沟疝1个月,入住洛阳市中心医院肝胆外科病区。

针对这个患者的具体情况,综合检查结果,医务人员为

她做了手术。

手术时,医生使用生物补片,对这个患者进行腹腔镜下腹股沟疝修补术,原因是她才15岁,未婚未育,生物补片在她的体内可以完全降解,不会有异物残留,而且女生普遍爱美,选择腹腔镜手术,可尽量避免

在肚子上留下难看的瘢痕。医生只切了3个小切口,长0.5厘米~1厘米,切口很隐蔽,愈合后不影响美观。

分析

腹股沟疝是指发生在腹股沟区的腹外疝,疝即体内某个脏器或组织离开其正常解剖部位,通过先天或后天形成的薄弱点、缺损或空隙进入另一部位。平时症状不太明显,但是在患者用力咳嗽、解大便、进行重体力劳动,或者小孩子剧烈哭闹的时候,大腿根处就会出现包块。

外科手术是目前唯一能够治疗腹股沟疝的方法。但是,对于不同年龄段的患者,手术方式亦不一样。对于<14岁的腹股沟患者,手术方式为腹腔镜疝

囊高位结扎术。而对于≥15岁的患者,因单纯缝合修补术后复发率高,故需要用疝补片进行手术治疗。因此,选择合适的疝补片材料就成为手术修补治疗腹股沟疝的关键。补片主要分为人工合成补片和生物补片两大类。对于>25岁的腹股沟患者,选用人工合成补片进行无张力疝修补术,临床效果较好。

青少年尚处于生长发育阶段,如果使用人工合成补片,随着骨盆的发育,补片会出现皱缩,疝复发率升高,而且该补片不能耐受感染。而生物补片被放入人体后,会引导机体组织进行内源性再生,促进局部愈合,从而达到治病的目的。生物补片的优势是:在机体内可完全被吸收,不侵蚀邻近的组织器官,舒适度好,术后疼痛感更轻微,耐受感染,减少术后感染的风险等。

该患者入院完善检查后,医生詹勇等人考虑到她正值青春,遂对手术方式、复发率及术后并发症等情况进行了充分的术前讨论,最终决定选用生物补片进行微创手术。

术后6小时,该患者便能下床正常活动,第二天出院。经随访得知,她已经能够正常生活、学习。詹勇说:“作为普外科医生,不仅要学会如何做疝修补手术,还要掌握各种疝修补材料的特点。只有做出正确的选择,才能更好地保障患者的生活质量和治疗,我们讲究的是私人订制,量体裁衣。”

(作者供职于洛阳市中心医院)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治理方面取得的新进展,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》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》《临床提醒》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

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)85966391
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