

子宫显著屈曲患者的输卵管再通术

夏风, 杨文忠, 郑传胜

【摘要】 目的:探讨利用自制装置对子宫显著屈曲合并输卵管梗阻的不孕患者进行输卵管再通术的插管方法并分析其疗效。**方法:**经子宫输卵管造影证实子宫显著屈曲伴单侧或双侧输卵管阻塞患者 48 例, 共 66 条输卵管阻塞, 应用自制装置, 配合使用各种手术器械, 施行选择性输卵管造影及再通术。采用复通率及妊娠率(随访 2 年)评价输卵管再通术的治疗效果, 并将其与子宫位置正常患者进行比较。**结果:**48 例患者均插管成功, 施行再通术后, 有 56 条输卵管复通, 复通率为 84.8%, 随访 2 年后 9 例妊娠, 妊娠率 18.8%, 妊娠率低于子宫位置正常患者, 而复通率与子宫位置正常患者相近。**结论:**使用自制装置能够较方便完成显著屈曲子宫的输卵管再通术, 各种手术器械的配合使用有利于成功插管。

【关键词】 输卵管阻塞; 子宫; 放射学, 介入性

【中图分类号】 R815.2; R711.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2010)01-0087-03

Fallopian Tube Recanalization in Patients with Marked Flexion of Uterus XIA Feng, YANG Wen-zhong, ZHENG Chuan-cheng. Department of Radiology, Hubei Maternal and Child Hospital, Wuhan 430070, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study the value of a self-made equipment in the recanalization of fallopian tube for infertile patients with marked flexion of uterus associated with unilateral/bilateral fallopian tube obstruction and to analyze the curative effect. **Methods:** 48 patients with marked flexion of uterus associated with unilateral or bilateral fallopian tube obstruction were diagnosed by hysterosalpingography. There were altogether 66 tubes obstructed, selective salpingography and recanalization of fallopian tubes were performed with a self-made equipment in combination with other instruments. All patients were followed up for two years, the recanalization rate and the pregnancy rate were used for the evaluation of therapeutic effect, and were compared to those of patients with normal uterus position. **Results:** Successful catheterization was obtained in all 48 patients, successful recanalization was obtained in 56 fallopian tubes (84.8%). 9 patients (18.8%) were pregnant after two years' follow-up. The rate of pregnancy was lower than those patients with normal uterus position, but the rate of successful recanalization was similar. **Conclusion:** Fallopian tube recanalization in patients with marked flexion of uterus could be conveniently fulfilled by using a self-made equipment, successful catheterization could be obtained by the combination of using other instruments.

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

选择性输卵管造影及再通术是诊治输卵管阻塞的一种有效的微创介入治疗技术, 已在临床推广普及, 目前通用的手术器械是美国 Cook 公司的同轴导管装置, 多数病例操作简便, 但在子宫显著屈曲时操作比较烦琐, 本文介绍一种相对简便的改良装置, 并对其疗效作出初步评价。

材料与方法

我院放射科自 2004 年 1 月~2006 年 12 月经子宫输卵管造影诊断输卵管阻塞的不孕症患者, 已行输卵管再通术且有明确追踪结果的病例共 357 例。子宫位置正常者 309 例, 141 例为双侧输卵管阻塞, 168 例为单侧阻塞, 共计 450 条输卵管; 子宫显著屈曲者 48 例, 年龄 22~41 岁, 18 例为双侧输卵管阻塞, 30 例为

单侧阻塞, 共计 66 条输卵管; 子宫显著屈曲标准为: 宫体与宫颈的夹角为锐角, 子宫输卵管造影显示子宫形态由正常倒三角形变为正三角形。子宫屈曲的判断以宫体与宫颈夹角为标准, 正常子宫可有一定程度前屈或后屈, 宫体与宫颈形成向前开放的钝角为前屈, 形成向后开放的钝角为后屈, 在造影图像上表现为倒三角形; 子宫显著屈曲指宫体与宫颈的夹角为锐角, 造影图像表现为正三角形, 倾斜球管可判断子宫向前或向后屈曲。宫颈扭曲, 宫颈与宫体所成的锐角越小, 插管难度越大。

自制装置: 取消外面两层同轴导管, 由 10F 扩张器代替, 保留 Cook 公司 3F 导管及 0.018 英寸铂金导丝, 导管进行改造, 保留前端及尾端, 塑形后连接好, 使其长度较扩张器长约 3~4 cm。另外可配备一根 0.015 英寸软头导丝备用。用血管鞘配套的短导丝做扩张器引导导丝。器械配备好后所有介入操作只需一名医生即可顺利完成。

操作方法: 患者仰卧于造影床上, 取截石位, 常规

作者单位: 430070 武汉, 湖北省妇幼保健院放射科(夏风、杨文忠); 430022 武汉, 华中科技大学同济医学院协和医院介入科(郑传胜)

作者简介: 夏风(1970—), 男, 湖北嘉鱼人, 硕士, 主治医师, 主要从事影像诊断及介入治疗工作。

准备后,消毒铺巾,窥阴器暴露宫颈,消毒后宫颈钳夹住宫颈上唇,先造影进一步明确子宫形态、输卵管阻塞部位等情况。用探针探测宫腔位置及深度,并可适当调整子宫位置,将扩张器塑形后由短导丝导入宫腔,可再经由扩张器注入对比剂进一步观察宫颈位置及宫腔形态,慢慢将扩张器送至患侧宫角,送入微导管微导丝,以微导丝轻轻疏通阻塞处,送入微导管退出微导丝,注入对比剂造影,如证实已复通,注入再通液(每侧输卵管庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5 mg、糜蛋白酶 4000 U,加入适量生理盐水或甲硝唑溶液中),术后宫腔内亦可注入再通液。子宫显著屈曲时插管难度较正常子宫大,需要综合利用宫颈钳、探针、扩张器及导丝,宫颈钳往下牵拉宫颈、探针调整宫腔位置扳正子宫、扩张器的可塑性及韧性及导丝的张力等均有助于插管成功。

术后处理:所有患者术后抗炎治疗 3 天,短期避孕,定期行通液治疗,并且适当结合中医中药辅助治疗。所有病例随访两年,观察受孕与否及其它相关情况。计算子宫屈曲患者及同期子宫位置正常患者的复通率与妊娠率。

结 果

48 例患者插管均成功,插管成功率 100%,施行再通术后,有 56 条输卵管复通,复通率为 84.8%,随访 2 年后 9 例妊娠,妊娠率 18.8%。同期子宫位置正常患者 390 条输卵管复通,复通率 86.7%,随访 2 年后 103 例妊娠,妊娠率 32.7%。子宫屈曲患者再通术后妊娠率低于子宫位置正常患者,而复通率两者基本相近。

讨 论

导致女性不孕的因素很多,输卵管性不孕约占 30%~40%,输卵管再通术作为一种微创手术,机器设备要求不高,操作简便,已应用于临床多年,国外有学者认为其疗效不亚于腹腔镜及显微外科^[1]。笔者将常规再通器械加以改造后,仅需要一名医生单独操作,绝大多数子宫位置正常患者数分钟内即可完成操作,显著减少了介入医生及患者的曝光时间,并且对宫腔损伤轻微,术中及术后出血量较少。

正常子宫依靠盆底肌肉的承托和韧带的牵引维持前倾前屈位,子宫体轴线与宫颈轴线成钝角,仰卧时角度更大。子宫发生显著屈曲的机理不清,可能与盆腔相关肌肉韧带缺陷、生产及多次人流等因素有关。子宫显著向前或向后屈曲时,宫颈扭折,宫颈长轴与宫体长轴成锐角,增加了插管难度。笔者使用的自制装置简单轻便,加上宫颈钳、探针、扩张器、导丝等的配合使用,能够获得满意的插管成功率。由于宫颈管显著扭曲,尽管有报道倾斜球管可较好显示宫腔及宫颈管^[2],但导管导丝通过转折处较困难,且通过后操作明显不便,必须依靠前述器械的配合使用,使子宫回复正常形态,扭曲的宫颈变直,方能顺利完成手术,粗暴操作极容易损伤宫颈管,导致术后宫颈管粘连狭窄。

子宫显著屈曲时,插管的关键在于利用各种手术器械,减轻子宫屈曲程度,使扩张器及微导管能顺利到达宫角。笔者认为以下操作有利于成功插管:①在患者能够忍受的情况下,尽量下拉宫颈,缓解子宫屈曲程度,为后续操作创造条件;②送入导丝,使其在子宫内盘绕,依靠导丝的张力,进一步减轻子宫屈曲程度;③如果子宫屈曲程度仍较严重,可沿导丝送入探针,因探针前端圆钝,对宫颈损伤较轻,且可以塑形,有利于将子宫形态调节到合适的位置;④经导丝送入扩张器,利用扩张器的张力与可塑性,使屈曲子宫回复至近似正

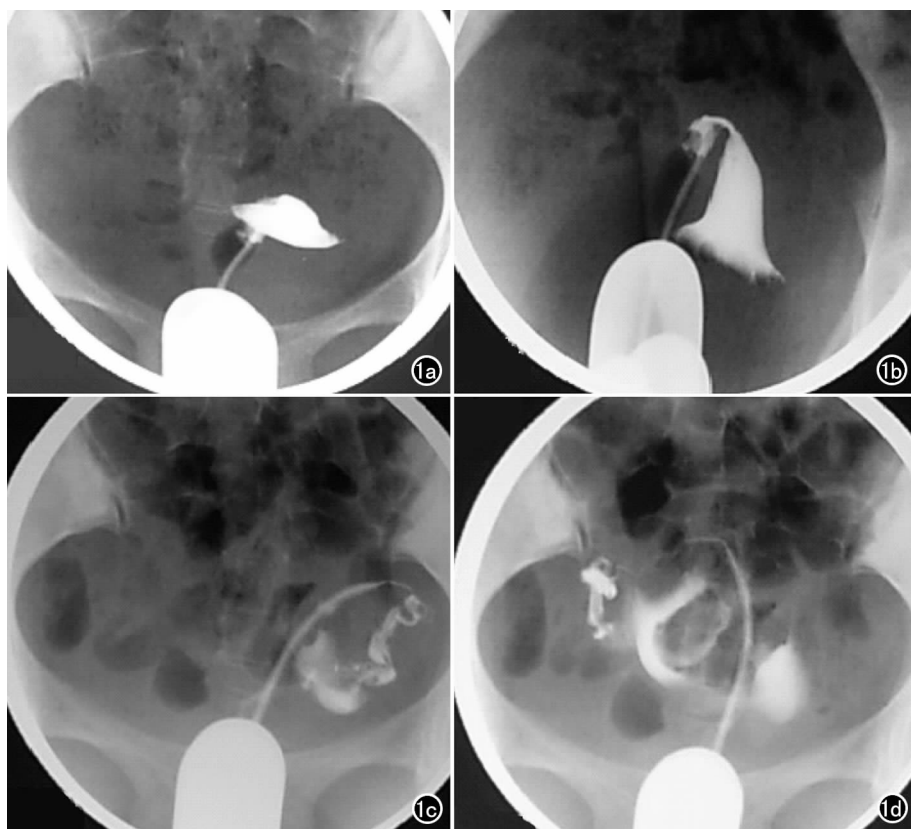


图 1 子宫屈曲。a) 子宫输卵管造影术示子宫屈曲,双侧输卵管间质部梗阻;b) 倾斜球管显示宫颈扭曲;c) 左侧输卵管复通,管腔通畅;d) 右侧输卵管复通,管腔通畅。

常形态,只要扩张器接近宫角,后续操作便较易完成;
⑤对于经产妇或宫颈管松弛的患者,导丝配合扩张器不易到达宫角时,可同时送入探针,用探针协助调节子宫位置,使扩张器能到达宫角;⑥少数病例扩张器无法到达宫角,可将扩张器置于一个适当的位置,直接送入微导管,使微导管到达宫角,送入微导丝进行输卵管疏通。本组患者采用上述方法均获得插管成功,阻塞输卵管复通率与国内外报道相近^[3,4],略低于使用相同器械但子宫位置正常的患者。鉴于子宫显著屈曲患者妊娠率低于子宫位置正常患者,手术医生可建议其在以后性生活中采取并维持适当体位,比如后屈时垫高臀部,前屈时采用肘膝位,以缓解宫颈扭折程度,期待能够提高受孕机率。

尽管子宫显著屈曲病例少见,但再通术操作技术要求较高。本组病例 X 线下操作时间较子宫位置正常时有不同程度延长,手术过程中必须注意加强医生及患者的防护。手术过程中患者的不适感较子宫位置

正常者加重,因此除了术前谈话争取患者的配合外,医生有必要采用合适的器械及操作方法,以减轻患者痛苦,提高治疗效果。

参考文献:

- [1] Capitanio GL, Ferraiolo A, Croce S, et al. Transcervical Selective Salpingography: A Diagnostic and the Rapeutic Approach to Cases of Proximal Tubal Injection Failure[J]. Fertil Steril, 1991, 55(6): 1045-1050.
- [2] 张加成, 任宏宇, 周中庆. DSA 监视下子宫输卵管造影及再通的评价[J]. 浙江中西医结合杂志, 2004, 14(9): 564-565.
- [3] 李广琪, 李敬邦, 贺洪德, 等. 选择性输卵管造影及输卵管阻塞的介入治疗不孕症 290 例分析[J]. 第四军医大学学报, 2007, 28(24): 2272-2274.
- [4] Al-Jaroudi D, Herba MT, Tulandi. Reproductive Performance after Selective Tubal Catheterization[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2005, 12(2): 150-152.

(收稿日期: 2009-04-15 修回日期: 2009-07-23)

中华放射学会第十七届全国学术大会征文通知

中华医学会放射学会决定,由中华医学会放射学会主办,山东省医学会与山东省医学会放射学会承办的“中华放射学会第十七届全国会议”拟定于 2010 年 10 月 14 日~19 日在山东省济南市召开。届时将有众多的国际、国内著名专家到会作专题学术报告,并进行多种形式的学术交流。入选论文将编入会议《论文汇编》,优秀论文将推荐在《中华医学杂志》及《中华放射学杂志》刊用。所有与会者将获国家级 I 类继续医学教育学分。欢迎广大同仁踊跃投稿、积极参与。现将会议征文的有关事项通知如下。

一、征文内容

- 1、常规及数字 x 线成像的临床应用。
- 2、CT、MRI 及其新技术临床应用与基础研究。
- 3、分子影像学。
- 4、介入放射诊疗技术应用及研究。
- 5、PACS、RIS 系统的应用经验。
- 6、影像技术与图像后处理。
- 7、比较影像学及循证医学影像学。
- 8、与影像诊断及介入放射相关的护理经验。

二、征文要求

1. 应征论文必须具有科学性、先进性、实用性,重点突出;文字力求准确、精炼、通顺。
2. 论文格式要求:(1)大会发言或大会展板请按 4 要素,即目的、方法、结果、结论组织撰写,全文字数要求在 800~1200 字范围内(不设摘要和参考文献,不要图和表格);(2)经验交流(包括案例介绍、疑难问题讨论等),全文字数要求在 600~1000 字范围内。
3. 所有稿件必须是未经正式刊物发表,请勿重复投稿。

三、投稿方式

1. 本次会议全部采取网上投稿。登录学会网站: <http://www.chinaradiology.org>, 实名注册进入年会栏目投稿。
2. 恕不接受信函、传真、软盘和 Email 投稿。
3. 截稿日期: 2010 年 7 月 30 日。