

输卵管阻塞介入性再通术治疗的探讨

沈庆荣, 黄德洲, 陈慧

【摘要】 目的:对输卵管阻塞性不孕症采用介入性输卵管再通术治疗,并评价其治疗效果。**方法:**对 72 例不孕症患者进行选择选择性输卵管再通术及术后通水,术后追踪随访 6 个月。**结果:**I 型输卵管阻塞再通成功率 100%,II 型输卵管阻塞手术再通成功率 37.5%;受孕率前者 26.5%,后者为 0%。**结论:**I 型输卵管阻塞介入性输卵管再通术疗效较好,该技术操作安全简单,成功率高,应为治疗的首选方法。

【关键词】 输卵管阻塞;放射学,介入性;生育力

【中图分类号】 R814.42; R711.76 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2006)02-0173-03

A Further Study on the Interventional Tubal Recanalization SHEN Qing-rong, HUANG De-zhou, CHEN Hui, et al. Department of Radiology, Pu'ai Hospital in Wuhan, Wuhan 430033, P. R. China

【Abstract】 Objective: To explore the efficacy of the interventional recanalization for infertile women with fallopian tube obstruction. **Methods:** 72 patients with tubal obstruction were treated with interventional tubal recanalization and with drug irrigation. All cases received follow-up observation in 6 months. **Results:** The successful rates of recanalization and pregnant rates of type I and type II were 100%, 37.5% and 26.5%, 0% respectively. **Conclusion:** The type I interventional tubal recanalization is a simple, safe and more effective method. It should be the choice of treatment for fallopian tube obstruction.

【Key words】 Fallopian tube obstruction; Radiology, interventional; Fertility

女性不孕症的重要原因之一是输卵管阻塞。由于妇产科采用通气、加压通液、子宫输卵管造影及经腹输卵管吻合术等均未取得满意疗效。笔者采用介入性输卵管再通术对 72 例共 144 条输卵管行再通治疗,并进行追踪分析,现报道如下。

材料与方法

本组 72 例,其中原发性不孕 56 例,继发性不孕 16 例。年龄 25~34 岁,平均 29 岁。均经子宫输卵管造影证实为输卵管阻塞。术前准备:①除外输卵管结核,以避免操作导致结核扩散;②常规子宫输卵管碘水造影筛选病例,对明确的 II 型输卵管阻塞患者慎用本法。

在患者月经干净后 3~7 d 施行介入性输卵管再通术。术前 30 min 肌肉注射阿托品 0.5 mg。采用 Cook 公司生产的输卵管介入再通装置。该装置由宫颈吸附杯、真空泵、导管、导丝组成。导管有 9.0、5.5 和 3.0 F 三种规格,导丝有 0.035 in、0.015 in 两种规格相配套。患者取膀胱截石位,常规消毒铺巾。将真空吸附杯子官导管经阴道固定于子宫颈部。将 9F 导

管放置于子宫腔内,在透视监视下,在 0.035 in 导丝引导下将 5.5 F 导管端置放于子宫角部,注入 76%泛影葡胺适量显示子宫腔及左右输卵管内口,将 5.5 F 导管端分别置于左右输卵管内口,放入 3 F 导管及 0.015 in 导丝对输卵管间质部和峡部进行扩通,如导丝进入输卵管壶腹部或伞部受阻,则退出导丝,由 3F 导管内注入 2%利多卡因 1 ml,5 min 后透视下再注入 30%~40%泛影葡胺,增加输卵管内压强,使输卵管疏通(对输卵管已高度膨胀腹痛明显患者,停止加压)。所有介入性输卵管再通术患者在退出 3F 导管前再注入地塞米松 5 mg,糜蛋白酶 8000 U,链霉素 0.5 g,加 76%泛影葡胺混合成 20 ml 分别注入左、右输卵管。术后通水 2 d,每天一次。以后每月月经干净后 3~7 d 通水一次,3 个月为一疗程。术后 6 个月追踪随访。

结 果

输卵管阻塞 72 例,共 144 条输卵管,分为 I 型和 II 型:间质部、峡部阻塞者 96 条,为 I 型阻塞,经介入术全部疏通(图 1~3),再通率 100%。壶腹部及伞部阻塞者 48 条,为 II 型阻塞,介入术再通 18 条(图 4~5),再通率 37.5%。本组双侧均为 I 型者 47 例,两侧分别为 I 型和 II 型者 2 例,术后受孕 13 例(包括两侧分别为 I 型和 II 型者妊娠 1 例),受孕率 26.5%。双侧

作者单位:430033 武汉,武汉普爱医院(武汉市第四医院)放射科
作者简介:沈庆荣(1958-),男,湖北崇阳人,副主任医师,主要从事普通放射诊断工作。

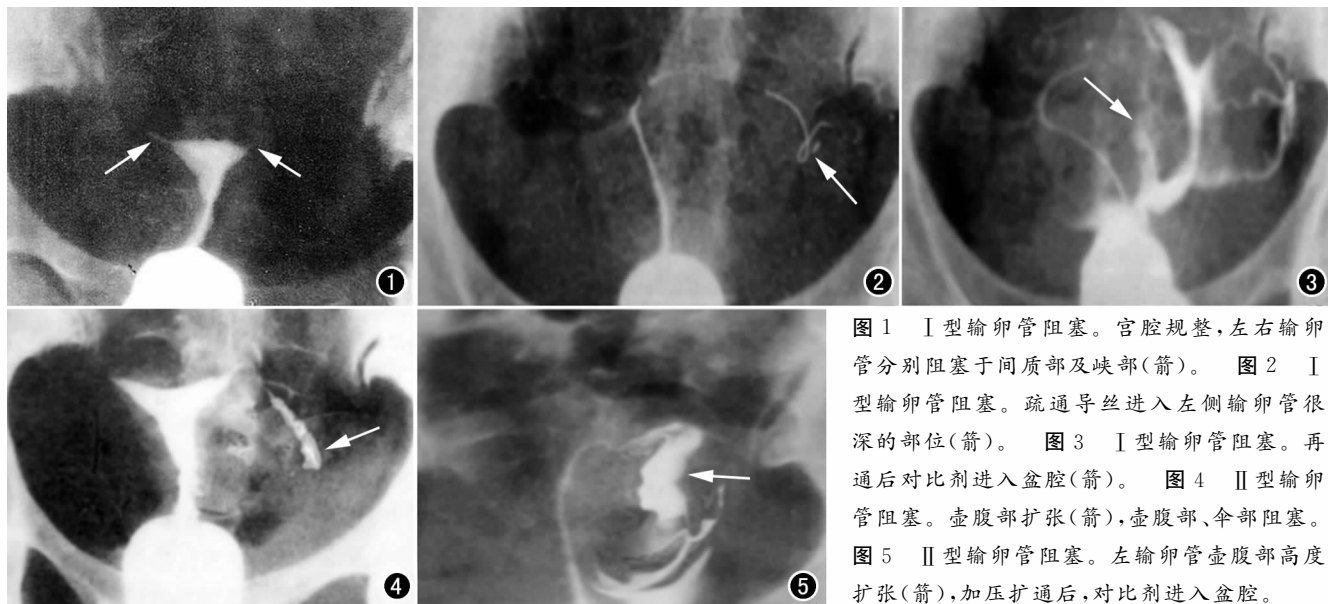


图 1 I 型输卵管阻塞。宫腔规整,左右输卵管分别阻塞于间质部及峡部(箭)。图 2 I 型输卵管阻塞。疏通导丝进入左侧输卵管很深的部位(箭)。图 3 I 型输卵管阻塞。再通后对比剂进入盆腔(箭)。图 4 II 型输卵管阻塞。壶腹部扩张(箭),壶腹部、伞部阻塞。图 5 II 型输卵管阻塞。左输卵管壶腹部高度扩张(箭),加压扩通后,对比剂进入盆腔。

II 型输卵管阻塞者 23 例,术后随访无一例妊娠。

讨 论

输卵管完成功能应具备:①输卵管伞部拾卵功能正常;②输卵管粘膜细胞的纤毛正常摆动;③输卵管平滑肌蠕动正常;④输卵管通畅。原发性或继发性输卵管的完全性或不全性阻塞是女性不孕症的重要原因之一。

输卵管通液术简便安全和成功率高,得到广泛应用。由于宫腔加压通液是通过增加输卵管内阻塞部的压强来实现再通,加压程度根据加压手感,及患者的耐受情况来判定的,故对阻塞程度、侧别判断不准确,有时因患者明显感觉腹痛而加压不够,所以疗效也不够理想。子宫输卵管碘油造影是具有诊断及治疗作用的一种方法,以往因多用普通碘油进行,因其粘滞性及刺激性大,存在明显缺陷:①检查时间长:造影当时拍片及 24 h 后拍第 2 张片以观察碘油在腹腔扩散状况。②油剂在腹腔停留时间长,分解出来的脂肪酸会刺激组织形成肉芽肿、粘连等,特别是有静脉回流者。亦可在输卵管狭窄部形成异物肉芽肿,使管腔完全阻塞^[1]。当应用离子型或非离子型碘水替代上述碘油时,因其粘滞性小,吸收快而克服了前者的一些缺陷,但仍有对输卵管无法控制及对输卵管间质部及峡部的粘连性阻塞无法疏通的不足^[2]。妇科手术分离因创伤大,术后再粘连复发和并发症,及技术复杂也未能普及应用。介入性输卵管再通术具有诊断价值及治疗作用而为许多学者证实为一种简便安全有效的方法^[3]。全过程是在 X 线电视设备监视下进行。由导管内注入离子型或非离子型碘水对比剂行选择性子宫输卵管造影,填

充显影好,可显示宫腔轮廓形态及输卵管形态。此时显示图像比一般子宫输卵管造影更清晰,再以专用导管明确的定向定位并借助导丝,疏通分离阻塞的输卵管间质部、峡部。再造影可清晰显示输卵管轮廓及走向是否僵直,有无粘连扩张积水、溃疡以及阻塞部位和程度。

笔者将输卵管阻塞划分为 I 型和 II 型: I 型阻塞部位在输卵管的间质部及峡部; II 型阻塞部位达壶腹部,伞部(间质部及峡部同时伴有或无阻塞)。II 型输卵管阻塞多伴有扩张及积水粘连等。输卵管阻塞划分为 I 型和 II 型我们认为有实用意义和愈后评估意义。I 型输卵管阻塞介入再通率高(100%),预后也好,本组受孕率 26.5%。文献报道^[4,5]为 26.3%~31.0%。而 II 型输卵管阻塞再通率低(37%),文献亦认为阻塞部位在壶腹部及伞部者再通术成功率低^[6]。其原因多为 II 型输卵管阻塞的粘连较坚固及输卵管管腔扩张导丝失去依托而致导丝疏通乏力,有时即使提高输卵管内压强得以疏通,也因输卵管炎症、粘连,及输卵管上皮纤毛运动及分泌功能障碍,妨碍卵子移动^[7],或伞部失去拾卵功能,导致不能受孕。本组病例双侧 II 型输卵管阻塞者无一例自然受孕。但该技术可明确诊断,为后续治疗提供导向有重要意义。总之, I 型输卵管阻塞介入性输卵管再通术疗效较好,且该技术支持简单,成功率高,应为治疗的首选方法。

(注: 1 lin ≈ 2.54 cm)

参考文献

- [1] 罗丽兰. 不孕与不育[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 158-160.
- [2] 张天, 付凯, 陈加源, 等. 碘水子宫输卵管造影(HSG)数字减影[J]. 实用放射学杂志, 2002, 18(12): 1112-1113.

- [3] 吴笋,王开秀,王年森,等.介入性再通治疗阻塞不孕症的临床应用[J].放射学实践,2004,19(7):480-482.
- [4] Lung EK, Dunaway HH. Recanalization of Obstructed Fallopian Tube by Selective Salpingography and Transvaginal Bougie Dilatation: Outcome and Analysis[J]. Fertil Steril, 1996, 66(2): 210-215.
- [5] 宋荣坡,韩泽修,刘亚民.用介入疗法行输卵管再通术临床应用

(附 80 例报告)[J]. 实用放射学杂志, 2003, 19(10): 931-933.

- [6] 李群英,周雪莲,秦惠萍,等.选择性输卵管造影和再通术 1006 例随访分析[J].中华妇产科杂志, 2004, 39(2): 80-82.
- [7] Rosch J, Thurmond AS, Uchida BT. Diagnosis and Treatment of Fallopian Tube Obstruction with Selective Salpingography and Catheter Recanalization[J]. Ann Radiol, 2001, 36(2): 123-126.

(收稿日期: 2005-06-08)

• 病例报道 •

椎管内脊髓猪囊虫病一例

蒙秋华, 王丽娜, 刘彪, 毛健强

【中图分类号】R445.2; R532.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0175-01

椎管内脊髓猪囊虫病罕见, 现报道 1 例如下。

病例资料 患者, 男, 40 岁, 双下肢麻木, 乏力 1 年, 尿失禁 2 个月。查体: 腰骶段压痛明显, 双下肢直腿抬高试验均达 50°, 加强试验(-)。头颅 CT 未见异常。

腰椎 MRI: 示 Th₁ 椎体下缘至 S₂ 椎体水平椎管、脊髓正常结构消失, 内见广泛杂乱异常信号, 呈大小不等囊变区, T₁WI 呈低信号, 个别囊变区内可见点状略高信号, T₂WI 呈高信号, 最大者 0.1 cm×0.6 cm×0.6 cm, Gd-DTPA 增强后病灶呈不均匀环状强化, 病灶累及椎间孔, 两侧神经根受侵, 增粗并强化(图 1~4)。MRI 诊断: 椎管内占位, 猪囊虫可能性大。

手术所见: 蛛网膜粘连变白变厚, 马尾及神经根粘连, 其间可见黄色、透明珍样物, 分隔, 呈串珠状。病理诊断: 脊髓猪囊虫病(脊髓型)。

讨论 椎管内脊髓型猪囊虫病发生率低, 从部位而言, 大多发生在髓外硬膜下腔或蛛网膜下腔, 少数位于脊髓内。引起的症状主要原因是虫体、囊尾蚴压迫脊髓或囊尾蚴死后引起组织反应导致脊髓局部肿胀、变性^[1]。MRI 可表现为: ①多发性不规则囊变病变, 可见头节影, 即 T₂WI 囊性高信号中内出现点状低信号, T₂WI 囊性低信号中出现点状高信号; ②不规则囊变影; ③蛛网膜炎改变: 蛛网膜下腔粘连、变窄, 脊髓扭曲变形; ④钙化表现。病灶增强后呈薄壁环形强化, 囊虫病的特征性所见是囊虫头节, 为其诊断要点^[2]。结合猪囊虫免疫酶标、皮肌活检及头颅检查更有助于该病的诊断。

参考文献:

- [1] 史玉泉. 实用神经病学(第 2 版)[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995. 449.

作者单位: 537100 广西, 贵港市人民医院放射科
作者简介: 蒙秋华(1973-), 男, 广西贵港人, 硕士, 主治医师, 主要从事 CT 诊断工作。



图 1 T₁WI 矢状面示椎管内大小不等囊变区, 呈低信号(箭), 个别囊变区内可见点状略高信号。图 2 T₂WI 矢状面示大小不等囊变区呈高信号(箭)。图 3 T₁WI 轴面示大小不等囊变区, 呈低信号(箭)。图 4 脂肪抑制序列冠状面示大小不等囊变区(箭)。

- [2] 刘志兰, 谭静江, 姜涛. 脊髓内囊虫病[J]. 中华放射学杂志, 2002, 36(1): 20.

(收稿日期: 2004-07-19 修回日期: 2005-08-25)