

宫、腹腔镜联合诊治不孕症 133 例分析

卓 蓉 王中海 肖天慧

(广东医学院附属深圳市第六人民医院(南山医院)妇产科, 深圳 518052)

【摘要】 目的 探讨宫、腹腔镜联合对输卵管不孕的诊断价值及治疗效果。**方法** 2004 年 9 月~2007 年 12 月对 133 例经子宫输卵管碘油造影、宫腔镜诊断输卵管性不孕,行宫、腹腔镜联合检查、治疗,根据术中不同情况选择不同的手术方式。**结果** 133 例不孕症中 255 条输卵管中,术前阻塞 180 条,通而不畅 57 条,通畅 18 条;术后通畅 211 条,通而不畅 24 条,阻塞 20 条,手术疏通率 81.4% (193/237)。术后随访 92 例,时间 4~18 个月,妊娠 30 例,妊娠率 32.6% (30/92),2 例输卵管妊娠,28 例宫内妊娠,其中术后 6 个月内妊娠 22 例,术后 6~12 个月妊娠 8 例。双侧输卵管通畅妊娠 24 例,妊娠率 26.1% (24/92),一侧输卵管通畅妊娠 6 例,妊娠率 6.5% (6/92)。单纯输卵管不孕妊娠率 22.8% (21/92),有合并症输卵管不孕妊娠率 9.8% (9/92)。**结论** 宫、腹腔镜联合检查、治疗输卵管性不孕,可避免单独使用宫腔镜、腹腔镜的局限性,提高诊断的准确性及治疗效果。

【关键词】 宫腔镜; 腹腔镜; 不孕症; 输卵管阻塞

中图分类号:R713.7

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2009)06-0530-03

Laparoscopy Combined with Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Infertility Zhuo Rong, Wang Zhonghai, Xiao Tianhui. Department of Obstetric and Gynecology, Shenzhen Sixth People's Hospital, Guangdong Medical College, Shenzhen 518052, China

【Abstract】 Objective To investigate the diagnostic value and therapeutic effect of laparoscopy combined with hysteroscopy in patients with tubal infertility. **Methods** A total of 133 patients with tubal infertility were treated by laparoscopy combined with hysteroscopy in our hospital from September 2004 to December 2007. All the cases were diagnosed by hysterosalpingography (HSG) and hysteroscopy. **Results** Totally 255 fallopian tubes were examined in the 133 patients, among which 180 tubes were completely occluded, 57 were partially occluded, and 18 were patent. After the surgeries, 211 tubes were patent, 24 were partially blocked, while 20 were still occluded. The success rate of the operations was 81.4% (193/237). Follow-up was achieved in 92 patients for 4 to 18 months, in the cases, 30 were pregnant during the period (pregnancy rate: 32.6%). Of the 30 cases, 2 women had tubal pregnancy; 22 women were pregnant in 6 months after the treatments, and the other 8 were pregnant in 6-12 months after the operations. In this group of patients, the pregnancy rate in the women with both patent fallopian tubes was 26.1% (24/92), and in those with single patent fallopian tube was 6.5% (6/92). The pregnancy rate in patients with simple tubal infertility was 22.8% (21/92), while that of those who were complicated with tubal diseases was 9.8% (9/92). **Conclusion** Laparoscopy combined with hysteroscopy can accurately diagnose tubal infertility, and improve the therapeutic effect.

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

女性不孕病因中输卵管疾病占 30%~40%^[1,2]。随着宫、腹腔镜的诊断和治疗技术在妇产科领域的应用和普及,为输卵管不孕的治疗开辟一条新途径。2004 年 9 月~2007 年 12 月我们对 133 例术前子宫输卵管碘油造影、宫腔镜检查诊断输卵管阻塞性不孕症行宫腔镜、腹腔镜联合诊治,效果满意,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 133 例,年龄 24~35 岁,(30±4.6)岁。原发不孕症 42 例,继发不孕症 91 例。不孕年限 1~

10 年。患者配偶精液及各项检查均正常,术前常规检查,排除手术禁忌及其他原因所致不孕。11 例因宫外孕切除一侧输卵管。25 例合并盆腔子宫内膜异位症,其中 I、II 期 20 例,III 期 5 例。多囊卵巢综合征 12 例,均行性激素测定(FSH、LH、E₂、睾酮、PRL)及 B 超检查诊断。子宫肌瘤 14 例,直径 1~6 cm,均为浆膜下或肌层。卵巢囊肿 9 例,直径 3~6 cm。中肾管囊肿 3 例,直径 1~5 cm。术前经碘油造影及宫腔镜检查输卵管通畅 18 条,不通畅 57 条,阻塞 180 条。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 采用 Storz 腹腔镜,Styker 宫腔

镜,输卵管导管。月经干净后 2~7 d 进行手术。全身麻醉,膀胱截石位。脐下 1 cm 纵行切口置腹腔镜,髂脐连线外 1/3 处左右各作一 5 mm 操作孔,常规在电视宫、腹腔镜下同时观察腹腔、盆腔、子宫、输卵管、卵巢及子宫颈内膜、输卵管开口。根据病变情况选择相应的手术方法,最后行宫腔镜输卵管插管亚甲蓝通液,评价手术效果。

1.2.2 手术种类 ①输卵管卵巢周围粘连松解术:盆腔粘连 105 例。腹腔镜下钝性分离或单极电凝分离输卵管卵巢周围粘连,恢复输卵管、卵巢正常的解剖位置,对盆腔的其他粘连也尽量使其恢复正常解剖。②输卵管造口术:输卵管伞端闭锁 54 例。腹腔镜下见伞端闭锁,输卵管积水病变,单极电凝切除闭锁的伞端,让积液流出,钝性扩张造口处或点状低温内凝浆膜面,使黏膜面外翻,形成“人工伞”。③盆腔子宫内异位症手术:分别行粘连松解、卵巢巧克力囊肿剥除术、内异灶电凝术等,术后肌注达菲林 3.75 mg,间隔 28 d,3 个治疗周期。④对多囊卵巢综合征患者或镜下发现卵巢增大,表面光滑、灰白、白膜增厚,有多个大小不等囊性卵泡,用电凝钩行卵巢表面卵泡打孔,直径 2~4 mm,深 4~6 mm,孔间隔 10 mm,每侧 6~8 个孔。⑤对合并子宫肌瘤、卵巢囊肿、中肾管囊肿的分别行肌瘤剔除术及囊肿剥除术。⑥输卵管疏通术:对宫角或输卵管间质部阻塞者,在腹腔镜监视下,用输卵管导管在宫腔镜直视下插管并加压疏通,无效就改用硬膜外导管插入。

1.2.3 输卵管通畅度评价^[3] ①通畅:染液在输卵管内充盈并经伞部溢出流畅。②通而不畅:注入染液压力较大,输卵管充盈,流过缓慢并局部膨胀,1 min 内未消失或染液流出呈细滴珠状。③阻塞:注入染液压力加大后输卵管始终未见充盈或过度膨胀,但无染液流出。

2 结果

输卵管通畅情况见表 1,术后妊娠情况见表 2。

表 1 133 例术前术后输卵管通畅情况

时间	通畅	通而不畅	阻塞
术前(条)	18	57	180
术后(条)	211	24	20

表 2 92 例术后妊娠情况

输卵管通畅情况	妊娠情况
双侧通畅(n=36)	24
单侧通畅(n=16)	6
双侧通而不畅(n=22)	0
双侧阻塞(n=18)	0

术后随访 92 例,时间 4~18 个月,妊娠 30 例,

妊娠率 32.6% (30/92),2 例输卵管妊娠,28 例宫内妊娠,其中术后 6 个月内妊娠 22 例,术后 6~12 个月妊娠 8 例。双侧输卵管通畅妊娠 24 例,妊娠率 26.1% (24/92);一侧输卵管通畅妊娠 6 例,妊娠率 6.5% (6/92)。单纯输卵管不孕妊娠率 22.8% (21/92),有合并症输卵管不孕妊娠率 9.8% (9/92)。

3 讨论

治疗输卵管性不孕的关键是正确分析和评价输卵管的结构和功能及其与盆腔病变的关系。本组 105 例合并盆腔粘连,表明盆腔炎、输卵管炎是造成输卵管损害引起不孕的最主要原因,因其会引起输卵管、卵巢解剖关系的改变,并破坏输卵管黏膜和肌层,影响输卵管拾卵、精子输送、受精卵送入宫腔等正常功能。腹腔镜手术的作用:①正确诊断并全面评价盆腔情况,及时发现临床漏诊的盆腔疾病。②正确监视和评价输卵管的结构和功能^[4],有利于判断预后、指导治疗方案的选择。③腹腔镜在不孕治疗中具有切口小、视野大、污染少、手术准确性高、术后盆腔粘连少和恢复快等优点。宫腔镜检查则能发现宫腔病变,如内膜息肉、子宫中隔、宫腔粘连等。宫、腹腔镜联合应用集诊断与治疗于一体,不仅能检查宫内、宫外病变并实施矫正手术,而且能精确检查输卵管通畅度,可以治疗输卵管痉挛、炎症渗出物和脱落细胞形成的栓子堵塞或轻度粘连所致的假性输卵管不通,从而疏通输卵管,明确真正的输卵管纤维化、致密粘连及远近端阻塞。对输卵管间质部、峡部梗阻者在腹腔镜直视下大胆行输卵管口插管,可避免插入过深或角度不对引起穿孔的危险和盲目性。二者联合应用,克服了单独应用的局限性并减少并发症^[5]。本组总妊娠率低可能与入选病人还有其他可能导致不孕的因素,以及病人术后未坚持抗炎等治疗有关。

对于多囊卵巢综合征患者,行腹腔镜诊断的同时就可进行手术治疗,应用腹腔镜行多囊卵巢打孔术,损伤小,术后粘连相对少,恢复快。打孔术使激素水平下降,通过反馈作用使 LH/FSH 比值改变,从而卵泡发育成熟并排卵,促进妊娠,妊娠后自然流产率低,疗效肯定。联合宫腔镜检查尚能找到导致其阻塞的原因,还能发现引起不孕症的宫腔异常或病变;宫腔镜能排除子宫输卵管角部痉挛及内膜碎片的干扰,对判断其阻塞与否更为可靠。宫、腹腔镜联合可相互弥补不足,使一部分在输卵管碘油造影中通而不畅的变为通畅,提高再通率,并可及时发现插管时出现的输卵管穿孔,克服了单独使用的局限性及并发症,而且在诊断的同时给予相应的治疗^[6]。(下转第 534 页)

(上接第 531 页)

影响手术预后的因素包括:输卵管积水的程度(直径)、输卵管壁的厚度、柔软度、坚硬程度;输卵管内膜的情况和破坏程度;粘连的范围和致密度(性质)。应强调术后反复宫腔镜输卵管加压通液治疗的必要性,且诊断越早,治疗越早,疗效越好。术后半年内尽早实行促卵泡发育及排卵治疗。告知患者术后有发生宫外孕的可能,一旦出现与妊娠有关的不适一定尽早就诊。对严重输卵管病变、僵硬、积水严重管腔黏膜已破坏者建议行输卵管切除,尽早实施辅助生殖技术,体外受精胚胎移植治疗,提高妊娠率。

本组术后妊娠率低于喇端端等^[7]、王玉洁等^[8]报道的 48.8%、50% 妊娠率。如何提高术后妊娠率,分析原因,除针对性治疗,如子宫内膜异位症用 GnRHa 治疗、多囊卵巢综合征促排卵治疗;对盆腔炎患者术中仔细分离粘连、止血彻底、用药预防粘连外,术后行盆腔理疗及中西医结合消炎治疗;对输卵管通而欠畅者,可行多次宫腔镜下输卵管通液术。

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 冯缙冲.输卵管阻塞的非手术治疗.实用妇产科杂志,1996,12(6):288-290.
- 4 欧阳云,姚书忠,祝育德.腹腔镜在诊断输卵管性不孕中的应用.中国内镜杂志,2000,6:40-41.
- 5 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.
- 6 林金芳,冯缙冲,丁爱华,主编.实用妇产科内镜学.上海:复旦大学出版社,2001.382.
- 7 喇端端,吴步初,沈立翡,等.宫腹腔镜联合手术诊治不孕症 150 例分析.腹腔镜外科杂志,2006,11(1):3-5.
- 8 王玉洁,何 芳,刘志红,等.宫腔镜、腹腔镜联合诊治输卵管不孕.中国微创外科杂志,2004,4(1):57-58.

(收稿日期:2008-04-23)

(修回日期:2009-03-09)

(责任编辑:李贺琼)