

运用双腔导尿管行输卵管通气通液术 20 例临床观察

周永琴 李辉霞
(陕西省平利县县医院妇产科 陕西 725500)

关键词:输卵管通气术;输卵管通液术;双腔导尿管;不孕症
中图分类号:R 711.6 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2004)03-0050-01

笔者在临床试用双腔导尿管进行输卵管通气、通液术收效显著。兹将具体方法及体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 20 例,年龄 22~34 岁;原发性不孕 7 例(排除内外生殖器畸形,发育不良),继发性不孕 13 例(其中曾作人工流产 6 例,药物流产 4 例,自然流产 3 例)。

1.2 方法 20 例全部采用江西九江市康复医用塑胶厂生产的一次性双腔标准型硅胶导尿管(规格 16Fr)。操作前检查导尿管双腔及气囊有无破损,用无菌剪剪去引流管上端开阔部分(以利与注射器乳头部紧密衔接),气囊侧导管勿动。另外配置阴道窥器、子宫颈钳、长弯钳、30mL 一次性注射器。患者排尿后,取膀胱截石位,查清子宫位置,然后消毒、铺巾,暴露宫颈。插入备好的双腔标准型硅胶导尿管,深度以气囊部进入宫颈内口为宜。助手用注射器沿气囊导管注入无菌水 5~6mL 入气囊,自外轻拉导管,以堵住宫颈口。用 30mL 注射器沿引流管徐徐推入氧气 10~15mL,由助手用听诊器在患者下腹两侧进行听诊,可听到气泡音,说明输卵管通畅;反之,下腹部听不到气泡音,说明输卵管阻塞。休息片刻,重复试验。若能听到气泡音,说明输卵管原有轻度粘连或阻塞已经被分离或痉挛缓解而通畅。注气最多不超过 20mL,如感阻力较大不可强行推入,不可多次反复试验,以免发生气体栓塞。随后行输卵管通液术,用 30mL 注射器抽 20mL 无菌生理盐水,沿引流管缓慢推注,若无阻力,患者亦无不适感,说明输卵管通畅;若注入 4~5mL 即感阻力较大,患者下腹部感胀痛,停注后液体又返流回注射器中,表示输卵管阻塞,休息片刻,加压注射,又能逐渐推进,表示输卵管痉挛缓解或原有轻度粘连已分离。术后,向导管内注入所需药物,预防、治疗感染及粘连。术毕,用注射器抽出气囊中的无菌水,导尿管轻松抽出。

2 结果

20 例患者行输卵管通气、通液术。其中,输卵管通畅者 5 例,经加压通气、通液使输卵管通畅者 7 例,经治疗后再次试验通畅者 5 例,经治疗再次试

验不通畅者 3 例。

3 病案举例

患者,女,26 岁,已婚,1998 年 2 月初诊。自述 1996 年春节前结婚,婚后未避孕,性生活正常,一直未孕。近一年来间断求中医治疗,效果不佳,月经正常,初潮 14 岁,经期 3~5d,周期 25~28d,量中,无痛经。婚前 2 个月曾妊娠 50 多天而行人工流产术,患者发育可,营养中等,第二性征正常,外阴发育正常,阴道通畅,粘膜淡红,少量白色分泌物,宫颈 I 度糜烂,子宫后位,活动可,无压痛,双附件区轻度压痛,未扪及包块。B 超示:子宫及附件大致正常,因患者月经后第 5 天,随即采用双腔导尿管行输卵管通气、通液术;推入氧气 10mL,下腹部听诊气泡音低,继续缓慢推注生理盐水 8mL 感阻力较大,患者下腹两侧胀痛,随即抽出盐水,加压注入自配药液(庆大霉素 8 万 U,地塞米松 5mg,生理盐水 5mL)保留 5 min,抽出导尿管,无液体流出,术后静脉抗菌治疗 7d。禁止性生活 1 周,嘱其保持愉快心理,注意休息及外阴清洁,并告之下个月经周期的排卵期进行正确的性生活。1998 年 5 月复诊,妊娠 40d。

4 讨论

在临床上引起女性不孕症的原因是多方面的,如神经精神因素,子宫、卵巢及外阴先天发育不良,遗传免疫因素。但各种原因引起的输卵管阻塞亦是不孕症的重要原因之一。在大、中型医院利用宫颈导管、通气机等设备早已开展输卵管通气、通液诊断兼治疗。基层医院因设备不全,难以推广。笔者在临床上,根据双腔导尿管的性能,试用双腔导尿管行输卵管通气、通液术,取得了良好的临床效果。这种双腔导尿管管身挺好,弹性适中,表面光滑,容易插入;生物相容性好,球体强度高,偏心率小,注水后的气囊依靠重力及外在牵拉力,刚好能封闭宫颈口,优质单向阀,注入液体方便,不泄漏,密闭性好,固定方便,安全可靠;引流管通畅、通气、通液操作方便。通过 20 例应用,认为采用双腔导尿管行输卵管管道通气、通液术,取材容易,价格适宜,操作无交叉感染,术后无不良反应,值得基层医院推广使用。

(收稿日期: 2004 - 01 - 02)