

输卵管再通术联合腹腔镜治疗输卵管性不孕 39 例临床分析

任小青, 薛元领

作者单位: 543001 梧州 广西医科大学第七附属医院妇产科

作者简介: 任小青(1963-),女,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:不孕不育。E-mail: abc2363723@163.com

【摘要】 目的 探讨输卵管再通术联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕的临床效果。方法 回顾分析 2001-07~2008-12 因不孕接受介入输卵管再通术(FTR)联合腹腔镜手术治疗输卵管近端阻塞合并同侧或对侧远端粘连阻塞患者 39 例的临床资料。结果 本组 39 例 76 条输卵管阻塞,经 FTR 与腹腔镜联合治疗后输卵管通畅率为 93.42% (71/76),术后 3 个月造影复查输卵管再次阻塞率为 11.27% (8/71);术后随访 2 年妊娠率为 33.33% (13/39)。结论 FTR 联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕症疗效好,两者通过优势互补,有效地提高输卵管的再通成功率,为治疗不孕症提供了一个较好的临床手段。

【关键词】 输卵管阻塞; 不孕症; 再通术; 腹腔镜; 造口术

【中图分类号】 R 711.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2012)11-1042-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2012.11.14

The clinical analysis of fallopian tube recanalization in combination with laparoscopic treatment in tubal infertility REN Xiao-qing, XUE Yuan-ling. Department of Obstetrics and Gynecology, the Seventh Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Wuzhou 543001, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of fallopian tube recanalization (FTR) in combination with laparoscopic treatment on tubal infertility. **Methods** A retrospective analysis of the outcome of 39 patients who have received FTR in combination with laparoscopic treatment was performed. The chosen study population consisted of patients who presented with proximal tubal obstruction with either side distal tubal obstruction and was treated between July 2001 and December 2008. **Results** In a total of 39 patients with 76 obstructed fallopian tubes, giving a success rate for the procedure of 93.42% (71/76). Three-month follow-up salpingography revealed a re-obstruction rate of 11.27% (8/71). Two-year follow up revealed a spontaneous pregnancy rate of 33.33% (13/39). **Conclusion** FTR in combination with laparoscopic treatment is very effective in tubal infertility. FTR and laparoscopic treatment have complementary strengths and effectively improve the recanalization rate, so it can be considered an effective tool for tubal infertility.

【Key words】 Fallopian tubal obstruction; Infertility; Recanalization; Laparoscope; Ostomy

输卵管性不孕是女性不孕的重要原因,近年来随着性传播疾病及宫内操作等宫内感染机会增多,输卵管因素导致不孕的发生率有逐年上升趋势。传统的治疗方法主要是通液、抗生素辅以理疗及中药治疗,但疗效不确定。随着介入治疗技术的发展,输卵管再通术(fallopian tube recanalization, FTR)逐渐成为治疗输卵管阻塞的主要方法之一。但是, FTR 的适应证为近端输卵管阻塞,某些患者近端阻塞解除后远端积水仍不能怀孕,另外部分输卵管尽管宫腔通畅,但由于盆腔内输卵管与周围组织粘连、扭

曲,输卵管功能难以完全恢复。本院 2001-07~2008-12 应用 FTR 治疗输卵管性不孕 142 例,其中 39 例患者联合微创电视腹腔镜治疗(简称联合治疗)取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 39 例,年龄 22~39 岁,平均 30 岁,不孕病程 2~10 年,平均 5.3 年,其中原发不孕 14 例,继发不孕 25 例。25 例患者有过 1 次以上的人工流产或药物流产或自然流产史,其中 1 例有过 2 次异位妊娠,1 例有过 1 次异位妊娠。排除男

方不育的因素。本组患者均经子宫输卵管造影(hysterosalpingography, HSG)或(和)选择性输卵管造影(selective salpingography, SSG),或腹腔镜证实双侧输卵管阻塞 37 例,单侧输卵管阻塞 2 例,未见子宫输卵管发育畸形。其中 12 例患者经过各种治疗、中医中药和子宫输卵管通液治疗失败。

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 手术时间选择月经干净后 3~7 d,完善各项术前辅助检查,无手术禁忌证。

1.2.2 输卵管再通术 采用 Cook 公司生产的 9F 双球囊套管 5.5F 及 3F 同轴导管 0.035 英寸直径 J 型超滑导丝等。21 例患者行 FTR 术后再行腹腔镜治疗。患者术前排空膀胱,取截石位于 DSA 检查床上,常规消毒外阴、阴道、宫颈,铺巾,充分暴露子宫颈,用 2% 利多卡因 5 ml 局部麻醉宫颈(4 点、8 点)在宫颈钳协助下向宫内置入 9F 双球囊外套导管并向气囊内注入生理盐水,固定该导管,行 HSG,观察输卵管阻塞部位、程度及子宫角的位置。然后通过该管引入 5.5F 同轴导管,透视下将导管插至子宫角部的输卵管开口处,注入造影剂作 SSG。如输卵管近端(间质部、峡部、壶腹部近端)阻塞,则经导管插入 0.035 英寸 J 型导丝,缓慢进入导丝,如果遇到阻力时,将导丝轻轻前后移动,导丝外露伞端为止,应用导丝的扩张分离作用,使输卵管扩通至伞端,反复 2~3 次,使粘连充分分离,拔出导丝。如 0.035 英寸导丝无法通过,可用 3F 微管插入 5.5F 导管内用 0.015 英寸超滑软导丝送入输卵管阻塞部,作轻柔往返推移,直至导丝外露伞端为止。如注入造影剂,输卵管各段均显影,可见远端呈囊袋状粘连,退出导丝,立即经导管向输卵管注疏通液 20 ml(庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5 mg、 α -糜蛋白酶 4 000 U、2% 利多卡因 5 ml 溶于 40 ml 生理盐水)。以同样方法进行对侧再通术。术后 2~3 d 抗感染治疗。一般在 FTR 术后第 2~3 天行电视腹腔镜粘连松解术。18 例患者行腹腔镜治疗后 3~4 d 再行 FTR。

1.2.3 腹腔镜手术 腹腔镜器械采用日本奥林巴斯的电视摄像系统及其手术配件。患者取膀胱截石位,气管内全麻,常规消毒铺巾后,经宫颈管内置放通液管,术中注入生理盐水、庆大霉素、地塞米松、美蓝液,动态观察输液管通畅情况。建立气腹,利用 Tracar 导管穿刺腹腔成功后置入腹腔镜,按顺序观察盆腹腔脏器,了解子宫形态、发育、有无子宫肌瘤;卵巢大小、有无排卵及粘连;输卵管是否通畅。粘连者行粘连松解术,子宫、输卵管、卵巢充分游离,使输

卵管处于自然伸展状态;对有输卵管伞端阻塞,而输卵管外形正常,输卵管伞端黏膜皱襞依然可见者,行输卵管伞端成形术;对有输卵管远端积水者,行输卵管造口术;对有近端输卵管阻塞者行腹腔镜治疗后,再行 FTR。对有多囊卵巢者行卵巢打孔术;对有卵巢囊肿者,行卵巢囊肿剥出术;对有盆腔子宫内膜异位灶者,行异位病灶电灼术;对有子宫肌瘤者行肌瘤剔除术。术毕盆腔注入透明质酸钠溶液预防术后粘连。术后常规预防使用抗生素 4~5 d。

1.3 术后处理 (1) 术后禁盆浴、上药、禁同房 4 周;(2) 术后 1~2 个月月经干净 3~7 d 常规再行子宫输卵管通水,防止重新粘连,巩固疗效;(3) 术后第 3 个月常规行 HSG 检查,观察输卵管复通情况。

2 结果

2.1 FTR 联合腹腔镜治疗结果 本组 39 例患者,经 SSG 和(或) FTR、腹腔镜检查证实输卵管阻塞,双侧阻塞 37 例,单侧阻塞 2 例,均为输卵管近端阻塞合并同侧或对侧远端粘连阻塞,共 76 条输卵管,其中输卵管近端(间质部、峡部、壶腹部近端)阻塞 54 条,单纯输卵管远端(壶腹部远端、伞端)阻塞 22 条。FTR 后输卵管近端通畅而伞端呈囊袋状粘连阻塞 37 条。腹腔镜发现 36 例患者的输卵管与周围组织均有不同程度粘连,其中 3 条输卵管远端重度积水;合并多囊卵巢者 6 例,子宫肌瘤 1 例,左侧卵巢囊肿 1 例,盆腔子宫内膜异位病灶 I 期 1 例、II 期 2 例;分别在镜下行相应的手术。FTR 联合腹腔镜治疗 76 条输卵管,近端再通成功 50 条,再通失败 4 条,近端复通率 92.59% (50/54);59 条远端阻塞的输卵管,其中 1 条输卵管因粘连和扭曲严重而复通失败,其余远端阻塞的输卵管再通成功,远端复通率 98.30% (58/59)。联合治疗后输卵管完全通畅 71 条,总的输卵管通畅率为 93.42% (71/76)。

2.2 术后随访结果 术后第 3 个月除 3 例已受孕外,常规行 HSG 检查,显示近端再阻塞 5 条,远端再阻塞粘连 3 条,再次阻塞率为 11.27% (8/71)。术后随访 2 年,1 年内妊娠 7 例,1~2 年妊娠 6 例,其中足月分娩 5 例,正在宫内妊娠 6 例,异位妊娠 1 例,自然流产 1 例,分娩的新生儿未发现畸形。术后 2 年妊娠率为 33.33% (13/39)。

3 讨论

3.1 FTR 依靠导丝、微导管机械分离扩张作用使输卵管近端阻塞得到了有效疏导和扩张^[1],但 FTR 使近端输卵管再通后,对远端积水粘连疏通效果甚微,即使靠导丝的穿透作用及流体的静压力在闭锁的伞

端打开了一个缺口,但伞部得不到完全游离,无主动拾卵作用。而腹腔镜输卵管伞端造口术可以较好地解决这一难题,弥补输卵管再通术后的不足,虽然患者接受两种方法治疗,但腹腔镜手术属微创手术,痛苦小,恢复快。两种方法结合,通过优势互补,最大限度地提高了患者的治疗成功率,患者的受孕概率增高。与经腹手术治疗相比输卵管的通畅率、妊娠率均有提高^[2],免除患者外科手术或做试管婴儿的必要,如果联合治疗后输卵管积水粘连不能很好解除,也不影响患者外科手术治疗或进行试管婴儿^[2]。因此 FTR 联合腹腔镜治疗有取长补短,相互弥补的优点,可提高输卵管的复通率和患者的妊娠率。

3.2 输卵管阻塞性不孕 大多为各种慢性炎症所致的粘连性阻塞。人工流产或者妊娠后由于生殖系统的自我保护作用被降低,或性生活不洁、月经期不注意卫生,均易导致细菌感染,进一步上行性感染输卵管或盆腔,引起输卵管腔炎性粘连、与周围组织粘连、管壁扭曲,最终造成输卵管阻塞。本组 39 例患者经 SSG 和(或) FTR、腹腔镜证实输卵管近端阻塞合并同侧或对侧远端粘连阻塞,其中 36 例患者盆腔均有不同程度的粘连,亦充分说明这一点。对这一部分的患者单纯的 FTR 对输卵管间质部、峡部、壶腹部近端疏通或单纯腹腔镜对输卵管壶腹部远端、伞端粘连分离均不能使输卵管全段通畅,不能解决此类输卵管多部位阻塞所致不孕症的治疗。腹腔镜还为 FTR 治疗提供了直视的可能性,能清楚地观察盆腔情况,明确不孕的原因;了解输卵管与周围器官组织的解剖关系;对远端闭锁积水及伞端被包埋的患者,镜下可以分离出输卵管,并可行输卵管伞端造口、成形术;对盆腔伴随的病变还可以作出及时诊断和治疗。因此, FTR 与电视腹腔镜联合治疗十分必要。

3.3 本组联合治疗输卵管复通率为 93.42%,术后 2 年妊娠率达 33.33%,与文献^[3]报道相似。国外文献^[4,5]报道经腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕妊娠率为 21.74%~24.59%,国内郭振^[6]报道采用 SSG 和 FTR 治疗 275 例中近端阻塞不孕的妊娠率为 17.59%,均较本组联合治疗的妊娠率低。国内张燕等^[7]报道输卵管插管联合宫、腹腔镜治疗输卵管性不孕的输卵管复通率为 69.94%,明显低于本组联

合治疗的复通率,这是由于我们采用介入输卵管再通术联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕,不但可以尽可能保留输卵管解剖和功能的完整性,而且提高了多部位阻塞的输卵管的复通率,从而提高了术后妊娠率。

3.4 单纯 FTR、联合治疗术后均可发生输卵管再次阻塞导致不孕 本组联合治疗后发生再次阻塞率为 11.27%,明显低于文献^[8]报道单纯 FTR 再阻塞率 26.8%。我们认为输卵管再通术中切忌用力过猛,减少机械损伤;腹腔镜手术中对伞端伤害小,有利于伞端功能的恢复和防止再次粘连;严格无菌操作,术后针对女性生殖道感染正规使用抗菌素治疗;严格注意月经期卫生,以及正规行子宫输卵管通液等是降低术后输卵管再阻塞的重要手段。对于有可能自然妊娠者,可建议患者术后尽快妊娠。如果术后一定时间内还没有怀孕,特别是超过 2 年仍未妊娠者或术中已发现输卵管没有功能者,即应采取进一步的治疗方法,体外受精-胚胎移植(IVF-ET)术等,让患者及时获得妊娠。

总之,介入 FTR 联合腹腔镜治疗输卵管阻塞性不孕,具有微创、直观、输卵管再通率高等特点,是目前治疗输卵管性不孕较为先进的方法之一。

参考文献

- 1 黄耀明,张光复,李德泰.一种新导入器在不孕症介入治疗中的临床应用[J].中华放射学杂志,2002,36(1):51-53.
- 2 刘彦.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,2004:6.
- 3 周青,王志学,夏荣龙,等.输卵管再通术联合腹腔镜治疗输卵管性不孕症[J].放射学实践,2007,22(3):295-298.
- 4 张四友,郑敏,黄淑瑜.腹腔镜治疗输卵管远端阻塞性不孕的疗效分析[J].中国微创外科杂志,2002,2(3):158-159.
- 5 Taylor RC, Berkowitz J, McComb PF. Role of laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx[J]. Fertil Steril, 2001, 75(3): 594-600.
- 6 郭振.选择性输卵管造影术与介入再通术诊治输卵管中近段阻塞不孕症 275 例分析[J].实用医技杂志,2007,14(24):3298-3299.
- 7 张燕,张四友,李光仪.输卵管插管联合宫、腹腔镜治疗输卵管性不孕的临床研究[J].中国妇幼保健,2008,23(30):4353-4354.
- 8 黄湘荣,李维金,何庆,等.介入性输卵管再通术及碘化油应用初步研究[J].实用放射学杂志,2004,20(7):623-625.

[收稿日期 2012-04-17] [本文编辑 黄晓红 韦颖]