

• 非血管介入 •

选择性输卵管造影与再通术对输卵管

近端梗阻的疗效分析

康林英 孙玲珠 田晓梅

【摘要】 目的 探讨选择性输卵管造影与再通术在诊治输卵管近端梗阻方面的安全性和有效性。方法 103 例输卵管近端梗阻患者,用自制的导管施行选择性输卵管造影,若输卵管近端仍梗阻,则行输卵管再通术。结果 135 条输卵管中有 51 条仅施行选择性输卵管造影即获得再通,剩下 84 条输卵管施行输卵管再通术后 64 条获再通,有效率达 85.2%。随访 30 例,输卵管再通术后有 8 例宫内妊娠和 1 例宫外孕,选择性输卵管造影术后有 5 例宫内妊娠。结论 输卵管近端梗阻,应考虑施行选择性输卵管造影或输卵管再通术,两种方法对诊治输卵管近端梗阻是安全而有效的。

【关键词】 选择性输卵管造影 输卵管再通术 输卵管近端梗阻

Evaluation of selective salpingography and fallopian tube recanalization for proximal tubal obstruction

KANG Linying, SUN Lingzhu, TIAN Xiaomei Department of Radiology, Gynaecology and Obstetrics Hospital of Shanghai Medical University, Shanghai 200011

【Abstract】 Objective To evaluate the safety and efficacy of selective salpingography combined with fallopian tube recanalization for the diagnosis and treatment of proximal tubal obstruction. Methods 103 cases were diagnosed by hysterosalpingogram (HSG), selective salpingography was performed with self made catheter. If proximal tubal obstruction was still present, then followed fallopian tube recanalization. Results 51 of 135 tubes became patent by only selective salpingography, 64 of the remaining 84 tubes were made patent by fallopian tube recanalization. Effective rate was 85.2%. 30 cases of follow up showed 8 intrauterine pregnancies (IUPs) and 1 ectopic pregnancy after recanalization and 5 IUPs after selective salpingography. Conclusions Selective salpingography or fallopian tube recanalization should be considered at the time of HSG showing proximal tubal obstruction. They are a safe and effective procedure for the diagnosis and treatment of proximal tubal obstruction.

【Key words】 Selective salpingography Fallopian tube recanalization Proximal tubal obstruction

输卵管近端梗阻,约占输卵管性不孕症的 10%~20%^[1]。目前,常使用的子宫输卵管造影,对输卵管近端梗阻诊断的假阳性率高,输卵管病变定位不很准确^[2]。为此,我们从 1993 年 12 月至 1997 年 2 月,对 103 例输卵管近端梗阻的不孕症患者,经宫颈施行选择性输卵管造影(SSG)与输卵管再通术(FTR),取得较好效果。现报告如下。

材料和方法

本组病例共 103 例,其中原发不孕 43 例,继发不孕 60 例,年龄 23~44 岁,平均年龄 32 岁。治疗前均经子宫输卵管造影(HSG)诊断为单侧或双侧输

卵管近端(即输卵管间质部和峡部 1~2cm 处)梗阻,其中双侧为 32 例,单侧为 71 例(6 例对侧输卵管已切除),因此,本组病例共有 135 条输卵管近端梗阻。

我们采用自制的同轴导管装置。该装置由外套管和内导管组成,必要时加用导丝。外套管为长 10cm 的 9F 半韧性导管,内导管为长 26cm 的 7F 导管,头端拉成锥形,前方 2.5~4cm 处弯成 120 度,软头导丝直径 0.46mm。X 线机为日本岛津公司 500mA X 线机。造影剂用 60% 泛影葡胺。输卵管通液药物为新枝叶、庆大霉素和地塞米松。手术时间在患者月经干净后 5~10 天。术前 30min 肌注阿托品,患者体位及消毒同 HSG,用宫颈钳把子宫拉直(大部分能拉成中位),先用探针探宫腔,再将装有

内导管的外套管顺其方向插至子宫峡部并用手固定,将内导管边向前推进边向一侧旋转,并有减压感,内导管一般可较顺利地滑至宫角部的输卵管开口处,经内导管注泛影葡胺少许,X线透视观察输卵管显影情况,若显影,再加压注通液药,观察输卵管通畅情况;若不显影,则行再通术,即将导丝经内导管徐徐插入输卵管内并往返移动至感到明显阻力为止,然后重复SSG,观察输卵管再通情况。术后24小时宫腔通液一次,以后每月宫腔通液2次,3个月为一疗程。治疗后半年未妊娠者可再做HSG。

结 果

按照武小文等^[2]输卵管近端再通成功标准(①输卵管通畅,造影剂在盆腔内弥散良好;②输卵管近端梗阻部位复通,但远端仍梗阻)。本组病例共135条中有115条输卵管获得再通,有效地显示输卵管被扩张至远端和(或)造影剂在盆腔弥散的情况,有效率达85.2%。其中3条加用导丝后近端梗阻部位复通,但远端仍梗阻,占2.6%;32条(23条加用导丝)造影剂排出输卵管,但伞端周围粘连,未至盆底,占27.8%;14条(5条加用导丝)造影剂排出输卵管,虽有粘连,但可达盆底,占12.2%;66条(33条加用导丝)造影剂迅速向盆腔弥散,分布均匀,占57.4%。135条近端梗阻的输卵管中有51条仅施行SSG即获得再通,占37.8%。剩下84条加用导丝,64条获再通;20条近端仍梗阻。随访30例插管满半年患者,有13例宫内妊娠(其中8例加用导丝),1例宫外孕(加用导丝),103例术中极少量出血,无其他并发症。

讨 论

一、SSG与FTR对输卵管近端梗阻可达到诊断和治疗的双重目的。为临床进一步诊治提供了依据。

本组135条输卵管均经HSG证实为输卵管近端梗阻。但梗阻究竟是输卵管疾病所引起的真性梗阻,还是宫角部肌肉和输卵管近端肌肉痉挛引起的假性梗阻无法区别^[3]。影响了诊断和治疗。本组135条中有51条输卵管仅施行SSG即获再通(图1~3),占37.8%,与国外文献报道的40%左右基本一致^[4,5]。原因可能是通过插至输卵管口的导管注造影剂,有效地克服了宫角部及输卵管近端肌肉痉挛的阻力,避免了假阳性诊断。此外,经导管注造影剂,较一般经宫腔注造影剂的压力大,可使输卵管粘液栓崩解和轻度的膜性粘连分离。若粘连较重,可加用导丝行FTR(图4~6),加强和延续了SSG的作用。本组135条中有64条输卵管加用导丝后获再通。剩下的20条输卵管近端仍梗阻,即使SSG及FTR仍不能复通。建议这些患者直接做试管婴儿。SSG和FTR在近端梗阻解除的同时,显示了输卵管远端的病变,为进一步诊治提供了依据,对输卵管形态尚可,但伞端周围粘连明显的患者,建议做腹腔镜或手术,对伞端周围粘连不明显者,建议继续做宫腔通液。导致不孕的因素有许多,输卵管因素占30%~40%^[6]。本组病例插管满半年随访到30例患者,宫内妊娠有13例(8例加用导丝),其中3例不孕症史长达7年;宫外孕1例。说明SSG及FTR有助于提高妊娠率。总之,对输卵管近端梗阻的诊治,SSG及FTR不失为一种简便、安全、有效而经济的方法。

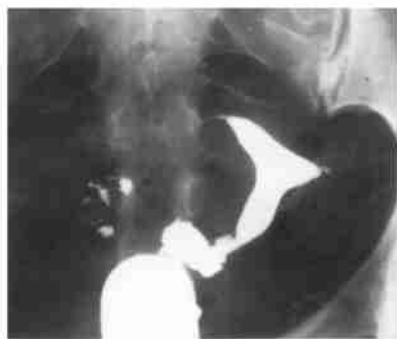


图1 左侧输卵管间质部不通



图2 为选择性输卵管造影示左侧输卵管复通,3个月后宫内妊娠



图3 半年后HSG复查,双侧输卵管通畅



图 4 右侧输卵管未显影



图 5 行 SSG 右侧输卵管仍未显影



图 6 加用导丝后右侧输卵管通

二、操作过程的体会

对宫颈与子宫峡部细长弯曲的病例,可先行扩宫颈术,再做 SSG,术前应仔细阅 HSG 片,了解宫腔形态、位置及梗阻段管壁的走行,以便选择适当的内导管,使导管容易到位。对输卵管走行异常或解剖形态过度弯曲者,术中忌强行通过导丝,以免引发输卵管穿孔。本组病例无 1 例穿孔。

总之,经宫颈选择性输卵管造影及再通术是传统子宫输卵管造影术与现代介入放射技术相结合的新技术,为诊治输卵管近端梗阻开辟了一条新路。

参考文献

1. Sulak PJ, Letterie GS, Coddington CC, et al. Histology of proximal tubal occlusion. Fertil Steril, 1987, 48: 437-440.

2. 武小文, 罗丽兰, 庄凤娣. 应用输卵管导向管经宫颈行输卵管造影及再通术. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 165-167.
3. Fortier KJ, Haney AF. The pathologic spectrum of uterotubal junction obstruction. Obstet Gynecol, 1985, 65: 93-95.
4. Novy MJ, Thurmond AS, Patton P, et al. Diagnosis of cornal obstruction by transcervical fallopian tube cannulation. Fertil Steril, 1988, 50: 434-440.
5. Lang EK, Dunaway HE, Roniger WE. Selective ostial salpingography and transvaginal catheter dilation in the diagnosis and treatment of fallopian tube obstruction. Am J Roentgenol, 1990, 154: 735-740.
6. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility, 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989, 518-519.
7. 尹劲东, 邱静颐, 李新, 等. 不孕症子宫输卵管加压造影 140 例体会. 介入放射学杂志, 1998, 7: 49-50.

(收稿: 1999-11-01)

• 病例报道 •

输尿管狭窄介入治疗一例

乔德林 郭大炜 洪家祥 赵玉隆 章宏靖

球囊扩张术的临床应用日趋广泛, 本文报道用球囊扩张术治疗输尿管狭窄 1 例。

患者男性, 45 岁。2 年前因左输尿管结石伴肾盂积水行开放性取石术, 术后情况良好。近 2 周感左肾区酸胀、坠沉感。IVP 示左输尿管中上 1/3 交界处狭窄伴肾积水, 狭窄段长约 3mm, 宽径仅 1mm。我们在连硬麻醉下经膀胱镜导引下, 将 7F 超滑加硬导丝从膀胱入口处插入左侧输尿管。在

X 线电透监视下, 经导丝插入球囊导管并通过狭窄段, 然后逐渐向下牵移, 对狭窄处由近及远地间断扩张(球囊规格为 0.8cm × 4cm, 以 50% 泛影葡胺充盈球囊), 使之稳定均匀地扩至 0.8cm。术后经逆行造影证实该段输尿管已扩张, 遂退出球囊导管。6 周后大剂量 IVP 随访, 片示原扩张术处输尿管直径仍为 0.8cm, 左肾功能部分恢复。

(收稿: 1999-09-08)