

不育伴输卵管周围粘连的子宫输卵管造影与腹腔镜对照分析

袁华兴

【摘要】 目的:探讨不育伴输卵管周围粘连的子宫输卵管造影征象,提高对本病的 X 线诊断水平。方法:收集 33 例腹腔镜检查证实的输卵管周围粘连的子宫输卵管造影及临床资料,并进行回顾性分析。结果:主要子宫输卵管造影表现:①片状、结节状阴影,21 例;②串珠状、滴状阴影,6 例;③输卵管积水及伞端闭锁,14 例;④输卵管上举,伞部固定,15 例。腹腔镜所见:均有不同程度的输卵管周围粘连。结论:子宫输卵管造影是诊断不育伴输卵管周围粘连的安全、简便而可靠的方法。

【关键词】 输卵管周围粘连 不育 子宫输卵管造影术 腹腔镜检查

Correlative analysis of hysterosalpingography and laparoscopy in infertility associated with peritubal adhesions Qiu Huaxing.
Department of Radiology, Shaoxing Maternal and Child Health Protection Hospital, Zhenjiang 312000

【Abstract】 Objective: To explore hysterosalpingographic features of infertility associated with peritubal adhesions in order to improve X-ray diagnostic ability. **Methods:** Hysterosalpingography and clinical materials of 33 cases with infertility associated with peritubal adhesions confirmed by laparoscopy were analysed retrospectively. **Results:** The main hysterosalpingographic findings were as follows: ①Patchy or nodular shadow in 21 cases. ②Bead-shaped or punctual shape shadow in 6 cases. ③Hydrosalpinx or tubal occlusion in 14 cases. ④Elevation of Fallopian tube and immobility of fimbrial end in 15 cases. Laparoscopic examination showed various degrees of peritubal adhesions. **Conclusions:** Hysterosalpingography is a safe, easy and effective method in the diagnosis of infertility associated with peritubal adhesions.

【Key words】 Peritubal adhesions Infertility Hysterosalpingography Laparoscopy

不育伴输卵管周围粘连(Infertility associated with peritubal adhesions)是导致女子不孕的常见原因之一^[1]。明确诊断有否输卵管周围粘连及粘连部位、范围,对临床治疗方法的选择有指导意义。本文收集经腹腔镜检查诊断为不育伴输卵管周围粘连病例 33 例,在行腹腔镜检查前 1~6 个月内均做过子宫输卵管造影(HSG)。对照腹腔镜情况,将 X 线检查结果进行回顾性分析,报道如下。

材料与方法

收集本院自 1997 年来腹腔镜检查诊断为不育伴输卵管周围粘连 33 例,选取的病例均做过 HSG 检查。其中原发不育 9 例,继发不育 24 例,年龄最大 39 岁,最小 24 岁,平均年龄 31.4 岁。有慢性盆腔炎史 11 例,子宫内膜异位史 4 例。

33 例均在腹腔镜检查前 1~6 个月内因不孕症做过 HSG 检查, HSG 选择在月经干净后 3~7 天内进行。造影剂:32 例用 40% 碘化油,1 例用 76% 复方泛影葡胺,常规于造影时摄盆腔正位片,24h 复查,摄盆腔正侧位片(泛影葡胺 15min 后复查),5 例因弥散欠佳 72h 再复查。

结 果

腹腔镜:均有不同程度输卵管周围粘连,其中盆腔内积液 4 例,盆腔子宫内位 6 例,输卵管卵巢囊肿 1 例,因粘连严重无法暴露全部输卵管 4 例共 6 支,通染液试验(CLP)输卵管通畅 8 例共 12 支,仅见少量溢出 17 例共 25 支,未见溢出 12 例 17 支及输卵管积水 8 例 10 支。

HSG:3 例宫腔偏大,输卵管闭于间质部或峡部 5 例 8 支,输卵管积水 7 例 9 支,伞端粘连 7 例共 8 例,提示造影剂涂布不均匀 14 例,造影时摄片未提示异常,但 24h 复查片有异常 9 例。

在输卵管通畅性方面,子宫输卵管造影结果与腹腔镜检查基本相似,腹腔镜下通染液试验未见溢出共 27 支, HSG 未示通畅共 25 支;对输卵管积水的诊断也基本相仿。对输卵管周围粘连诊断逐一对照腹腔镜所见,33 例中除 3 例两侧均闭塞,24h 复查未见造影剂弥散,1 例用泛影葡胺弥散多而互相重叠外,在复查片中均有异常线索。由于 X 线对本病认识欠充分,有 9 例未提示 X 线异常,而经过与腹腔镜观察对照,复查片中均有征象可符合本病诊断线索,具体表现在粘连部位造影剂分布不均匀,呈点滴状、串珠状(图 1);结节状、块状,密度高而边界清晰锐利,与正常弥散密度淡

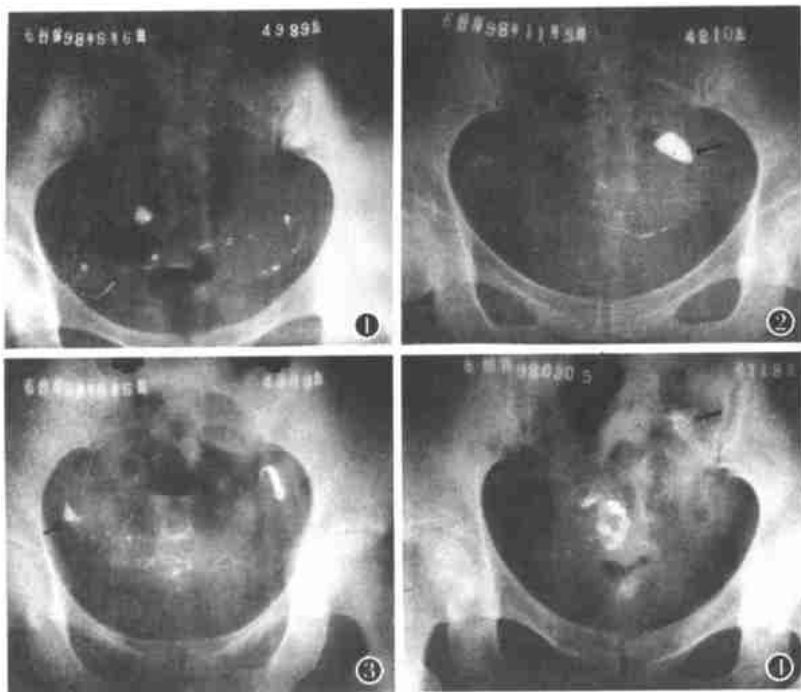


图 1 盆腔内造影剂呈串珠状聚集,其下方呈点滴状,涂布不均匀。
图 2 造影剂呈大块状,边界清晰锐利。图 3 左侧伞端积水,盆腔右侧造影剂呈块状分布,密度高而边缘锐利。图 4 左侧伞端上举固定,周围造影剂呈点滴、块状,形态位置固定。

而边缘逐渐移行不同(图 2)或有间接征象如输卵管积水、伞端上举固定、72h 后弥散形态固定(图 3、4)等。显然与正常的波浪状、弧线形均匀涂布不同。

讨 论

不育伴输卵管周围粘连是以粘连性病变为主要特征的疾病,常有慢性疾病史,如慢性盆腔腹膜炎、慢性盆腔结缔组织炎、慢性输卵管卵巢炎或子宫内膜异位等^[2]。除包裹性粘连积液形成囊肿外,目前影像学尚缺乏特异性诊断方法。经过与腹腔镜的对照分析,子宫输卵管造影,利用造影剂在盆腔内的分布情况,可以提供输卵管周围粘连的诊断线索,成为诊断此病的简便而实用的影像学方法。

HSG 正常表现:输卵管呈水平走行或稍向下行至壶腹部时又稍向上行或在子宫体部两侧弯曲绕行,从内到外由细到粗,自然柔软^[3]。造影剂经输卵管伞部流出后经卵巢窝而下,进入子宫直肠凹呈横行条纹影,侧位片上,涂布于子宫直肠凹的后方、膀胱子宫凹的前方,两侧卵巢窝呈对称性圈形负影,造影剂在正常情况下极易流至卵巢附近,呈波浪状或弧线形阴影称“腹膜

涂抹”^[4],其阴影较淡而边界逐渐移行。

输卵管周围粘连的 X 线线索: ①块状、结节状阴影: 21 例造影剂涂布与正常片状弥散不同,表现为高密度,明显高于周围丝条状的涂布影像,边缘清晰锐利,与正常弥散时边界逐渐移行不同,位置较固定,立卧位变化相对较小。腹腔镜下为较大范围、多处粘连,与 X 线征象相一致。②串珠状、滴状阴影: 6 例呈簇状分布或分散排列,边缘清晰锐利,密度高而均匀似油珠样,腹腔镜下为多数细小粘连伴有少量盆腔积液。③输卵管积水及伞端闭锁: 由于伞部及周围有粘连存在,造影剂不能流至卵巢窝,呈团块状堆积于伞部或输卵管管内扩张、积液形成典型串珠状输卵管积水征象。共 14 例,腹腔镜显示粘连严重,需造口重建,保守治疗极难奏效。④输卵管向上走行,伞端上举而固定。有 15 例同时有此表现。除伞端上举、位置固定外,常合并有造影剂块状聚集或输卵管内造影剂 24h 后残留、延长复查时间造影剂涂布位置形态固定等改变。腹腔镜见上举固定侧伞端周围粘连,需行粘连松解。

同时需指出的是,有 3 例因两侧输卵管近端闭塞,盆腔内未见造影剂涂布而无输卵管周围粘连征象可寻,1 例用水溶性造影剂泛影葡胺,由于与盆腔内积液的亲和性及造影剂易扩散,将粘连征象遮盖,未能作出诊断。另有 9 例因认识不足当时未提示异常。所以对本病的诊断造影剂宜选用碘化油,两侧输卵管近端同时闭塞者无法提供诊断线索,对此病的最后诊断还有赖于腹腔镜检查。

经过对照发现,只要密切注意以上诊断线索,同时多体位及延长复查间隔时间(如 72h 后)、子宫输卵管造影,可以成为诊断输卵管周围粘连低创伤性、简便和可靠的方法,为临床治疗不孕症选择治疗方案提供依据。

参考文献

- 1 Kerin JF. Falloposcopic classification and treatment of fallopian tube lumen disease[J]. Fertility and Sterility, 1992, 57(4): 731.
- 2 柯应夔. 临床妇科学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1992. 1105.
- 3 李梦鹤. 妇产科 X 线诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 98.
- 4 欧阳志. X 线诊断学[M]. 广西: 广西科学技术出版社, 1994. 971.

(1999-01-11 收稿)