

# 子宫输卵管造影对输卵管阻塞性不孕症的检查诊断

曾玉华

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

**摘要:**目的:评价子宫输卵管造影检查在输卵管阻塞性不孕症诊断中的应用价值。方法:不孕症妇女 1 000 例,年龄 20~36 岁,平均 26 岁。月经干净 3~7d 在电透下行子宫输卵管造影检查并摄片分析。根据输卵管不同阻塞部位分为 3 级,根据阻塞输卵管的形态分为三度。结果:诊断输卵管性不孕 882 人,其中双侧输卵管异常者 698 人,单侧异常者 184 人,累及输卵管 1 580 条。结论:子宫输卵管造影在输卵管阻塞性不孕的诊断与治疗中起着重要的作用。

**关键词:**放射摄影术;输卵管;不孕症

中图分类号:R 711.76

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0070-02

不孕症是计划生育科常见的疾病,其病因较多,近年来由于晚婚、晚育、人工流产和性传播疾病的增多,其发病率在不断上升。其中,输卵管阻塞病变已成为女性不孕的重要原因之一,文献报道发病率为 20%~50%。现将我院 2000~2007 年 1 000 例不孕症患者子宫输卵管造影资料进行分析、整理报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 本组不孕症患者 1 000 例,年龄 20~36 岁,平均 26 岁。其中原发不孕者 68 例,继发不孕者 932 例。继发不孕者中 73 例有生育史,31 例有一侧输卵管妊娠手术史,其余患者均有人工流产史。

**1.2 方法** 子宫输卵管造影选择在月经干净后 3~7d 进行。术前常规做碘过敏实验,检查时患者仰卧于胃肠 X 线机检查床上,取膀胱截石位,在透视监视下用头端带有锥形橡皮塞的金属通水器置入宫腔,然后逐渐加压注入 60% 的泛影葡胺 20mL (碘过敏者用非离子型造影剂),当注入部分造影剂使输卵管刚好充盈显影,造影剂尚未进入盆腔时拍第一张片,注入余下造影剂拍第二张片。将输卵管病变阻塞部位分为三级:1 级为间质部、峡部阻塞;2 级为壶腹部阻塞;3 级为伞部阻塞。将病变输卵管形态分为三度:Ⅰ度为管壁光滑,走行自然或伴有轻度扩张积水;Ⅱ度为管壁光滑,走行明显迂曲,中度扩张积水;Ⅲ度为管壁毛糙,僵直如锈铁状,重度扩张积水。凡是输卵管有不同程度阻塞,造影剂通过不畅而子宫无明显异常者均视为输卵管阻塞性不孕。

## 2 结果

子宫、输卵管完全正常 110 例,占 11%;子宫畸形 8 例,占 0.8%;子宫无明显异常,有输卵管不同程度的阻塞,诊断为输卵管阻塞性不孕 882 例,占 88.2%。其中,双侧异常者 698 例,占 79.1%;单侧异常者 184 例,占 20.9%,累及输卵管 1 580 条。

## 3 讨论

正常受孕必须具备正常的输卵管功能,包括输卵管平滑肌蠕动及其上皮细胞纤毛的推动。此外,输卵管必须通畅,任何部位的阻塞均可影响正常受孕,导致输卵管阻塞性不孕<sup>[1]</sup>。输卵管阻塞性不孕的诊断主要依赖于子宫输卵管造影检查。传统的检查方法是应用 40% 的碘化油 5~10mL 作造影剂,由于

观察时间长,碘油不易被吸收以及静脉逆流会形成油栓等缺点,目前几乎被子宫输卵管碘水造影取代。在本组资料中,碘过敏实验阴性者全部使用 60% 泛影葡胺,阳性者应用非离子型造影剂,无一使用碘化油造影。检查时在电视监视下进行,观察到输卵管刚好显影而造影剂尚未大量进入盆腔时拍第一张片,该片能清楚地显示输卵管形态及阻塞部位。然后注入余下的造影剂拍第二张片,使输卵管充分显影,此片能显示输卵管积水扩张的程度。结合前后 2 张片分析即可获得阻塞输卵管的影像资料,从而做出正确诊断。本组资料中输卵管不同程度阻塞的发生率高达 88% 以上,高于文献报道<sup>[2,3]</sup>,表明该病近年来发病明显增多。

输卵管全长 8~14cm,在解剖上分 4 部分:间质部位于子宫壁内,较短,相当于宫角尖部;峡部是从宫角尖端开始较细长的部分;壶腹部是续于峡部的膨大部位;伞部位于壶腹部的远端<sup>[4]</sup>。输卵管各部位阻塞导致输卵管阻塞性不孕在治疗方法上有所不同,目前针对输卵管不同部位阻塞的治疗方法主要有经宫腔内再通术、妇科手术、体外受精和胚胎移植等<sup>[5]</sup>。各种治疗方法的选择除了根据输卵管的阻塞部位外,还要根据阻塞输卵管的表现而定,因而子宫输卵管造影在输卵管阻塞性不孕症诊断与治疗中起着重要的作用。为了使诊断更好地为治疗方案选择提供参考,正确选择适应证患者,现将阻塞输卵管的不同 X 线表现进行总结分类。按输卵管阻塞部位不同分为三级:1 级为输卵管间质部及峡部的阻塞,由于阻塞部位近,经宫腔内各种再通术容易到达阻塞部位,因而成功率高;2 级为输卵管壶腹部阻塞,部位相对较远,经宫腔内再通术可以获得成功,但有一定困难;3 级为输卵管伞部阻塞,由于阻塞部位远,经宫腔内再通术难以获得成功,文献报道可用线形翻转式导管引导输卵管镜进行再通,或者行腹腔镜矫治术<sup>[6]</sup>。根据阻塞输卵管的形态不同分为三度:Ⅰ度为输卵管走行自然,管壁光滑或伴有轻度积水,其病程短,病变轻,多为一般炎症或黏液栓塞所致,经宫腔再通术成功率高,预后较好;Ⅱ度为输卵管管壁光滑,走行明显扭曲,中度积水,其病史相对较长,有盆腔粘连,经宫腔再通术对治疗有一定帮助,但成功

# 鼻内镜手术 187 例全麻处理体会

苑克进 林荣芳 邵俊惠

(山东省威海市文登中心医院 威海 264400)

关键词:鼻内镜手术;全身麻醉

中图分类号:R 614.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)01-0071-01

鼻窦内镜手术目前已成为治疗慢性鼻窦炎与鼻息肉的首选方法,以其手术视野好、手术精细程度高、手术彻底而收到良好的治疗效果。以往手术大多数采用局部麻醉,我院自开展此手术以来,根据病情及手术情况选择实施全身麻醉+气管内插管,或辅

以控制性降压的麻醉方法。现总结 187 例报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 187 例 ASA I-III 级患者,因鼻息肉及副鼻窦炎等接受手术治疗,男 106 例,女 81 例,年龄 18~65 岁,平均 38.1 岁,体重 40~90kg。其中合并高血压患者 12 例,糖尿病 2 例,冠心病史者 22 例。手术种类包括:鼻中隔偏曲、单侧或双侧鼻窦炎、鼻息肉以及手术后复发再次手术等,手术时间 0.5~4h。

1.2 麻醉方法 术前肌注苯巴比妥钠 0.1g,阿托品 0.5mg。入室后开放静脉,术中用监护仪监测血压、心率、呼吸、心电、血氧饱和度。麻醉诱导:丙泊酚 2.5mg/kg,芬太尼 5~6 $\mu$ g/kg,维库溴铵 0.1mg/kg。静注后快速诱导气管内插管,气管内插管前端涂抹丁卡因胶浆。用麻醉机控制呼吸,全麻维持用芬太尼、维库溴铵单次静脉注射,根据麻醉深浅辅助异丙酚微量泵入或安氟醚/异氟醚吸入,手术结束后常规用新斯的明拮抗肌松药。

## 2 结果

2.1 麻醉结果 术中患者处于全麻状态,手术顺利进行,25 例因手术中创面渗血较多使用硝酸甘油进行控制性降压。术毕患者苏醒按照全麻苏醒拔管的标准拔除气管导管。

2.2 不良反应 术中出现心律失常 3 例,其中 2 例为室性心律失常,1 例为室上性,经处理后均消失;无拔管后喉痉挛发生。

率和预后不如 I 度好;III 度为输卵管管壁毛糙,僵直如锈铁丝状,重度积水,其病史长,粘连重,多见于结核或严重的慢性炎症,经宫腔内再通术难以成功,且预后较差,主要考虑体外受精和胚胎移植等治疗。此外,因输卵管异位妊娠手术及妇科经扎术所致的输卵管性不孕,造影表现与输卵管阻塞 I 级 I 度表现相当,其治疗只能采取输卵管吻合术<sup>[5]</sup>,因而在诊断和治疗时还需询问病史。

子宫输卵管造影对输卵管阻塞性不孕症的诊断可为各种治疗方法的选择提供重要的参考,同时也能够为输卵管阻塞性不孕症的预后判断提供依据。

## 3 讨论

目前在国内,局部麻醉仍然是内镜鼻窦手术的主要麻醉方式<sup>[1]</sup>。由于鼻内手术操作部位深在、视野小,操作精细,手术过程中对鼻窦部骨性结构的手术操作给患者带来不适及恐惧感,术中患者难以很好地配合手术的进行,出现体动、呻吟,给施术者精细操作带来困难,而导致手术时间延长、出血及意外损伤增加,治疗不彻底,有些患者甚至中途放弃手术。而行气管插管全麻能有效地消除这些不良反应。

周兵等将鼻窦病变分型,为选择麻醉方式提供依据,认为手术范围大及反复多次手术应首选全麻<sup>[2]</sup>。但由于手术部位及手术自身的一些特点:部位深在,邻近结构重要,容易出血等,因此对全身麻醉的要求又有别于其他手术。(1)鼻内镜手术面临的首要困难是在理想的麻醉前提下控制出血,创面出血会使术野不清,不利于直视下进行手术,延长手术时间,常影响手术质量,国外此类手术常规在控制性降压麻醉下进行。对患有高血压、术中估计出血较多者控制性降压麻醉有助于减少出血<sup>[3]</sup>。(2)在手术开始时使用血管收缩剂肾上腺素纱条填塞鼻道,由于安氟醚/异氟醚吸入麻醉时,可引起心肌对儿茶酚氨的敏感性,在麻醉过程中需注意心律失常的发生,并维持一定的麻醉深度。(3)在手术过程中应了解手术进程,随时与手术医生保持联系,尤其在手术快结束作下鼻甲黏膜部分切除时,手术对病人刺激较大,且此步骤手术操作时间又难以确定,此时宜加深麻醉,最好使用作用时间短的麻醉药物如异丙酚等,以免病人突然苏醒出现体动、呛咳等,导致出血影响手术操作,或发生意外损伤、气管导管脱落等。(4)鼻内镜手术部位邻近气道,因此手术过程中对呼吸道的管理尤为重要,应随时注意保证呼吸(下转第 89 页)

分级、分度越低再通成功率越高,预后越好,也是治疗的最佳适应证,反之则治疗困难且预后不佳。

### 参考文献

- [1]曹泽毅.中华妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1999.2 324-2 325
- [2]吕晓虹.输卵管阻塞性不孕症治疗进展[J].中国计划生育杂志,2002,10(3):184-186
- [3]金初国,李诚信.应用不可塑形导管经宫颈插管行输卵管再通术[J].中华放射学杂志,1998,32(1):59-60
- [4]陈焜贤.实用放射学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998.746-747
- [5]刘彦.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,2000.95

(收稿日期:2008-08-04)