

输卵管介入治疗(再通术)后并发症

Petersen BD, Rosch J

逆行经子宫输卵管插管技术,不但用于选择性输卵管造影代替传统的 HSG (子宫输卵管造影),也为输卵管阻塞病变的介入治疗提供了途径。在宫腔内直接注射造影剂同时操作进入输卵管内的导引钢丝和导管,取出腔内阻塞物,或松解轻微粘连使输卵管再通。

选择性输卵管造影和输卵管再通(FTR)适用于那些经 HSG 或腹腔镜检查发现有单侧或双侧近端输卵管阻塞的患者。可通过 Foley 氏管,真空子宫吸杯(vacuum cup hystero cath)或挟钩套管装置(tenaculum cannula apparatus)进入子宫腔。在透视引导下,经进入子宫的装置,将一根 9F 导管鞘放入子宫内。导管(5.5F)通过导管鞘被放至输卵管口部由选择性输卵管造影来显示输卵管解剖。发现输卵管阻塞时,则可用 3F 导管(内含 0.018 软性头端的导引钢丝)同轴引入 5.5F 导管内,用导引钢丝作轻柔地来回探查,使阻塞的输卵管再通。已再通的输卵管近端则用 3F 导管加以扩张,也可用充气扩张来完成。为防止气囊误入子宫底,可靠一根被弯成弧形的 7F 导引导管加以控制。

经子宫插管选择性输卵管造影技术能使 30% 左右在 HSG 时不被显示的输卵管显示良好。输卵管再通成功率为 76%~95%。约 2/3 患者再通后可显示有正常的输卵管。25% 在再通部位可出现轻微的输卵管灶性扩张。其余可有结节性输卵管峡炎或输卵管远端阻塞。

输卵管再通后,多数患者可在三个月内受孕。妊娠率各界报告不同,自 7%~36%。妊娠率的显著差异除有许多技术因素外,有作者强调,以作输卵管显微外科重建手术的相似标准选择患者,则 FTR 的成功率可高达 95%,妊娠率亦可达 58%。FTR 后六个月内未受孕者中,其输卵管再阻塞率约 50%。对未受孕者,可重复作 FTR。

FTR 的并发症可归纳为机械性、炎症性、化学性、放射性和异位妊娠。

一、机械性并发症

由手法操作引起。包括疼痛、穿孔、内膜移位和血管迷走神经反应。

轻度的盆区疼痛(痉挛)与宫颈操作和注射造影剂后的子宫与输卵管扩张有关。有人认为用挟钩套管装置时可增加操作疼痛,用 Foley's 气囊导管后充气的气囊有可能使子宫内膜轻度分离,造成术后延迟性疼痛(2 小时~6 天)。而用真空子宫吸杯通常不引起术后疼痛。

输卵管穿孔发生率在 10% 以下。主要与输卵管原有病变和手术伤害有关。穿孔最易发生于由纤维化病变(如手术吻合部位或结节性输卵管峡炎区)造成较坚固的阻塞处。导引钢丝常穿破肌层较薄弱的输卵管峡部。而有较厚肌层包围的间质部极少引起穿孔,即使输卵管有局部穿孔,并不妨碍管腔的再通。

由导引钢丝引起的针尖样穿孔并无临床意义。穿孔时患者可有瞬时疼痛和子宫收缩,文献报告一例两侧输卵管峡部穿孔 14 天后,输卵管手术中未见后遗症。

手法操作子宫和输卵管时有时可发生轻度的血管迷走神经反应,静脉注射阿托品(0.6 毫克),给氧、补液等处理,或有效。对有迷走神经反应病史者,可在术前静注阿托品以预防

二、炎症并发症

FTR 时并发炎症较罕见。Thurmond 在 366 例中仅出现 1 例(0.3%)。表现为盆区疼痛和发热。感染的发生是原有病变的再活动。近端阻塞输卵管的再通,可能会使一个有潜在感染病变的输卵管段得到开放。因此,作 FTR 前应常规地检查与治疗盆腔感染,接受预防性抗生素药物。术前二天起,每天二次口服强力霉素 100 毫克,持续五天。

三、化学性并发症

油质或水溶性造影剂作 HSG 和选择性输卵管造影时,都可引起输卵管轻度反应。动物实验显示注射造影剂 1~2 天后在腹膜和输卵管都会出现炎症性淋巴细胞浸润,粘膜水肿,巨细胞反应和卵巢周围粘连。一般在 30 天左右消散。轻度反应与造影剂渗透性或碘含量无关。泛影钠较泛影葡胺炎性反应多,这可能与碘的载体有关。

四、异位妊娠

异位妊娠率的报告相差很大(发病率为 0

~6%)。有输卵管手术史和远端输卵管有病变存在(结节性输卵管峡部炎、粘连),发病机会增多。异位妊娠通常发生在再通部位的远侧——输卵管壶腹部。

FTR 的绝对禁忌证包括子宫出血,感染和近期手术史。子宫畸形或宫腔内肿块可干扰再通手术的进行,是相对禁忌症。

FTR 手术虽有潜在致病方面,但对年青健康人,该法仍是最简单、快速和安全的介入手术之一,其成功率和满意率很高。

路 萍 吴 畏摘译 陈九如校

胸部经皮穿刺抽吸活检并发症的预防和处理

JoAnne O Shepard

经皮穿刺抽吸活检(Percutaneous needle aspiration biopsy PNAB)是诊断胸壁、胸膜、肺、肺门及纵隔疾病很有价值的一种方法,其损伤小,操作相对比较安全,诊断结果较为准确。但该方法有以下并发症:气胸、出血、空气栓塞和肿瘤种植。

一、气胸

气胸是 PNAB 最常见的并发症,据 1980~1990 文献报告,其发生率为 19%~44%,放置胸腔引流管比率为 1.6%~14.3%。

慢性阻塞性肺疾患的存在是气胸发生的一个重要的危险因素。

气胸的发生直接与胸膜腔受累的次数有关,任何限制胸膜穿刺次数的措施都可以减少气胸的发生。如快速细胞读片、同轴活检技术。在操作过程中,避免穿过叶间裂也同样重要的。穿刺叶间裂增加了穿刺胸膜的次数(1~3 次),也就增加了发生气胸的机会。

活检时通过未充气的肺、气胸的发生率是很少的。

在肺的 PNAB 之后,患者的体位也影响气胸的发生率和胸腔置管率。Zidnlka 等提出,在

取出经皮针之后,被检查者应该穿刺部位向下,这样可以减少肺泡-胸膜压力差和肺泡的大小,也就减少了空气的漏出量。

仔细的计划 and 细致的操作是一次穿刺成功的关键。穿刺针一定要与设计的线路一致。这就要求胸膜穿刺前在胸壁上多次调整针道和 CT 定位扫描。应选择最短的线路、避开叶间裂、最可能少通过充气的肺。无论如何不能穿刺肺大泡。术后应采用穿刺部位向下的预防方法。术中患者应平卧,在操作过程中和操作后即刻,患者不要谈话、咳嗽和深呼吸。如果气胸发生,鼻饲管吸氧将加速气胸的吸收。

活检后发生气胸,如果采用保守疗法仍有症状持续和症状加重,置管引流就有指征。治疗通常使用小的引流管。迄今无严重并发症的报道。患者不需卧床,比常规的胸腔引流安全、简单、有效。但是小导管不能用于已有胸腔积液的病人,主要是由于凝血块或细胞碎屑堵塞导管。

二、出血

出血是胸部 PNAB 第二位常见的并发症。Sinner 复习文献后发现仅有 4 例由于出血而致死亡。据报告,大出血发生在使用大号针活检后