

宫、腹腔镜联合治疗女性不孕症 452 例的临床分析

余丽辉,何亚琼

(长沙市中心医院妇产科,湖南长沙 410014)

摘要: **目的** 探讨宫、腹腔镜联合技术对不孕症患者盆腔病变的临床应用价值。**方法** 应用宫、腹腔镜对 452 例不孕症患者进行宫腔、盆腔检查,并双侧输卵管美蓝通液术动态了解输卵管通畅情况,同时进行治疗性操作。**结果** 452 例不孕症患者中有盆腔炎 157 例(34.73%),子宫内膜异位症 51 例(11.28%),多囊卵巢 116 例(25.66%)。盆腔炎是输卵管梗阻的最主要的原因,其次为盆腔结核。对 I 期和 II 期子宫内膜异位症患者,行病灶清除术及粘连分解术,术后妊娠率达 64.17%。**结论** 宫、腹腔镜可以明确不孕症的宫腔及盆腔原因,观察输卵管通畅情况,同时给予手术治疗,疗效确切,值得推广。

关键词: 宫腹腔镜; 不孕症; 盆腔病变; 子宫内膜异位症

中图分类号:R711.6 文献标识码:A

Observing the Palace Peritoneoscope Diagnosis and Treatment in 452 Cases of Female Infertility for Pelvic Diseases

YU Lihui, HE Yaqiong

(Department of Gynaecology and Obstetrics, the Central Hospital of Changsha City, Changsha, Hunan 410014, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the efficacy of the palace peritoneoscope diagnosis and treatment of female infertility for pelvic diseases. **Methods** Diagnostic palace peritoneoscope was conducted in 452 cases of infertility for pelvic diseases and experiment with methylene blue fluid dynamically examined the conditions of Fallopian tubes, and remedial operation was performed simultaneously. **Results** Pelvic diseases were found in 157 cases(34.73%), of pelvic inflammation diseases, 51 cases(11.28%) of endometriosis (EMS), 116 case(25.66%) of polycystic ovary syndrome. PID and Pelvic tuberculosis were the first two etiological factors of obstructed Fallopian tubes. After the operations of focus clearance, pelvic adhesiolysis and peritoneal fluid's clearance, the cumulative pregnancy rates were 69.00%. **Conclusion** Diagnostic of the palace peritoneoscope can be used to identify the pelvic diseases related to infertility, to examine the conditions of fallopian tubes and to perform simple operations simultaneously. The therapeutic efficacy of diagnostic laparoscopy for the early mild endometriosis was reliable that it should be generalized in primary hospitals.

Key words: the palace peritoneoscope; infertility; pelvic inflammation diseases; endometriosis

随着社会发展进步,食品问题及周围环境的恶化,生育年龄推迟等诸多原因,不孕症发生率有明显增高趋势,很多患者通过传统的检查方法找不到原因,而宫腔镜、腹腔镜是近年来逐渐发展成熟的医疗技术,它集现代光学,电子学和机械学为一体,为妇科疾病的诊治提供了一种更新的途径,它能明确病

因,能针对病因进行治疗。现将本院 2008 年 5 月 ~ 2012 年 5 月间 452 例不孕症患者宫、腹腔镜诊治女性不孕症的结果作出分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008 年 5 月 ~ 2012 年 5 月本院因不孕症行宫、腹腔镜检查的女性患者 452 例,年龄 21 ~ 42 岁,平

均 30 ± 3.06 岁,其中原发不孕症 296 例,占 65.49% (296/452); 继发不孕症 156 例,占 34.51% (156/452),不孕症年限 1~19 年(平均 4.07 ± 2.78 年)。准入标准:所有患者丈夫各项检查均在正常范围内,患者本人术前各项常规检查结果正常,无手术禁忌症,并于月经干净后 3~7 天内进行手术。腹腔镜手术指征:(1)经双侧输卵管造影,提示有输卵管不通或积水;(2)合并盆腔包块或怀疑子宫内膜异位症(endometriosis,EMS);(3)不孕症原因不明;(4)迫切要求生育者。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 在全身麻醉下,患者取仰卧位及膀胱截石位,分别使用美国 STRYTER 宫腔镜及腹腔镜系统,术中气腹针脐轮上方穿刺顺利,注入二氧化碳气体,压力 14 mmHg,形成人工气腹,置入腹腔镜,依次检查子宫、双侧输卵管、卵巢及盆腔情况,同时行宫腔镜检查观察宫腔形态,内膜厚度及双侧输卵管开口,观察有无异物或肿瘤,如有,观察其位置和形状。腹腔根据不同的情况放入手术器械分解盆腔粘连,并暴露双侧输卵管,同时宫腔镜下找到输卵管开口,对准输卵管并进入宫角部,插入 cook 导丝,注入美蓝液,腹腔镜下观察有无蓝色液体流出,如无蓝色液体流出,再通过外套管插入 3Fr 微导丝疏通,注意进入方向和到达位置,防止导丝遇到阻力时插入输卵管浆膜层或穿孔,再注入美蓝液观察输卵管通畅情况。

1.2.2 输卵管通畅程度的判断 (1)输卵管通畅:宫腔镜下自 cook 导丝注入美蓝液约 6~10 mL,镜下见美蓝液自输卵管伞端流出顺利,输卵管无局限性扩张。(2)输卵管部分梗阻:宫腔镜下自 cook 导丝注射美蓝液时感觉有一定的阻力,加大压力后推注 6~10 mL 液体,伞端有少量美蓝液体流出,如果输卵管呈蓝色,且有明显的伞端扩张者为伞端梗阻,同时腹腔镜下行伞端造口术,宫腔镜下再次通液示美蓝液体流出通畅。如果输卵管无染色也无明显扩张者为狭部梗阻,宫腔镜下 cook 导丝疏通后再次通液示美蓝液体流出通畅。(3)输卵管梗阻:宫腔镜下注射美蓝液时阻力大,用 cook 导丝疏通输卵管间质部及峡部后,加大压力未见伞端蓝色液体流出,输卵管无明显扩张者多为间质部或峡部阻塞,间质部及峡部呈蓝色。

1.3 统计学方法

计数资料采用 χ^2 检验, $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 452 例女性不孕症患者原因分析情况

452 例不孕症患者中盆腔炎 157 例(34.73%), 子宫内膜异位症 51 例(11.28%), 多囊卵巢 116 例(25.66%)。原发不孕的第一原因是子宫内膜异位症,占 26.35% (78/296), 继发不孕症的第一位原因是盆腔炎(PID),占 57.05% (89/156)。原发不孕和继发不孕患者中盆腔炎分别占 22.97% (68/296) 和 57.05% (89/156), 两者比较差异有显著性($\chi^2 = 44.51, P < 0.05$); 原发不孕和继发不孕患者中子宫内膜异位症分别占 26.35% (78/296) 和 24.36% (38/156)。两者比较差异无显著性($\chi^2 = 0.21, P > 0.05$)。见表 1。

表 1 452 例女性不孕症患者宫、腹腔镜检查情况(例,%)

	原发不孕	继发不孕	合计
盆腔炎	68(22.97)	89(57.05)	157(34.73)
子宫内膜异位症	78(26.35)	38(24.36)	116(25.66)
多囊卵巢	44(14.86)	7(4.49)	51(11.28)
盆腔结核	40(13.51)	7(4.49)	47(10.40)
正常盆腔	18(6.08)	9(5.77)	27(5.97)
女性生殖器发育异常	8(2.70)	0(0.00)	8(1.77)
子宫肌瘤	10(3.38)	2(1.28)	12(2.65)
子宫腺肌病	5(1.69)	1(0.64)	7(1.55)
子宫内膜息肉	20(6.77)	1(0.64)	21(4.65)
纵膈子宫	5(1.69)	2(1.28)	6(1.33)
合计	296(100.00)	156(100.00)	452(100.00)

2.2 452 例女性不孕症患者宫、腹腔镜检查输卵管通畅程度分析

本组 452 例不孕症患者中共计 904 条输卵管,其中 8 条曾因异位妊娠输卵管被切除,18 条因严重盆腔炎导致盆腔封闭无法暴露输卵管而无法显示输卵管通畅情况。输卵管通畅者 522 条,占 57.74% (522/904)。输卵管不全梗阻者 76 条,占 8.41% (76/904)。输卵管完全梗阻者 280 条,占 30.97% (280/904)。盆腔炎中输卵管完全梗阻者占 213 条,占 67.83% (213/314)。输卵管通畅及不全梗阻者 90 条,占 28.66% (90/314), 两者比较差异有显著性($\chi^2 = 129.69, P < 0.05$)。子宫内膜异位症中输卵管完全梗阻者 10 条,占 4.31% (10/232)。通畅及不完全梗阻者 221 条,占 95.26% (221/232)。两者比较差异有显著性($\chi^2 = 383.81, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 452 例女性不孕症患者宫、腹腔镜检查输卵管通畅情况(条,%)

病变	输卵管通畅	输卵管不全梗阻	输卵管完全梗阻	已切除	无法检查	合计
盆腔炎	58(11.11)	32(42.11)	213(76.07)	5(62.50)	6(33.33)	314(34.73)
子宫内膜异位症	201(38.51)	20(26.32)	10(3.57)	1(12.50)	0(0.00)	232(25.66)
多囊卵巢	88(16.86)	8(10.53)	8(2.86)	0(0.00)	0(0.00)	104(11.50)
盆腔结核	23(4.41)	10(13.16)	49(17.50)	2(25.00)	10(55.56)	94(10.40)
正常盆腔	54(10.34)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	54(5.97)
子宫肌瘤	36(6.90)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(11.11)	38(4.20)
子宫腺肌病	12(2.30)	2(2.63)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	14(1.55)
子宫内膜息肉	40(7.66)	2(2.63)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	42(4.65)
纵隔子宫	10(1.92)	2(2.63)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	12(1.33)
合计	522(100.00)	76(100.00)	280(100.00)	8(100.00)	18(100.00)	904(100.00)

2.3 轻度子宫内膜异位症宫、腹腔镜术后不同时间妊娠率分析

本组 116 例子宫内膜异位症患者均于腹腔镜下行子宫内膜异位症电灼术,卵巢巧克力囊肿剥除术、盆腔粘连松解术,术后对 I 期和 II 期患者共计 120 例进行随访(采用 1985 年美国生育学会(AFS)提出的“修正子宫内膜异位症分期法”)。术后合计妊娠率 64.17%(77/120),除 1 例早孕流产及 2 例异位妊娠病例,其中 I 期为 66.32%,II 期为 54.55%,两种分期比较差异无显著性($\chi^2 = 1.085, P > 0.05$)。术后 6 个月内妊娠率为 38.33%(46/120),6~12 个月内妊娠率为 18.33%(22/120),两者之间比较差异有显著性($\chi^2 = 11.82, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 轻度子宫内膜异位症患者术后不同时间妊娠率比较

病例分期	随访(例)	手术后妊娠患者(例)			共计妊娠	
		<6月	6~12月	>12月	例	百分率(%)
I 期	98	37	20	8	65	66.32
II 期	22	9	2	1	12	54.55
合计	120	46	22	9	77	64.17

3 讨论

3.1 宫、腹腔镜对不孕症原因的分析

本组资料显示,盆腔炎、子宫内膜异位症是引起不孕症的常见原因,在原发不孕症原因中,子宫内膜异位症占首位。继发不孕症中盆腔炎占主要地位,可能与盆腔炎引起盆腔粘连,卵巢输卵管被粘连带包裹引起排卵障碍以及输卵管拾卵障碍有关。子宫具有储存和输送精子,孕卵着床及孕育胎儿的功能,炎症因子损害输卵管内膜及子宫内膜,影响受精卵的运送,同时可以减低子宫内膜的容受性,影响胚胎

的着床及发育,并且由于炎症感染,女性分泌物内有细菌或病毒,具有杀伤精子的作用,影响受孕^[1]。腹腔镜手术能分离炎症造成的粘连,恢复输卵管卵巢的正常解剖结构,恢复卵巢排卵功能以及输卵管拾卵功能,同时术中通液可以注入抗菌药物,控制或减少炎症的发生。

本组资料还显示多囊卵巢综合症占不孕症的 11.28%。多囊卵巢综合症在腹腔镜诊断的同时可以进行多囊卵巢打孔术治疗,每侧打孔 3~4 个,注意避开卵巢门,避免损伤卵巢皮质血管网,术后可以使卵巢分泌激素水平下降,促进排卵,达到妊娠目的。

以往常规采用 B 超及造影术检查子宫情况,对于较小的子宫内膜息肉容易造成漏诊,宫腔镜直视可以一目了然。本研究中有 15 例患者术前 B 超及输卵管造影均未发现宫腔内占位,但宫腔镜可见宫腔小息肉,并经术后病理证实,考虑小于 3 mm 的子宫内膜息肉 B 超及输卵管造影的诊断准确性差。子宫内膜息肉干扰妊娠机理目前尚不完全清楚,研究与改变胚胎植入所需的内环境有关,与子宫内膜慢性炎症反应阻止精子运输及宫腔占位阻止受精卵与内膜接触有关^[2]。综合考虑对于不孕症患者腹腔镜检查同时行宫腔镜检查可以发现其他常规检查不能发现的子宫内膜病变,并同时治疗,达到提高妊娠率的目的。

女性不孕症患者门诊妇科检查多无明显阳性体征,本组 47 例确诊患者中有 5 例无结核病史及结核症状,此类病人仅凭病史诊断比较困难,进行宫、腹腔镜检查可以发现病灶,根据病理情况明确诊断,宫、腹腔镜检查的同时还可以进行清除病灶及药物治疗。但如果术中盆腔情况较差,输卵管破坏严重,功能受到影响,术后受孕可能性极小,建议与患者及

家属有效沟通后,可以行输卵管结扎术。术后尽早行体外受精胚胎移植术(IVF-ET),以免错过最佳生育年龄。

3.2 宫、腹腔镜治疗输卵管不孕的价值

在传统的不孕症诊治中,普遍是单独使用腹腔镜进行检查,能够诊断治疗宫腔内的良性病变,如子宫黏膜下肌瘤,宫腔粘连,子宫内膜息肉、子宫纵隔及宫腔异物等,但不孕症诊断准确率仅能达到55%左右,特别是对于出现子宫内膜异位症、慢性盆腔炎等并发症的患者,确诊率则更低,而腹腔镜能诊断处理盆腔内许多疾患,如盆腔粘连,输卵管积水、子宫内膜异位症、子宫浆膜下肌瘤等。宫、腹腔镜同时应用能够在直视下观察评估宫腔及盆腔内的情况,对于提高输卵管成形,粘连分离,输卵管造口术等手术操作的成功率具有积极的意义。也是保证患者预后和康复的重要条件。女性不孕症中输卵管性因素占40%,输卵管具有运送精子,摄取卵子及把受精卵运送到子宫腔的重要作用。目前认为,进行腹腔镜下cook导丝插管疏通输卵管是治疗输卵管堵塞导致不孕的首选方法^[3],不仅可以解除输卵管管腔的痉挛,有助于了解输卵管形态及其通畅情况,还可以使导丝直接插入输卵管间质部、峡部,准确进入输卵管管腔内,成功疏通输卵管。

3.3 宫、腹腔镜治疗子宫内膜异位症的价值

关于子宫内膜异位症与不孕症的关系国内外报道较多,重度子宫内膜异位症不孕可能与盆腔粘连影响输卵管排卵和卵巢拾卵有关,卵巢巧克力囊肿与排卵障碍有关。术中根据子宫内膜异位症病灶的范围、部位以及浸润深度而采用不同手术方式。目的在于疏通输卵管,恢复子宫,卵巢输卵管解剖和生理功能^[4],并用大量生理盐水冲洗盆腔,改善盆腔内环境,利于提高术后妊娠率。根据《全国子宫内膜异位症的诊断和治疗规范》,Ⅰ期和Ⅱ期患者术后期待自然受孕半年,并给以生育指导^[5]。术中发现轻度子宫内膜异位症患者的输卵管中大多数是通畅的,有的输卵管阻塞病人中多表现为近端梗阻,故需要考虑同时合并有输卵管炎的可能。子宫内膜异位

症保守性手术不能完全解除诱因,术后复发率高,因此提倡术后尽早妊娠,而且妊娠本身也是一种很好的治疗子宫内膜异位症的手段^[6]。

轻度子宫内膜异位症Ⅰ期和Ⅱ期,对其进行腹腔镜下子宫内膜异位病灶电灼术、盆腔粘连分离术并术后进行随访,结果表明术后累计妊娠率为64.17%,分析Ⅰ期和Ⅱ期不孕症患者术后妊娠率差异无统计学意义,提示腹腔镜手术对于改善轻度子宫内膜异位症的妊娠率作用可靠。而且,本研究显示子宫内膜异位症患者手术后6个月内的妊娠率高于手术后6~12个月,提示随着时间的迁移,子宫内膜异位病灶复发可能性增大,术后妊娠的可能性逐渐降低,最好在术后半年内积极指导受孕。

总之,对于女性不孕症患者宫、腹腔镜检查的同时进行有效治疗,尤其是子宫内膜异位症患者,能达到治疗疾病,成功妊娠的目的。比常规开腹手术创伤小,术中出血少,术后恢复快,可以明确宫腔及盆腔病变,同时解决宫腔内及盆腔的问题,只需一次麻醉,既可以减少患者的二次手术的痛苦,而且减轻了家庭经济负担,同时还节约了治疗的时间,达到了开腹手术不能达到的效果,术后妊娠率高。

参考文献:

- [1] 何秀宣.腹腔镜在不孕症诊断和治疗中的应用[J].实用医技杂志,2008,15(18):2381-2382.
- [2] 郭春,黄薇.子宫内膜息肉与不孕[J].实用妇产科杂志,2009,9(9):526-528.
- [3] 冷金花,戴毅.腹腔镜输卵管不孕诊治中的作用[J].实用妇科与产科杂志,2006,22(12):707.
- [4] 葛晓春,朱晓虹,汤晓秋.腹腔镜保守性手术联合药物治疗子宫内膜异位症186例近远期疗效观察[J].中华妇产科杂志,2007,42(7):491-492.
- [5] 中华医学会妇产科分会子宫内膜异位症协作组.子宫内膜异位症的诊断与治疗规范[J].中华妇产科杂志,2007,42(9):645-648.
- [6] 左绪磊.实用妇科腹腔镜学[M].大连:辽宁科学技术出版社,2004:171.

(此文编辑:蒋湘莲)