

· 述评 ·

积极稳妥地开展子宫肌瘤动脉栓塞术

刘作勤 谢宗贵

经导管子宫动脉栓塞(uterine artery embolization, UAE)是一项治疗症状性子宫肌瘤的新技术。它是通过在双侧子宫动脉内注入栓塞剂或药物,使肌瘤血管床被永久闭塞,从而达到治疗目的,即月经过量的症状消失及肌瘤体积减小。该项技术是法国学者 Ravina 首先应用。1995 年,子宫动脉栓塞术首次被认为是除手术切除之外治疗子宫肌瘤的另一种治疗手段。国内于 1998 年首次报道,目前已广泛的在各级医院开展起来。

绝大多数子宫肌瘤为富血管性肿瘤,肿瘤的生长需要血液供应和血液中的雌激素、孕激素及其他生长因子的刺激,阻断了肌瘤的供血动脉就基本消除了肌瘤存活及增长的条件。对正常子宫而言,由于其对缺血耐受性强于肌瘤,卵巢动脉及侧支循环等血管的继续供血,栓塞剂更多地进入肌瘤组织而较少进入正常子宫,肌瘤供血分支的超选择插管等因素,使得栓塞后子宫不产生坏死并逐渐恢复正常功能,肌瘤则会产生缺血坏死。国外经过 8 年、国内经过近 5 年的临床疗效观察,症状缓解率为 95%~100%,瘤体较治疗前缩小 40%~80%,肌瘤复发率为 1%~3%,严重并发症(子宫化脓性感染、子宫坏死、输尿管和膀胱坏死)发生率小于 1%。

与其他介入治疗一样,为了积极稳妥地开展子宫肌瘤动脉栓塞术,一定要掌握好适应证。由于子宫肌瘤是良性病变,因此采用动脉栓塞术一定要慎之又慎,从目前文献报道看,对于子宫肌瘤动脉栓塞术的最佳适应证应为:有临床症状者,特别是由于子宫肌瘤引起相关症状,如月经期过长、量大引起继发性贫血,子宫肿块压迫出现相关症状,明显腹部包块,造成不孕或流产,以及出现肿瘤造成明显的心理症状等,或者为药物治疗失败或手术复发者。

掌握好适应证,特别要强调的是对那些无症状性肌瘤、盆腔感染、妊娠、肌瘤恶变等禁用此项技术。另外,位于子宫底部、浆膜下的肌瘤要慎重,因为其栓塞后有脱落至腹腔之虞,并可导致邻近小肠感染等。

子宫肌瘤动脉栓塞术的并发症分为技术性失误(血管解剖变异、巨大子宫肌瘤所致的血管解剖偏向、操作者缺乏经验)、急性并发症(对比剂不良反应、股动脉插管相关并发症、非靶器官栓塞、栓塞后综合征)和迟发性并发症(治疗失败、感染、缺血性子宫损伤、闭经)等。了解和掌握这些并发症是十分必要的,术后若出现并发症,应认真、及时处理,才能得到良好的治疗效果,达到安全有效的要求,使广大患者免受更多的痛苦。

对于子宫肌瘤动脉栓塞术,目前尚有几个问题需要讨论。

一、组织活检问题

因为从影像学检查,很难对子宫肌瘤、子宫腺肌病、部分恶性肿瘤作鉴别,因此有必要行组织活检及病理检查。这符合循证医学的原则,有利于总结和分析疗效,也利于对介入治疗在肌瘤及腺肌病非手术微创治疗的评价,更利于排除恶性疾病。

二、卵巢栓塞问题

子宫动脉卵巢支栓塞后可产生暂时性闭经或永久性闭经,这可能与栓塞剂经子宫卵巢吻合支进入卵巢动脉,引起卵巢动脉血栓形成,导致卵巢缺血或发生卵巢梗死有关;或实施 UAE 后,卵巢动脉通过与子宫动脉的吻合支对缺血子宫分流供血,导致卵巢本身血液灌流量不足有关。有学者建议,子宫肌瘤选择 UAE 治疗应慎重,应把无怀孕愿望的患者作为首选,并在术后常规给予卵泡期激素治疗,以减少卵巢功能早衰的发生。

三、子宫动脉栓塞对于生育的影响

目前国内外的意见不一致,虽行 UAE 后卵巢功能可正常,子宫对雌激素反应良好,月经正常来潮,术后亦有成功怀孕及生育的报道,但对于术后子宫的完整、胎儿生长发育的影响资料尚少。另外,手术时双侧卵巢直接暴露于 X 线照射下,对不可再生的卵子的损害是不可避免的。因此,我们认为,在上述问题未得到明确了解前,对生育前妇女应谨慎推荐此项技术。

四、栓塞剂的应用

目前国内用于子宫肌瘤动脉栓塞术的栓塞剂有

PVA、平阳霉素 + 超液化碘油、高压消毒后明胶海绵微粒、中药白芨、手术丝线或微粒、海藻酸钠微球, 以及明胶海绵条或钢圈。因为本项技术是要达到永久性闭塞肌瘤的血管巢, 对于各种栓塞剂的疗效, 不良反应, 以及长期疗效尚待进一步观察研究。

UAE 是一项新的技术, 尚有许多问题需要按循

证医学的原则进行长期随访观察, 才能达到既安全、疗效肯定, 又能保留子宫的目的; UAE 作为非手术疗法是有价值的, 积极稳妥地开展好这项工作, 会使广大病员受益, 成为真正造福于广大妇女的一项新技术。

(收稿日期 2003-09-15)

· 病例报告 ·

颅内动脉海绵窦瘘栓塞术后失明一例

何雪阳 吴家阳 江建东 张小斌

患者男, 9 岁。因左眼球外伤后左侧搏动性突眼伴视力下降 2 个月入院。入院前 2 个月曾被同学用螺丝刀戳伤左眼球, 外院诊断为左眼眶积血、左眼球挫伤、左上眼睑皮肤裂伤。过后逐渐出现颅内杂音, 并有左眼球突出、视力下降症状。体检: 左眼球轻度外突, 睑结膜充血水肿, 可闻及吹风样杂音, 频率与脉搏一致, 压迫左颈总动脉后杂音减小。左眼视力下降, 测视力为 0.6, 双侧瞳孔等大、等圆, 光反应存在, 左眼球外展活动受限。入院诊断为左颈内动脉海绵窦瘘。入院后第 2 天即行全脑 DSA 造影, 术中发现左颈内动脉海绵窦瘘(图 1), 分别由眼静脉经面静脉引流, 由岩下窦经颈内静脉回流, 瘘口远心端颈内动脉呈一长约 0.5 cm 盲端, 左侧大脑前、中动脉及大脑后动脉、左眼动脉均未显影, 考虑左颈内动脉闭塞。球囊闭塞左颈内动脉后行右颈内、左椎动脉造影, 见右颈内、左椎动脉分别通过右前、左后交通动脉向左侧大脑半球供血, 代偿良好, 造影时未见左海绵窦显影。全身肝素化后, 撤出造影管, 更换导引管经同轴导管置入 2 号、3 号球囊各 1 枚, 分别注入造影剂(omnivaque)各 0.8 ml、0.5 ml, 造影显示左颈内动脉瘘口完全栓塞, 左海绵窦未再显影。术中询问患者, 诉颅内杂音消失。考虑左颈内动脉已闭塞, 为防止瘘口再通, 行左颈内动脉闭塞试验 35 min 患者无不良反应, 于左颈内动脉起始部再置入 3 号保护球囊 1 枚, 注入 omnivaque 0.3 ml 后造影显示左颈内动脉已闭塞。再

行左颈外动脉造影, 见左脑膜中动脉一分支形成动静脉瘘, 向左海绵窦引流, 术中予 5% NBCA 栓塞后海绵窦未再显影。术后患者颅内杂音即消失, 左眼球睑结膜充血水肿有所消退, 眼球胀痛症状好转。自伤后第 2 天起, 患者即感左眼视力较术前下降, 伤后第 3 天视力检查已无光感, 至 1 周后出院左眼视力无恢复。

讨论 1. 外伤性 CCF 多由于严重的颅脑损伤和颌面部骨折所致, 多见于合并有颅底骨折的颅脑外伤。本例患者致伤机制较为特殊, 致伤暴力不大, 仅有眼部挫伤, 伤后却出现左颈内动脉外伤性闭塞并颈内动脉海绵窦瘘。推测海绵段颈内动脉存在有先天薄弱, 外伤时可能有一过性血压升高, 致海绵段颈内动脉破裂。

2. 需要行一侧颈内动脉闭塞的患者, 应注意到颅内动脉的侧支循环及颈内动脉海绵窦瘘的盗血现象。部份瘘口远端的颈内动脉造影完全不充盈, 而非颈内动脉闭塞, 故应考虑到对侧倒灌的可能。在决定闭塞一侧颈内动脉之前, 应行球囊闭塞试验, 观察对侧颈内动脉造影时是否有倒灌现象及侧支循环是否充分, 方可行永久性闭塞。本例患者闭塞前已严格行球囊闭塞试验。

栓塞术后患者出现左眼视力急剧下降, 短时间内即失明。事后分析, 脑血管造影虽显示左颈内动脉已闭塞, 亦未见左眼动脉显影, 但可能因血流绝大部分经瘘口回流, 左眼动脉未显影, 术中闭塞了颈内动脉, 也闭塞了左眼动脉, 从而致患者急性失明。其教训在于术中既已明确左颈内动脉瘘口完全栓塞, 不应再于左颈内动脉近端再置入保护球囊, 闭塞残余的颈内动脉。此例患者的颈内闭塞与单纯的一侧颈内动脉闭塞不同。单纯的一侧颈内动脉闭塞, 血流可由对侧颈内动脉经前、后交通动脉倒灌至闭塞侧颈内动脉的远端, 供应其发出的分支。反而是已断裂残留的颈内动脉, 闭塞后其可能存在的分支, 血流均将被阻断, 致严重后果发生。

(收稿日期 2003-07-10)



图 1 DSA 造影显示左颅内动脉海绵窦瘘

积极稳妥地开展子宫肌瘤动脉栓塞术

作者：[刘作勤](#)，[谢宗贵](#)
作者单位：[刘作勤 \(250021, 山东省医学影像学研究所\)](#)，[谢宗贵 \(解放军济南军区总医院放射科\)](#)
刊名：[介入放射学杂志](#) 
英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年，卷(期)：2003，12(6)
被引用次数：1次

引证文献(1条)

1. [高众](#), [钱永](#), [王静石](#) [双侧子宫动脉超选择性栓塞治疗子宫肌瘤并发症分析](#) [期刊论文] - [介入放射学杂志](#) 2006(5)

本文链接：http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200306001.aspx

授权使用：西安交通大学(xajtdx)，授权号：3d8716c6-6f78-4d09-8016-9e4000d1448a

下载时间：2010年12月2日