

# 双球囊同轴导管导丝再通治疗近端输卵管阻塞

苟辉亮

(贵航平坝303医院放射科, 贵州平坝 561100)

**[摘要]** 目的: 探讨 DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗近端输卵管阻塞的效果。方法: 140 例经输卵管造影证实诊断为不孕症患者, 应用 DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通近端输卵管介入治疗, 观察治疗后的输卵管通畅情况, 追踪 1~12 月的受孕情况。结果: 140 例患者 240 条输卵管阻塞再通成功 129 例共 221 条, 成功率为 92.08% (129/140); 受孕 67 例, 受孕率为 51.9% (67/129)。结论: DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗近端输卵管阻塞临床疗效显著。

**[关键词]** 输卵管; 阻塞; 不孕症; DBH-100 双球囊同轴导管

**[中图分类号]** R711.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)04-0406-02

输卵管因素不孕占不孕妇女的 30% ~ 40%<sup>[1]</sup>。本文收集自 2006 年 1 月 ~ 2012 年 12 月应用 DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗近端输卵管阻塞患者 140 例, 报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 140 例均为门诊诊断不孕症患者, 行输卵管造影证实为近端输卵管阻塞, 其中双侧输卵管阻塞 100 例, 单侧输卵管阻塞 40 例, 年龄 18~44 岁; 原发不孕 23 例 (16.4%), 继发不孕 117 例 (83.5%); 在继发不孕患者中妊娠 1 次 58 例 (49.6%), 2 次或 2 次以上妊娠 11 例 (9.4%)。排除处于生殖器炎症活动期、生殖器结核、有严重心脏疾患不能配合手术者、输卵管吻合术后及有碘过敏史患者。根据子宫输卵管造影显示输卵管通畅程度, 把间质部和峡部梗阻归纳为近端梗阻, 把壶腹部、伞部梗阻和盆腔粘连归纳为远端梗阻<sup>[2-3]</sup>。

**1.2 方法** 经 B 超常规检查排除盆腔肿块、卵巢因素所致不孕及男子精液检查排除男方因素不孕。术前 1 个月在月经干净 3~7 d 内进行输卵管 76% 泛影葡胺 20 mL 造影术证明为近端输卵管阻塞, 近 7 d 内无性生活史, 术前做碘过敏试验。患者取膀胱截石位, 在日立 TU-41 胃肠机检查床上行输卵管造影术。常规消毒外阴阴道, 铺无菌巾, 消毒阴道, 探查子宫及阴道, 窥阴器暴露宫颈, 以宫颈钳将子宫体牵拉成中位, 沿宫颈口插入 DBH-100 双腔气囊导管于宫颈内口上 1~2 cm, 先注入生理盐水 3 mL 气囊内固定导管, 再经由 COOK 公司 DBH-

100 双球囊 9F 导管引入, 在 X 线透视下将 FTC-550-NT 的 5F 同轴导管插入输卵管口, 退出导丝注入 3% 的碘海醇 10 mL, 先行选择性输卵管口造影术, 观察输卵管及子宫的全部形态, 仔细观察输卵管的粗细、长度、是否有扭曲, 是否有梗阻及梗阻的部位, 正确做出诊断, 然后摄第 1 张 X 线片。如输卵管不通再导入 3F 导管至 5F 导管的尖端, 用 3F 管内的导丝疏通阻塞部位, 一旦导丝通过阻塞部位, 即将 3F 导管向前推进达疏通部位, 退出 0.035' 泥鳅导丝, 注入造影剂, 输卵管通畅正常摄第 2 张片后, 再注入加有地塞米松 5 mg, 庆大霉素 8 U 及糜蛋白酶 4 000 U 的生理盐水 20 mL。同样的方法做对侧输卵管。

**1.3 观察指标** 观察再通术后输卵管再通情况及追踪 1~12 月受孕情况。

## 2 结果

140 例患者 240 条输卵管阻塞再通成功 129 例共 221 条, 成功率为 92.08% (129/140), 受孕 67 例, 受孕率为 51.9% (67/129)。不成功的 11 例共 19 条输卵管中, 双侧阻塞的 3 例共 6 条, 近端再通伞端扩张积水的 8 例共 13 条。有导丝通过时引起患者一过性腹痛, 部分病例术后 2~6 d 内出现少量阴道流血。

## 3 讨论

输卵管因素所致不孕是女性不孕最常见的原

因,而输卵管不孕最常见的原因是继发于人工流产、药物流产以及生产以后的感染,多因为淋球菌、衣原体、支原体感染造成输卵管炎症、水肿、渗出及炎性细胞浸润,使输卵管内膜的完整性被破坏发生堵塞或输卵管周围炎性病变导致输卵管周围粘连、输卵管扭曲,从而影响输卵管的拾卵、运卵及受精功能,导致不孕<sup>[2-4]</sup>。输卵管间质部长约 1 ~ 3.5 cm,走向弯曲。间质部与峡部间的连接部管腔狭窄,管径可小至 200  $\mu\text{m}$ ,构成复杂,是子宫三层肌组织与输卵管肌层的转折点,来自间质部最内层的纵行肌纤维以螺旋交叉形式排列,环绕管腔进入峡部,形成近端输卵管管腔狭小并弯曲,以致该部肌壁厚,适用于导丝分离术。

DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗近端输卵管阻塞的机制是借助导丝、导管的机械性疏通、扩张作用,使间质部及峡部的堵塞物、黏液栓被冲走,从而使粘连松解,消除阻塞达到再通的目的。再加上生理盐水的冲击力,庆大霉素抗炎、地塞米松及糜蛋白酶防止再粘连,对输卵管间质部及峡部梗阻的治疗效果更佳,但对伞端阻塞的患者治疗效果欠佳<sup>[5]</sup>。因输卵管伞端形成闭锁,成为盲端,注入造影剂后见造影剂潴留于远端形成积液,导致张力大,导丝难以疏通,造成静脉淋巴回流,手术失败。DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗近端输卵管阻塞特点是球囊固定好,导丝细,易操作;优点是患者不需麻醉,不开刀,创伤小,术后恢复快,治愈率较高,受孕率高,具有诊断及治疗的目的。而且术后给予静孢曲松钠、甲硝唑和妇科千金片持续抗感染 1 周<sup>[6-7]</sup>,可减少患者痛苦又可防止再次感染,可提高妊娠率。140 例近端输卵管阻塞患者用 DBH-100 双球囊同轴导管导向 COOK 导丝再通治疗后成功率为 92.08%,受

孕 67 例,受孕率为 51.9%。由于输卵管再通治疗时可导致内膜的损伤,即使输卵管通了,也难受孕,因此强调术后用庆大霉素、地塞米松、糜蛋白酶组成的药液,反复及通水至 2-3 个月,是治疗成功的关键<sup>[8]</sup>。但疗效究竟比宫腔镜介入术治疗后受孕率高多少,还有待于进一步观察。

## 4 参考文献

- [1] 丁守良,李广琪,任建政,等.介入治疗输卵管梗阻性不孕 3 000 例分析[J].现代医用影像学,2007(3):139-140.
- [2] 李宏,王靖辉,郭海鸥,等.输卵管梗阻部位对输卵管介入再通术的影响[J].浙江中西医结合杂志,2010(10):622-623.
- [3] 赵峰,李文胜.选择性输卵管造影与再通术在诊治阻塞性不孕中的价值[J].实用医技杂志,2010(4):368-369.
- [4] 李忠民,庞秀英.选择性输卵管介入再通术在阻塞性不孕中的临床应用及价值[J].中国社区医师,临床专业,2012(1):139.
- [5] 喻敬恩,程有生.改制 DBH-100 双球囊导管及 JSA-2500 导管在输卵管介入中的临床应用[J].南昌大学学报(医学版),2012(1):52-53.
- [6] 陈毓秀,李广琪,康军,等.输卵管梗阻介入治疗 518 例分析[J].中国误诊学杂志,2011(28):6937.
- [7] 王俊,谭一清,王亚瑟,等.介入再通术联合丹参注射液灌注治疗输卵管阻塞性不孕症的疗效及护理[J].当代医学,2011(14):99-101.
- [8] 史俊霞.介入治疗输卵管近段阻塞的临床疗效分析[J].临床医学,2012(4):89-90.

(2013-04-08 收稿,2013-06-15 修回)

编辑:潘 娅

(上接第 405 页)

- 术病人气管拔管应激反应的影响[J].中华麻醉学杂志,2005(7):501-504.
- [2] Hartley M, Vaughan RS. Problems associated with tracheal extubation [J]. *Br J Anaesth*, 1993(4):561-568.
  - [3] 庄心良,曾因明,陈伯銮.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,2004.
  - [4] 阳兴,黄漫.右美托咪啶对瑞芬太尼复合丙泊酚靶控输注麻醉苏醒期的影响[J].国际医药卫生导报,2010(11):1336-1337.
  - [5] MacDonald E, Scheinin M. Distribution and pharmacolo-

gy of alpha 22 adrenoceptors in the central nervous system [J]. *J Physiol Pharmacol*, 1995(3):241-258.

- [6] Coursin DB, Coursin DB, Maccioli GA. Dexmedetomidine [J]. *Curr Opin Crit Care*, 2001(4):221-226.
- [7] Menda F, Kner O, Sayin M, et al. Dexmedetomidine as an adjunct to anesthetic induction to attenuate hemodynamic response to endotracheal intubation in patients undergoing fast-track CABG[J]. *Ann Card Anaesth*, 2010(1):16-21.

(2013-04-27 收稿,2013-05-29 修回)

编辑:周 凌