

输卵管介入再通术治疗不孕症 (附 50 例报告)

高新玲^① 孙 华 张民友 郑 岗^② 崔 健

输卵管阻塞引起的女性不孕在临床上较多见,约占不孕妇女 30%~50%,传统治疗方法疗效不甚满意。选择性输卵管造影(selective salpingography)及输卵管再通术(fallopian tube recanalization)为输卵管阻塞性不孕开辟了一条简便而实用的治疗途径。作者介绍一种自制同轴导管装置,利用数字减影血管造影(DSA)仪器导向,经子宫输卵管途径,行选择性输卵管造影及再通术。现收集我院 1997 年 6 月至 1998 年 4 月资料完整的 50 例治疗结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 资料 不孕妇女 50 例,年龄 24~38 岁,平均 29.3 岁。原发性不孕 31 例,继发性不孕 19 例。14 例曾做过子宫碘油造影,显示双侧输卵管间质部阻塞 8 条,双侧峡部阻塞 4 条,单侧间质部阻塞 5 条,单侧峡部阻塞 7 条,单侧壶腹部粘连、积水 4 条,7 例行 B 超下双氧水造影,证实双侧或单侧不通,29 例 2~5 次行宫腔通液、通气,证实输卵管不通。

1.2 造影方法

(1)器械:用 8~9F 血管造影导管及球囊扩张导管改制,长约 25~30 cm,前端弯曲呈弧形,作为外套管,用 4F 导管制成内导管,其内可通过 0.025~0.028 英寸超滑导丝,使用 DSA 设备,造影后可获得一组高清晰度与对比度的减影图像,通过录像机重放功能,可动态重复观察造影剂流经输卵管的全过程,以判断其通畅性、阻塞部位及盆腔中造影剂弥散情况,再现病变段输卵管的形态学改变,为施行介入再通治疗提供可靠依据。

(2)造影剂:选用复方泛影葡胺或 300 mg I/mL 欧乃派克,术前常规做静脉碘过敏试验。

(3)操作方法:病人取截石位,常规消毒铺巾,先用球囊导管行子宫造影,全面了解子宫形态、大小、位置及输卵管走行、通畅性等,以选择合适弯曲度同轴导管,于透视监视下选择性插入子宫角部或近端输卵管,试注少量造影剂确认。当证实后用高压注射器以 0.5 mL/s 速率注入造影剂 3~6 mL,并减影摄片。如见造影剂已进入盆腔。表明输卵管已复通,随后退出导管维持通液治疗;如间质部或峡部仍阻塞,则行再通术。再通的方法是经同轴导管送入微细超滑导丝,在阻塞端轻柔往复移动并逐渐推进,直至畅通;如壶腹部阻塞,可经同轴导管再缓慢加压注射使粘连被分离。再通后及时行子宫输卵管造影予以证实,并给予 0.2% 甲硝唑液 6~8

mL+地塞米松 10 mg 维持治疗,三个月后复查或重复治疗。

2 结果

50 例中,选择性输卵管插管造影及再通术共 100 条次,造影显示双侧输卵管间质部阻塞 18 条,双侧峡部阻塞 16 条,单侧间质部阻塞 31 条,单侧峡部阻塞 29 条,6 条双侧均通畅。再通术后 49 条间质部阻塞中 28 条获再通,再通率 57.1%,45 条峡部阻塞中 12 条再通,再通率 26.7%,未能复通的 54 条输卵管经选择性输卵管造影有 25 条明确了病变性质(结核,粘连性输卵管积水,纤维化输卵管),插管成功率 94%。6 条因子宫角闭塞、子宫发育畸形及子宫位置不正失败。全部病例 DSA 图像显示清晰,对输卵管阻塞部位、程度、性质及盆腔中造影剂弥散情况等能提供准确可靠影像学诊断依据,再通术后 6 个月随访 20 例,其中原双侧间质部阻塞中受孕 2 例,单侧间质部阻塞中受孕 1 例,双侧峡部阻塞中受孕 1 例。13 例复查中 8 例保持双侧通畅,2 例双侧间质部再次狭窄,3 例单侧峡部再次粘连。

主要并发症有导丝通过时引起患者一过性腹痛,部分病例术后 2~6 天内出现少量阴道流血。

3 讨论

诸多不孕原因中,输卵管阻塞因素最常见,非手术性输卵管再通术为近年来介入放射学领域治疗不孕症一项新途径。本组病例采用介入再通术治疗不孕症,取得了较满意的效果,结合文献报道,我们有以下体会。

3.1 介入再通术原理及价值 输卵管阻塞使精子和卵子不能结合而发生不孕,选择性输卵管造影的治疗作用是通过造影剂对输卵管的直接推压、分离及增大腔内的流体静压而产生的,从而达到局部再通的目的。即使再通术仍不能复通,由于输卵管造影明确了病变性质、阻塞部位及程度,从而为选用其它治疗方案提供了科学依据。

3.2 再通术的安全性 本技术操作是在 X 线电视监视下进行,所用器械均为血管造影用途的导管、导丝改制而成,它具有可塑性强,表面光滑,无创伤及易操作等特点,利用术前造影尤为 DSA 条件下获取的输卵管病变影像学依据,能准确显示阻塞部位、程度及性质,全面反映子宫形态,病变段输卵管的走行,柔韧度及粘连等情况,避免了选择插管及再通术过程中的盲目性。另 DSA 条件下显像时间快,造影剂用量小,浓度低,省时安全。本组 50 例均无输卵管穿孔、损伤。

3.3 自制同轴导管装置的优点及可行性 国内大多作者行输卵管再通术时采用 COOK 公司生产的真同轴导管系列,该装置操作过程中要求真空帽与宫颈口大小完全吻合,凭借

① 710068 陕西省人民医院数字减影室

② 妇产科

宫腔内滞留造影剂导向,虽选择插管到位率高,但结构复杂,价格贵,且操作繁琐,重复使用率较低。本组病例均采用自制同轴导管装置,其外套管短而轻巧,内导管柔软而光滑,极易滑向子宫角部,且成本低廉,能重复使用,为更多门诊患者所能接受。本组选择插管成功率为 94%,与文献报道相近。

3.4 适应症 术前应排除碘过敏体质、生殖系结核(子宫内膜结核)等病变。一般各段输卵管阻塞均可行再通术。间质部阻塞者以再通治疗为主;峡部、壶腹部阻塞者以选择性输卵管造影为主。本组两者再通率分别为 57.1% 及 26.7%,说明输卵管阻塞部位不同其再通效果也不尽相同。对瘢痕子宫、输卵管形态分别呈“三叶草状”及囊状扩张者应尽可能免除机械性损伤,以减少并发症。

参 考 文 献

- 1 Thurmond AS, et al. Fallopian tube obstruction: Selective Salpingography and recanalization. work in progress Radiology, 1987, 163:511
- 2 Donnez J, casanas-Roux F. Histology: a prognostic factor in proximal tubal occlusion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1988, 29:33
- 3 郎景和, 吴葆桢. 要重视不孕症的诊断和治疗. 中华妇产科杂志, 1989, 24:194
- 4 Sulak P J, letterie GS, Coddington cc, et al. Histology of proximal tubal occlusion. Fertil, 1987, 48:437
- 5 吴文劲, 王先岭, 文进春. 等 选择性输卵管造影与再通术对阻塞性不孕的疗效分析. 中华放射学杂志, 1994, 11:777

(收稿日期:1998-09-24)

肝包虫少见的 CT 表现(附 3 例报告)

桂东川^① 唐 敬 王 静

例 1 男, 33 岁。主诉右上腹胀痛不适半年。B 超检查示肝右叶可见 8.7cm × 7.2cm 类圆形占位, 边缘欠清晰, 内部回声欠均匀, 可见液性暗区。CT 扫描示肝右叶可见 9.6cm × 7.6cm × 11.0cm 类圆形占位, 内见 5.0cm × 4.5cm × 6.0cm 液性低密度, 其外环绕厚约 1.5cm 中等密度带, CT 值 48Hu, 其中夹杂数毫米的小低密度区, 该带与正常肝组织间另见一低密度带环绕, CT 值 31Hu, 整个病灶呈“同心圆征”(图 1)。增强后, 整个病灶未见强化, 但与正常肝组织分界清楚。

例 2 男, 56 岁。肝区胀痛一年余。B 超示肝右叶顶部见约 12.0cm × 10.5cm × 10.0cm 囊性占位, 壁厚薄不均, 边界清。CT 扫描示: 肝右叶顶部见约 13.5cm × 11.8cm 类圆形占位, 部分突向肝表面, 与肝交界部分分界清, 其内见 9.8cm × 9.0cm × 9.0cm 巨大囊性低密度, 内呈液性密度, CT 值 21Hu, 该低密度与肝组织间见一中低密度带, 宽窄不等, CT 值 58Hu, 其内夹杂数枚约 1.0cm × 1.0cm 类圆形低密度(图 2)。增强后, 病灶无强化。

例 3 女, 20 岁。体检 B 超发现肝右叶下极见两处类圆形占位, 似相连, 内部回声不均。CT 扫描: 肝右叶下极见外观

呈“葫芦”状中低密度占位, CT 值 42Hu, 内见一圆形更低密度, 大小约 1.2cm × 1.5cm, CT 值 17Hu, 与周边中等密度区分界清(图 3)。增强后, 病灶内无强化。

三例手术病理证实为肝包虫退行性改变。

讨论 在发生退行性变过程中的包虫囊肿与典型的包虫囊肿有明显的区别。单纯典型包虫 CT 表现为单发或多发的圆形、类圆形液性密度影, 边缘光整、清晰, 囊液密度均匀, CT 值 -5Hu ~ 20Hu, 囊壁为单层(即外囊), 厚约 0.1cm ~ 0.3cm。而发生退行性变的包虫囊肿, 由于蛋白质的变性, 久之囊液吸收减少, 囊液中液性成份减少, 有形成份凝集、纤维素的沉积, CT 图像上便出现了中低密度带。因此形成了由残存子囊内的液性密度、浓缩的内囊液呈中低密度、正常肝组织的等密度这三种不同密度组成的特殊 CT 征象, 且分界清晰, 反映包虫囊肿发生退行性改变过程中的特殊阶段。此外, 在包虫囊肿发生退变过程中, 内囊因生机衰退而逐渐变性, 脆弱易破, 少量囊液外溢, 在邻正常肝组织间形成一弧形或圆形低密度带, 并易发生感染, CT 图像便出现“同心圆征”。

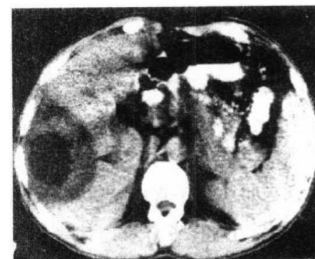


图 1

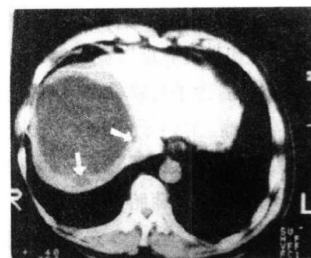


图 2



图 3

(收稿日期:1998-09-16)

^① 833400 新疆博乐农五师医院 CT 室