

讨 论

应用杀胚药物治疗早期输卵管妊娠已得到肯定^[6]。在用药途径上,除全身用药外,局部用药也有多种方式。局部用药系采用腹(宫)腔镜和阴道超声技术,但这两项技术仍属于侵入性操作,或多或少对患者产生损伤,带来一定的痛苦,而且所需设备昂贵、操作复杂,患者负担的费用高。我们采用同轴导管系统这一介入治疗技术治疗早期输卵管妊娠弥补了以上不足。一方面,该技术无创伤,患者所需费用相对较低,设备要求不高,操作安全简便,利于推广普及。另一方面,该操作是在 X 线显像监视下通过造影确定孕囊的位置,因此在治疗上更准确,减少了盲目用药所带来的不良反应。再者,该技术不完全受腹(宫)腔镜治疗中分型的限制,相对的拓宽了适应证的范围。

尽管如此,在治疗中应随时观察患者的病情变

化,定期测定血中 β HCG 水平。对持续妊娠者及时给予重新治疗。为防止不全流产,术后早期口服云南白药,控制孕囊绒毛坏死后血管破裂出血。本组在采用此法后就再未见该现象发生。

参 考 文 献

1. 李自新. 早期异位妊娠治疗的动态. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 568-569.
2. 戴钟英. 异位妊娠的保守治疗. 实用妇产科杂志, 1996, 4: 179-180.
3. Tanaka T. Treatment of interstitial ectopic. Pregnancy with MTX: report of a successful case. Fertil Steril, 1982, 37: 851-853.
4. 谢庆煌. 宫腔镜下输卵管插管注入 5-Fu 治疗输卵管妊娠. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 106.
5. 葛春晓, 丁慧娟, 马莉. 宫腔镜下输卵管插管注入 MTX 治疗输卵管妊娠. 中华妇产科杂志, 1996, 31: 114.
6. Goldenber M, Adman D, Bider D, et al. Treatment of intersitital with methotrexate via hysteroscopy. Fertil Steril, 1992, 58: 1234-1235.

(收稿: 1999-10-26)

• 临床经验 •

选择性输卵管造影及再通术

潘建虎 陆雪华 吴锦章 俞一曼 葛珍芳 徐林宝 夏 17. 张峥程

输卵管梗阻是不孕症常见病因,约占女性不孕原因的 1/3,以往诊断及治疗成功率不高,1988 年澳大利亚皇家妇女医院 Rosch 和 Thurmono 医师首先采用介入放射学的选择性输卵管造影(Selective Salpingography, SSG)和再通术(Fallopian Tube Recanalization, FTR),提高了诊断和再通成功率,我院自 1997 年 5 月以来用 Cook 公司生产的真空同轴导管子宫输卵管造影装置对 62 例病人进行了介入诊断和治疗,现将结果报告如下。

材料与方 法

一、一般资料

1997 年 5 月~1999 年 4 月共对 62 例不孕病人施行 SSG 与 FTR。病人年龄 25~41 岁,平均 30 岁,其中继发性不孕 43 例,原发性不孕 19 例。62 例均患有不同程度附件炎,继发性不孕 43 例中 1 例为子宫肌瘤切除术后双侧输卵管粘连性梗阻,1 例

子宫腺肌症,7 例曾宫外孕行一侧输卵管切除,1 例子官分隔,52 例因流产、括宫术后不孕。不孕时间 2~8 年,平均 4 年。

主要器材: Cook 公司生产的真空同轴导管输卵管造影装置,由真空泵、可动式宫颈吸杯、中心操作杆、9F、5.5F、3F 导管,0.89mm(J 形、直头)、0.38mm 导丝各一根组成。

二、方法

(一)术前准备 时间选择在月经干净后 3~5 日内,碘过敏试验,血常规出血凝血时间测定,血小板计数测定,并充分了解病史。

(二)操作步骤 仰卧截石位,常规消毒铺巾,扩阴器显示宫颈后,用洗必泰擦洗干净,先将宫颈吸杯锥形头(含 9F 导管)一起送入子宫颈外稳住头部将真空吸杯向前推进罩住子宫颈外表面,连接真空泵并抽吸真空,借此封闭宫颈帽与宫颈间的缝隙,操作操纵杆可控制子宫的位置,注入造影剂不致从宫颈口外泄,然后经 9F 导管(导管尖固定在宫颈内口 1~2cm 处)注入 60%~70% 复方泛影葡胺 5~10ml

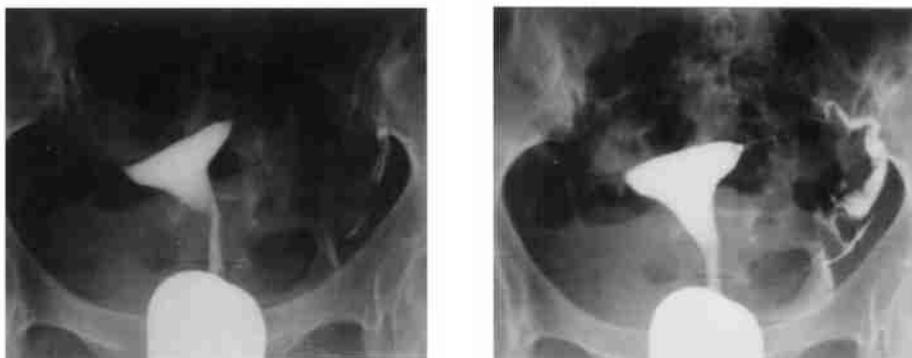


图 1、2 双侧输卵管近端阻塞, 先行左侧 SSG 见左侧输卵管全程显影, 并见造影剂弥散于子宫直肠窝内。



图 3、4、5 双侧子宫角部阻塞, 先行右侧 SSG 输卵管未显影, 遂行 FTR, 再行 SSG 见右侧输卵管全程显影, 于其伞端可见造影剂弥散至盆腔。

行常规子宫输卵管造影, 如确定为一侧或二侧输卵管闭塞或显影欠佳, 则行 SSG (见图 1, 2), 借 J 形导丝将 5.5F 导管引至子宫角部, 抽出导丝, 注入 2~5ml 造影剂至输卵管开口部先用力要小, 如输卵管未充盈, 则逐渐增加压力, 若加压复通, 则可用同法对另一侧行 SSG, 如确定导管尖已插至输卵管开口而远端输卵管仍不显影则提示输卵管闭塞需行 FTR (见图 3~ 5), 方法是将 3F 导管套入 5.5F 导管中, 再将 0.38mm 铂金导丝送入其内, 在阻塞段轻柔地往返推移, 其中 3F 导管亦应手法配合导丝送入输卵管间质部再通后要重复 SSG, 确认已复通, 可经导管给药 (庆大霉素 16 万 U、地塞米松 5mg、 α -糜蛋白酶 5mg、溶于 10~20ml 生理盐水中)。

结 果

常规子宫输卵管造影 62 例 124 条输卵管: 发现缺如 7 条 (手术切除); I 类 (角部) 梗阻 40 条; II 类 (峡部) 梗阻 25 条; III 类 (伞部) 梗阻 17 条; IV 类 (伞部) 梗阻少量弥散 5 条; V 类 (伞部) 梗阻少量盆腔弥散 6 条; VI 类通畅 24 条。SSG 63 条复通 51 条; FTR 42 条复通 36 条; SSG+ FTR 复通率为 93.5%。复通程度 8 条为 I 度; 23 条为 II 度; 56 条为 III 度。

受孕情况: 对术后 24 周以上 40 例病人跟踪随访, 目前至少已有 15 例妊娠 (其中双胞胎 1 例, 宫外孕 1 例), 受孕率为 37.5%。

讨 论

一、SSG 由于直接对输卵管注射造影剂, 增加了输卵管内流体静压力, 对粘连、梗阻的输卵管产生分离、挤压, 而无子宫腔过度扩张所致的疼痛, 造影结果无假阳性, 并能在管内灌注治疗药物, 巩固治疗效果。

二、FTR 是在 SSG 不能复通的情况下, 采用导丝钻捻疏通梗阻, 复通率较高, 对于子宫角部梗阻, 可采用 0.89mm 直头导丝钻捻, 角部以远采用 3F 导管配合 0.38mm 导丝钻捻, 本组病例 SSG+ FTR 复通率为 93.5%, 但需注意伞部梗阻病例不能强行钻捻, 以免造成穿孔或损伤卵巢。

三、SSG 和 FTR 适宜因慢性炎症所致的输卵管梗阻不孕病例, 对于因结核、肿瘤等病因所致的输卵管梗阻不孕病例需用手术治疗。

四、复通程度分 I 度、II 度与 III 度, 是指造影剂向盆腔腹膜弥散量和范围, I 度复通仅有少量造影剂弥散, II 度复通有中量造影剂弥散, III 度复通有

大量造影剂弥散。由于复通程度与妊娠机会成正比,所以复通要尽量达到 II 度以上。本组病例 II 度与 III 度占 90.8% (79/87), 15 例妊娠者复通程度均在 II 度以上。

参 考 文 献

1. Thurmond AS, Rosch J. Nonsurgical fallopian tube recanalization for treatment of infertility. *Radiology*, 1990, 174: 371.
2. Rosch J, Thurmond AS, Uchida BT, et al. Selective transcervical fallopian tube catheterization: technique update. *Radiology*, 1988, 168: 1.

3. 杨珂, 戚延龄. 临床妇产科子宫输卵管造影学. 天津人民出版社, 1974.
4. 颜小琼. 妇产科影像学. 天津科学技术出版社, 1993, 7: 336.
5. 任连兴摘. 选择性输卵管造影和输卵管再通术. 国外医学. 临床放射学分册, 1991, 6: 371.
6. 詹晓星, 杨建勇, 李红发, 等. 选择性输卵管造影和再通术(附 70 例报告). *中华放射学杂志*, 1992, 26: 437.
7. 吴文劲, 王先岭, 文进春, 等. 选择性输卵管造影和再通术对阻塞性不孕的疗效分析. *中华放射学杂志*, 1994, 28: 777.
8. 邢丽华. 子宫输卵管碘水造影及选择性输卵管介入再通治疗不孕症. *实用放射学杂志*, 1997, 13: 298.

(收稿: 1999-09-07)

· 临床经验 ·

球囊扩张术治疗食管-胃吻合口狭窄

邓晓涛 张永春 于经瀛

食管-胃手术后吻合口狭窄是临床经常遇到的问题。治疗手术后吻合口狭窄,除了采用再次手术外,传统方法是经口插入橡胶或金属材料制成的扩张器,进行治疗。该方法具有易复发和穿孔的危险。本组对 21 例食管-胃吻合口术后狭窄病人,采用电视引导下球囊扩张治疗,现作回顾性分析。

材料和方法

一、病例

自 1996 年 1 月到 1999 年 2 月,对手术治疗后的食管-胃吻合口狭窄的 21 例病人,实施球囊扩张术。本组 21 例,男 16 例,女 5 例,年龄 54~72 岁。平均年龄 63 岁。食管贲门癌 12 例(其中 1 例术后吻合口放置金属内支架)。食管下端静脉断流术 3 例,食管下段癌 6 例。所有病人均有明显吻合口狭窄。本组轻度狭窄(钡剂造影显示狭窄管径在 5~10mm) 3 例(14.2%),中度狭窄(管径在 3~5mm) 11 例(52.4%),重度狭窄管径 < 3mm 7 例(33.3%),其中 5 例不能进食,靠输液维持营养。

二、扩张方法

(一) 术前 确定狭窄部位和狭窄程度。

(二) 透视下依次插入超滑导丝导管至狭窄部位,并交换插入直径 0.89mm 超硬珠头钢丝至胃远端,沿珠头钢丝将球囊插到狭窄部,用有刻度指示压

力的注射器,推注 30% 泛影葡胺 6~8ml,显示球囊扩张形态。当球囊中心狭窄部切迹消失后,持续 1~4 分钟后,回抽球囊造影剂。视病人情况,可反复 2、3 次。如病人无明显异常,可立即口服钡剂进行造影检查,观察吻合口扩张情况,术后观察 1~2 小时后回家。扩张术当天可进半流食,术后 24 小时后可进较稠食物。术后口服抗生素 1~3 天。如一次扩张效果不明显,可在术后 7~15 天行第二次扩张。

结 果

本组 21 例病人共进行 53 次扩张,其中扩张 1 次 2 例; 2 次 11 例; 4、5 次 8 例; 所有病人扩张后马上能进水或钡剂,无梗阻感。17 例(80%) 造影显示吻合口有不规则改变。但未发现穿孔和纵向粘膜撕裂征象。随访时间(最长 3 年 2 月,最短 3 月,平均 14 月) 均能进普食或进食稍慢。

讨 论

球囊扩张术适合各类胃肠道狭窄。上胃肠道术后狭窄为最佳适应证。食管蹼和先天性狭窄、食管烧伤性狭窄、贲门失弛缓症均为较好适应证。球囊扩张术时间选择,通常是在手术后 3~4 周施行。过早扩张除了会造成吻合口的破裂之外,有的狭窄很可能为吻合口水肿等其它因素引起的假狭窄。对于食管灼伤后的狭窄,则只有在瘢痕形成后施行,大约在 3 个月之后。