

## • 临床论著 •

## 宫腔镜、腹腔镜联合诊治输卵管不孕

王玉洁 何 芳 刘志红 吴瑞芳 朱桂金<sup>①</sup> 林 华<sup>①</sup>

北京大学深圳医院妇产科 (深圳, 518036)

**【摘要】** 目的 探讨联合宫腔镜、腹腔镜对输卵管不孕的诊治效果。 方法 对子宫输卵管碘油造影诊断输卵管阻塞不孕 62 例 124 条输卵管行宫、腹腔镜联合检查。 结果 62 例中双侧输卵管通畅 11 例 22 条占 17.7% (22/124), 一侧输卵管通畅 8 例 8 条占 6.5% (8/124), 输卵管间质部、峡部阻塞 40 条占 32.3% (40/124), 输卵管积水 54 条占 43.5% (54/124)。碘油造影与腹腔镜诊断输卵管梗阻符合率 75.8% (94/124)。宫、腹腔镜下对 40 条间质部、峡部阻塞的输卵管行插管, 成功 30 条, 穿孔 5 条, 失败 5 条。腹腔镜下输卵管积水分离、造口术 54 条。 结论 对子宫输卵管碘油造影诊断的输卵管阻塞不孕, 行宫、腹腔镜联合检查有一定价值, 诊断及治疗同时进行。

**【关键词】** 宫腔镜; 腹腔镜; 输卵管积水; 不孕; 输卵管阻塞

中图分类号: R713.5

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2004)01-0057-02

**Diagnosis and treatment of tubal infertility by laparoscopy combined with hysteroscopy** Wang Yujie\*, He Fang, Liu Zhihong, et al. \* Department of Obstetrics & Gynecology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, China

**【Abstract】 Objective** To assess the diagnostic and curative efficacy of laparoscopy combined with hysteroscopy for tubal infertility. **Methods** A combined use of laparoscopy and hysteroscopy was performed in 62 cases of tubal obstructive infertility (124 oviducts), which had been tentatively diagnosed by lipiodol hysterosalpingography (HSG). **Results** Out of the 62 cases, 11 cases (22 oviducts) were found bilaterally unobstructed (17.7%, 22/124), 8 cases (8 oviducts) were found unilaterally unobstructed (6.5%, 8/124). Tubal interstitial or isthmus obstruction was observed in 40 oviducts (32.3%, 40/124) and hydrosalpinx in 54 oviducts (43.5%, 54/124). The consistency ratio between lipiodol HSG and endoscopy in the diagnosis of tubal obstruction was 75.8% (94/124). Tubal catheterization under hysteroscope and laparoscope was adopted in the 40 ducts of interstitial or isthmus obstruction, and 30 were cured, 5 perforated and 5 failed. Laparoscopic salpingostomy and salpingolysis was employed successfully in 54 tubes. **Conclusions** Combined use of hysteroscopy and laparoscopy is useful in the diagnosis and treatment of tubal obstruction and infertility tentatively diagnosed by HSG.

**【Key Words】** Hysteroscopy; Laparoscopy; Hydrosalpinx; Infertility; Tubal obstruction

女性不孕病因中输卵管疾病占 30%~40%<sup>[1,2]</sup>, 发病率较高, 治疗困难。宫、腹腔镜的诊断和治疗技术在妇产科领域的应用和逐渐普及, 为输卵管不孕的治疗开辟一条新途径。1998 年 5 月~2002 年 9 月我们对 62 例 (其中本院 32 例, 1998 年 5 月~1999 年 2 月武汉同济医院 30 例) 术前子宫、输卵管碘油造影诊断双侧输卵管阻塞不孕症行宫腔镜、腹腔镜联合诊治, 现报道如下。

## 临床资料与方法

## 一、一般资料

本组 62 例, 年龄 23~38 岁, 平均 27 岁。不孕 2~8 年, 平均 3 年。均无手术禁忌证。

## 二、方法

1. 设备与器械: Olympus 腹腔镜, Storz-Stryker 宫腔镜, 宫腔镜外径 5 mm, 操作孔孔径 3 F。Johnson 3 F 输卵管再通导管长 50 cm, 直径 3 F。

2. 手术方法: 手术于月经干净后 2~7 d 进行。全身麻醉。膀胱截石位, 脐下 1 cm 纵形切口, 脐脐连线外 1/3 处左右各作一穿刺点, 常规在电视宫、腹腔镜下观察腹腔、盆腔、子宫、输卵管、卵巢。子宫导管经宫颈注入稀释美蓝液, 若输卵管不充盈, 间隔数分钟后再注入美蓝液观察输卵管形态、

阻塞部位与输卵管及其周围的关系。盆腔粘连立即行松解术, 伞端粘连呈盲端者分离后行造口术, 间质部、峡部阻塞在腹腔镜的监视下经宫腔镜插管。0.9% 生理盐水膨宫, 压力维持在 13~27 kPa (1 kPa=7.5 mmHg)。宫腔镜经宫颈置入宫腔, 观察宫腔形态及内膜生长情况。寻找双侧输卵管开口, 将输卵管导管插入输卵管开口内, 遇到阻力后将导管缓慢向前、后移动, 疏通输卵管, 一旦导管通过梗阻部位, 再将导管向前推进, 在腹腔镜的协助下将输卵管放直, 与插管的方向一致, 可反复多次进行, 直到导管无法进入时为止。此时, 可推入稀释美蓝液, 腹腔镜下观察, 输卵管伞端有美蓝液流出, 为输卵管通畅; 如阻力大, 美蓝液从输卵管口返流, 膨宫液呈蓝色, 同时腹腔镜下观察输卵管未充盈, 伞部未见美蓝液流出, 为输卵管阻塞。再通时, 输卵管口节律性闭合, 应缓慢插管, 待输卵管重新开放时再行插管, 以免造成假象。

## 结 果

一、腹腔镜下直接经子宫加压通液, 双侧输卵管完全通畅 11 例 22 条, 占 17.7% (22/124); 输卵管一侧通畅 8 例 8 条, 占 6.5% (8/124); 输卵管间质、峡部阻塞 40 条, 占 32.3% (40/124); 输卵管积水 54 条占 43.5% (54/124)。子宫、输卵管碘油造影诊断输卵管梗阻与腹腔镜诊断输卵管梗

阻符合率为 75.8%(94/124)。

二、盆腔粘连 27 例,腹腔镜下行粘连松解术。输卵管积水 54 条,行输卵管造口术。

三、子宫加压通液腹腔镜下未见美蓝液通过输卵管 40 条,宫腔镜下插管,30 条输卵管见美蓝液从伞部流出,5 条输卵管导管从输卵管间质部或峡部穿孔到腹腔内,另 5 条输卵管反复插管多次,阻力大未成功。

四、随访 40 例,时间 2~20 个月,平均 11 个月,妊娠 20 例,2 例输卵管妊娠,18 例宫内妊娠。

## 讨 论

子宫输卵管碘油造影是不孕症常用的检查方法,本组结果表明子宫输卵管碘油造影诊断输卵管梗阻与腹腔镜诊断输卵管梗阻符合率为 75.8%(94/124),腹腔镜诊断输卵管通畅占 24.2%(30/124),其原因是输卵管受到碘油刺激发生痉挛和手术操作不当。除此以外,有人认为与输卵管炎症渗出物或栓子堵塞或轻微粘连有关<sup>[3]</sup>。

经子宫加压通液可缓解子宫输卵管碘油造影造成的输卵管痉挛、炎性形成栓子或轻微粘连。输卵管纤维化阻塞、输卵管轻度致密粘连及输卵管远端阻塞可在宫腔镜、腹腔镜下治疗。输卵管间质部、峡部阻塞可在腹腔镜的监视下经宫腔镜输卵管插管,插管成功后可多次反复加压通液,使输卵管间质部、峡部阻塞恢复通畅。

宫腔镜下输卵管插管时可能因为输卵管炎症、阻塞致密,插管方向不准或导管规格不适宜而发生输卵管穿孔,此时腹腔镜直视下可寻找原因,找准方向再试插,阻力大时可放弃治疗,一旦插管时穿孔,可观察到穿孔部位的出血情况,

因输卵管导管细,所以穿孔部位不需特殊处理。

宫腔镜、腹腔镜可同时在一次麻醉下完成一种或两种以上疾病的治疗,除腹腔镜的优点外,宫腔镜可诊断宫腔粘连、子宫内膜息肉、子宫粘膜下肌瘤、子宫纵隔等,并可同时行手术治疗。宫腔镜、腹腔镜为开腹手术提供可靠依据,克服宫腔镜、腹腔镜单独使用的局限性及并发症<sup>[4]</sup>。输卵管再通术使 72%~92% 输卵管恢复通畅,避免不必要的手术<sup>[5,6]</sup>。但宫腔镜、腹腔镜联合使用费用高,对输卵管纤维性阻塞致密粘连治疗效果差。宫腔镜手术可因体液超负荷而产生并发症。

## 参 考 文 献

- 1 朱桂全,罗丽兰,林华.联合应用宫腔镜与腹腔镜行输卵管插管再通术.中华妇产科杂志,1993,25:420-421.
- 2 杨燕生,郝敏,祝育德,等.输卵管性不育及输卵管病变的腹腔镜诊断.中华妇产科杂志,1996,31:327-329.
- 3 Sulak PJ, Letterie GS, Coddington CC, et al. Histology of proximal tubal occlusion. Fertil Steril, 1987,48:437-438.
- 4 夏恩兰,冯力民,段惠兰,等.宫腔镜联合腹腔镜在妇科手术中的应用.中华妇产科杂志,1998,33:178-179.
- 5 Novy MJ, Thurmond AS, Patton P, et al. Diagnosis of cornual obstruction by transcervical fallopian tube cannulation. Fertil Steril, 1988,50:434-435.
- 6 Deaton JL, Gibson M, Riddick DH, et al. Diagnosis and treatment of cornual obstruction using a flexible tip guidewire. Fertil Steril, 1990,53:232-233.

(收稿日期:2003-01-20)

(修回日期:2003-07-09)