

7d 检查,30%碘海醇为造影剂。

1.2.3 宫腔镜检查 检查前行常规妇科检查及白带检查,于月经干净后 3~7d 检查。患者取膀胱截石位,严格消毒。应用日本生产的奥林巴斯宫腔镜,按顺序依次观察宫颈管、子宫内口、前后侧壁、子宫底及双侧宫角。采用夏思兰的宫腔镜诊断标准^[9],考虑子宫内息肉、子宫内增生性诊断性刮宫,组织送病理检查。

1.3 统计学方法 所有数据采用 SPSS11.5 软件包进行分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异有显著性。

2 结果

2.1 宫腔镜检查结果 325 例不孕患者的宫腔镜检查中,宫腔形态正常有 117 例,显示宫内病变有 208 例,其中子宫内息肉 57 例,输卵管开口粘连、闭锁 46 例,宫腔粘连 37 例,子宫内增生 32 例,子宫内肌瘤 28 例,黏膜下肌瘤 3 例,宫颈管息肉 3 例,纵隔子宫 2 例。考虑子宫内息肉、子宫内增生性诊断性刮宫,标本送病理检查,病理诊断与宫腔镜诊断结果一致。

2.2 宫腔镜与 B 超、HSG 检查结果比较 325 例不孕患者的 B 超检查显示宫腔内病变 121 例,占 37.3%;宫腔内未见明显形态异常 204 例,占 62.7%。子宫输卵管造影显示宫腔内病变 102 例,占 31.4%;宫腔内未见明显形态异常 223 例,占 68.6%。宫腔镜检查显示宫腔内病变 208 例,占 64.0%;宫腔内未见明显异常 117 例,约占 36.0%。宫腔镜对宫腔内病变的检出率明显高于 B 超及子宫输卵管造影(见表 1)。

表 1 三种检查方法对不孕患者宫腔内病变显示情况的比较

	B 超	子宫输卵管造影	宫腔镜
宫腔形态正常	204(62.7%)	223(68.6%)	117(36.0%)
宫腔形态异常	121(37.3%)	102(31.4%)	208(64.0%) [*]

注:宫腔镜检查与子宫输卵管造影及 B 超检查宫腔病变阳性率的比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

在宫腔镜应用以前,不孕症病人患有子宫病变没有引起重视,特别是包括子宫粘连、子宫内息肉在内的病变,在 B 超下显影不典型。宫腔镜可以观察宫颈及宫腔的形态,在诊断此类病变上有特异性^[2]。宫腔病变可以造成不孕,这些病变包括宫腔粘连、内息肉、黏膜下肌瘤、子宫纵隔、内膜炎、子宫输卵管连接部病变及宫颈管异常,在女性不孕的原因中,子宫宫腔内病变约占 10%~20%。在宫腔镜问世之前,子宫腔一直是一个盲区,只能通过 B 超或 HSG 来判断宫腔情况,目前宫腔镜的应用使异常检出率提高到 28%~50%^[3]。在有宫腔病变的不孕症患者中,病变发生率以子宫内息肉、子宫内息肉、宫腔粘连

所占比例较高,它们可以通过影响受精卵结合或受精卵着床等环节导致女性不孕^[4,5]。目前,宫腔内病变诊断的主要方法有 B 超、子宫输卵管造影及宫腔镜检查等。本研究中,宫腔镜检查显示宫内病变有 208 例(64.0%),其中子宫内息肉 57 例(27.4%),居首位;其次为输卵管开口粘连、闭锁 46 例(22.1%);其他依次为宫腔粘连,子宫内增生,子宫内炎,黏膜下肌瘤,宫颈管息肉,纵隔子宫。子宫输卵管造影显示宫腔内异常有 102 例(31.4%)。B 超显示宫腔内异常 121 例(37.3%)。显然,宫腔镜诊断宫腔内病变阳性率明显高于子宫输卵管造影及 B 超检查,三者统计学比较具有显著性差异($P<0.05$)。说明宫腔镜检查是诊断宫腔内病变的首选方法,宫腔镜作为一种先进的妇科诊疗技术,可在直视下对子宫内环境进行观察,并对子宫内疾患作出较准确的判断,尤其是对子宫内原发位点进行观察,更是超声和 HSG 所不及的。因此,无论是原发不孕还是继发不孕,应注意排除子宫性病因,宫腔镜检查有此独特价值。

超声和 HSG 结果正常而宫腔镜提示异常的漏诊病例主要是输卵管开口粘连、闭锁及子宫内病变,如子宫内炎和内膜小息肉。HSG 结果异常,而宫腔镜检查提示正常的原因主要与输卵管痉挛有关。Preutthipan 等认为,宫腔镜检查在不孕中的应用优于 HSG 及超声检查,但彼此不能取代,应互相弥补。宫腔镜对宫腔的探查直观、清晰,是诊断宫腔病变的金标准,由于 HSG 发现的宫腔粘连或息肉(宫腔线不规则或充盈缺损)可能为粘液、气泡等而误诊,而且宫腔粘连多为周围性粘连,HSG 诊断敏感性较差,故宫腔镜在宫腔内病变的诊断有更高价值^[6]。

参考文献:

[1]夏思兰.宫腔镜学及图谱[M].郑州:河南科学技术出版社,2003:132.
 [2]Capella-Allouf S, Fadilamorsad, Rongieres-Bertrandc, et al. Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility[J]. Hum Reprod, 1999, 14(5): 1230-1233.
 [3]Brusco GF, Arena S, Argelini A. The role of diagnostic hysteroscopy in infertile women[J]. Minerva Ginecol, 2001, 53(5): 313-319.
 [4]张玉芳, 马生秀. 宫腔镜在诊断宫腔内病变中的应用[J]. 中国内镜杂志, 2005, 11(12): 1333-1334.
 [5]徐大宝, 薛敏, 程春霞. 宫腔镜下诊断及治疗未婚妇女宫内病变的临床应用[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(12): 827-828.
 [6]Roma Dalfo A, Ubeda B, Ubeda A, et al. Diagnostic value of hysterosalpingography in the detection of intrauterine abnormalities: a comparison with hysteroscopy[J]. AJR Am J Roentgenol, 2004, 183(5): 1405-1409.

编辑/杨倩

探讨宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光监视导丝输卵管插管疏通术治疗输卵管阻塞性不孕症 342 例疗效分析

徐正会

(重庆市涪陵区清溪中心卫生院,重庆 408013)

摘要: 目的 探讨宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗输卵管阻塞性不孕症疗效分析。方法 选择经子宫输卵管造影术(HSG)诊断证实输卵管阻塞性不孕症患者 342 例,采用宫腹腔镜联合行导丝输卵管插管疏通术治疗 132 例,宫腔镜下行导丝输卵管插管疏通术治疗 100 例,腹腔镜盆腔粘连分解术、输卵管伞部成形/造口术治疗 22 例,X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗 88 例。结果 宫、腹腔镜联合行导丝输卵管插管疏通术治疗 132 例患者,264 条阻塞输卵管,242 条疏通成功,再通率 91.60%;宫腔镜下行导丝输卵管插管疏通术治疗 100 例患者,200 条阻塞输卵管,179 条疏通成功,再通率 89.52%;腹腔镜盆腔粘连分解术、输卵管伞部成形/造口术治疗 22 例患者,44 条阻塞输卵管,29 条疏通成功,再通率 65.90%;X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗 88 例患者,176 条阻塞输卵管,79 条疏通成功,再通率 44.30%。随访 342 例,时间 1~24 个月,妊娠 106 例,妊娠率 30.70%,难免流产 3 例,发生率 2.70%,宫外孕 14 例,发生率 13.20%。结论 应用宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗输卵管阻塞性不孕症是临床有效而适用的方法。

关键词: 输卵管阻塞;不孕症;输卵管插管;宫腔镜;腹腔镜;X 光监视;导丝

女性不孕约占育龄妇女的 10%~25%,我国为 4%~19%,不孕症中 20%~45%是由输卵管病变所致。目前,国内外采用辅助生育技术和输卵管通液、口服中药、物理等治疗已获得一定疗效,但由于费用高、疗效差等多方面因素,难以推广应用。我院自 2006 年以来开展宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光监视导丝输卵管插管疏通术治疗输卵管阻塞性不孕症,取得较好的临床效果。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 自 2006 年 6 月~2009 年 5 月我院收治经子宫输卵管造影术证实为输卵管阻塞性不孕症患者 342 例,年龄 20~48 岁。不孕史最长 20 年,最短 1 年,原发性不孕 115 例,继发性不孕 227 例。342 例患者共 684 条输卵管阻塞,间质部阻塞 288 条,峡部阻塞 276 条,壶腹部阻塞 76 条,向伞部阻塞 44 条。术前均经胸部 X 线片,未发现结核病灶,无全身及盆腔急性炎症和传染病,无手术禁忌症。手术选择在月经干净后 3~7d。

1.2 方法

1.2.1 手术器械 电视腹腔镜及宫腔镜设备。用 CO₂ 气腹,5%葡萄糖液为膨宫介质。美国 COOK 公司生产的 5.5F 导管 1 根,长 42.5cm;(金属)可锻的充填导丝 1 根,长 41.8cm;3.0F 导管 1 根,长 65cm;铂金导丝 1 根,长 85cm,直径 0.46mm。

收稿日期:2011-09-19

1.2.2 麻醉方法 采用气管插管全身麻醉。

2 结果

2.1 结果 采用宫腹腔镜联合行导丝输卵管插管疏通术治疗 132 例,结果 132 例患者,264 条阻塞输卵管,242 条疏通成功,再通率 91.60%。其中子宫内异位症 5 例,此类患者均予盆腔子宫内腹异位症手术,多囊卵巢 2 例,予以卵巢打孔。

宫腔镜下行导丝输卵管插管疏通术治疗 100 例,结果 100 例患者,200 条阻塞输卵管,179 条疏通成功,再通率 89.52%。宫腔异常者 8 例,其中宫腔粘连 2 例,不全纵隔 3 例,子宫内息肉 3 例。分别行宫腔粘连分离术、子宫纵隔切开术及宫内膜息肉摘除术。

腹腔镜盆腔粘连分解术,输卵管伞部成形/造口术治疗 22 例,包括输卵管柔软、伞端外观正常 2 例,输卵管僵直或蜷曲,管腔阻塞或部分阻塞,伞端多内翻闭锁呈杵状样,输卵管积水,或输卵管积脓 20 例。所有患者行相应手术治疗,盆腔粘连分解术,输卵管伞部成形/造口术,结果 22 例患者,44 条阻塞输卵管,29 条疏通成功,再通率 65.90%。

X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗 88 例,结果 88 例患者,176 条阻塞输卵管,79 条疏通成功,术后提示伞段粘连 50 条,再通率 44.30%。

2.2 术后处理 疏通成功术后常规使用抗生素。

2.3 随访 所有患者术后治疗随访时间最长为 2 年,经过治疗后 2 年仍未怀孕

者,视为治疗失败,随访 342 例,时间 1~24 个月,妊娠 106 例,妊娠率 30.70%,其中 12 个月内受孕占总妊娠的 80%,难免流产 3 例,发生率 2.70%,宫外孕 14 例,发生率 13.20%。

3 讨论

3.1 输卵管阻塞是导致继发性不孕的最常见原因,约占不孕症的 1/3。本组资料显示宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光导丝输卵管插管疏通术是治疗输卵管阻塞性不孕症常用临床方法,而在治疗输卵管阻塞性不孕症方面,各有其独特的优点。

3.2 宫腔镜、腹腔镜、宫腹腔镜联合、X 光导丝输卵管插管疏通术治疗输卵管阻塞性不孕症的体会:①腹腔镜盆腔粘连分解术,输卵管伞部成形/造口术,术中尽可能恢复和重建盆腔各器官的正常解剖关系,恢复输卵管良好的通畅度和拾卵、运卵功能,尤其盆腔粘连二、三期患者,根据分期程度,一期妊娠率达 42.4%,二期妊娠率 33.4%,三期妊娠率为 0。影响妊娠率的主要因素取决于盆腔输卵管粘连和炎症情况,所以手术时机也非常重要,时间越长,炎症越重,粘连越致密,治疗效果越差。②在用导丝疏通输卵管的操作过程中,动作一定要轻柔,因输卵管变异较大,弯曲曲折,遇有阻力时,应往返运动,逐渐推进,不宜强行用力,以避免输卵管穿孔。③输卵管再通后为了防止再次阻塞,应从导管

内注入庆大霉素抗炎、地塞米松及糜蛋白酶防止再粘连,手术结束后彻底冲洗盆腔,防粘连液减少术后粘连。④术后继续治疗,严格随访是增强手术效果的必要措施。⑤排卵监测及指导受孕。⑥各种手术方式对输卵管疏通率和受孕率有显著差异,采用宫腹腔镜联合行导丝输卵管插管疏通术治疗再通率 91.60%,妊娠率 42.4%,宫腔镜下行导丝输卵管插管疏通术治疗再通率 89.52%,妊娠率 28.00%,腹腔镜盆腔粘连分解术,输卵管伞部成形/造成造口术治疗再通率 65.90%,妊娠率 27.20%,X 光监视下导丝输卵管插管疏通术治疗再通率 44.30%,妊娠率 18.10%,故针对输卵管阻塞部位不同,病程不同选择手术方式至关重要,是决定手术成功及术后能否受孕的关键。

参考文献:

[1]夏思兰,主编.妇科内窥镜学[M].北京:人民卫生出版社,2001:478-492.
 [2]范雪梅,周丹.宫腔镜、腹腔镜联合导丝治疗双侧输卵管近端梗阻临床分析[J].实用妇产科杂志,2006,22(3):177-178.
 [3]丁杰,陈治东,刘培文.宫、腹腔镜联合导丝疏通治疗输卵管近端阻塞[J].山东医药,2008,48(3):92-94.
 [4]沈寅琼.宫腔镜治疗输卵管梗阻 106 例疗效分析[J].微创学,2007,2(6):601.

编辑/杨倩

宫血宁治疗药物流产后出血的 208 例临床疗效观察

李 俐

(烟台市莱山区第二人民医院,山东 烟台 264680)

摘要:目的 宫血宁胶囊治疗药流后,阴道出血的疗效。方法 2010 年 4 月~2011 年 4 月间来我院就诊的妊娠天数小于 49 天的育龄妇女,共计 208 例,随机分成研究组和对照组各 104 例,研究组患者自服米非司酮第 1 天开始加服宫血宁胶囊 0.26g,每日 3 次,共服 9 天,对照组不用其他任何药物。结果 在流产效果方面差异无统计学意义($P>0.05$),在完全流产患者阴道出血方面,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 宫血宁胶囊可起到减少药物流产后阴道出血的作用,值得临床推广。

关键词:宫血宁胶囊;药物流产;阴道出血

由于药物流产后出血时间长给患者带来很大痛苦,也影响着该药物的临床的使用。为了缩短药物流产后出血时间,我们采取宫血宁胶囊治疗本症,取得比较好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 4 月~2011 年 4 月间来我院就诊的 208 例的育龄妇女,小于 40 岁。经妇科检查,尿妊娠试验阳性,B 超证实为宫内早孕,妊娠天数小于 49d^[1],出血正常。血常规正常,无药物流产禁忌证,随机分成研究组和对照组各 104 例。

1.2 方法

1.2.1 服药方法米非司酮(25mg/片)、米索前列醇(200ug/片)由上海医药集团有限公司华联制药厂生产,宫血宁胶囊(0.13g/粒)由云南白药集团有限公司生产。所有患者于第 1、晚上空腹服用米非司酮片 50mg,每 12h 后再服 50mg,共 3 次,第 3 天晨空腹服用米索前列醇片 600ug,如 4h 经医师确认无孕囊排出即加服米索前列醇片 400ug。研究组患者在服用米非司酮第 1 天开始餐后 30min 加服宫血宁胶囊 0.26g,每日 3 次,共服 9d。对照组不用其他任何药物。

1.2.2 流产效果评定标准及用药后观察

1.2.2.1 完全流产:用药后自然排出胎囊或虽未见明确胎囊排出,但 B 超证实已完全流产。

1.2.2.2 不全流产:用药后未见胎囊排出,B 超证实宫腔内仅为残留物而刮宫或已见胎囊排出;随访中因出血过多、出血时间长、有时伴有腹痛。

1.3.3.3 失败:用药后 8d 内未见妊娠物排出,B 超证实宫腔内孕囊继续存在。

阴道出血时间及阴道出血量:①阴道出血量以平素月经为参照量记为三类:少于月经量;与月经量相似;多于月经量。②完全流产患者月经恢复情况:自服用米索前列醇记为第 1 天。③服药后毒副反应。

2 结果

见表 1、表 2。

表 1 药物流产效果比较

组别	完全流产	不完全流产	流产失败
研究组(104 例)	92	9	3
对照组(104 例)	90	10	4

流产效果方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 完全流产患者阴道出血量比

组别	少于月经量	近似月经量	多余月经量
研究组(92 例)	13	70	9
对照组(90 例)	9	60	21

表 2 完全流产患者阴道出血情况比较研究组中少于及相似月经量者共为 83 例(90.22%),对照组共为 69 例(76.67%);研究组多于月经量者研究组为 9 例

收稿日期:2011-09-10

(9.78%),对照组为 21 例(23.33%),差异有统计学意义($P<0.01$)。阴道出血时间研究组为(8.01±3.25)d,对照组为(9.05±3.00)d,差异有统计学意义($t=3.12,P<0.01$)。

2.3 完全流产患者月经恢复情况 2 组患者均于第 26~40 天月经恢复。研究组患者月经恢复时间为(32.37±3.26)d,对照组为(32.61±2.74)d。

2.4 服药安全性 研究组服用宫血宁胶囊后仅 1 例一度出现胃部烧灼感症状,不影响继续应用,停药后症状自然消失。不良反应发生率为 1%。

3 讨论

药流的原理^[1]:米非司酮与孕酮的化学结构相似,与孕酮受体结合能力是孕酮 3~5 倍,可与孕酮受体竞争结合,阻断孕酮与孕酮受体的结合,孕激素活性无法表现,米索前列醇素衍生物,可以兴奋子宫肌,有抑制子宫颈胶原的合成,扩张宫颈的作用,药物流产的适应症是未生育的初次早孕患者,子宫畸形,宫颈坚韧不易扩张的,剖宫产后半年内早孕的患者,它避免了人流扩张棒扩宫口的艰难,子宫穿孔的危险,且药流痛苦少。即使药流失败,要清宫处理,宫口也能容 6 号吸管通过,不用扩宫口,且药流痛苦少,宫血宁胶囊配伍米非司酮及米索前列醇不影响药物流产的效果。口服米非司酮及米索前列醇完全流产率达 90%,但药流后阴道出血量多、时间长,这是药物流产的缺点。药物流产出血时间长的原因是:①蜕膜脱落不全;②胚胎组织流产不全;③子宫收缩不良;④子宫内膜炎症。宫血宁胶囊是从植物提炼的一种纯天然植物制剂,具有凉血止痛、清热除湿、化瘀止痛的功能。其药理研究:可引起子宫平滑肌收缩,加强子宫收缩促进子宫复旧;促使血小板聚集,缩短出血时间,加强止血;增加外周白细胞数量,调节白细胞功能,调节 PGI₂ 的生成,加强抗炎作用;免疫调节作用。宫血宁胶囊主要成分是重楼皂甙^[2],其作用有效成分与垂体后叶素相似,通过直接兴奋子宫平滑肌使子宫产生节律性收缩,具有较强的子宫收缩作用,使蜕膜排出完全,促进子宫收缩,减少了子宫出血。宫血宁胶囊在具备有效性的同时,也具备安全性。若本研究中所有服用宫血宁胶囊患者无一例严重不良反应,仅 1 例服药后有一过性轻度恶心、胃部烧灼感,程度轻,无需临床处理,具有较好的可接受性。本文研究结果显示完全流产患者中观察组阴道出血量明显少于对照组,观察组在缩短阴道出血时间上也明显优于对照组,从临床应用角度进一步证明了宫血宁胶囊在药物流产后减少阴道出血方面具有良好的疗效,且安全性高,无明显不良。促进子宫复旧作用;同时还通过缩出血、凝血时间和促进二磷酸腺苷诱导的血小板聚集作用而达到明显效果。

参考文献:

[1]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2009:398.
 [2]立华,王殿锋,李炜,等.重楼皂甙在乳汁中的测量结果分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(1):30.

编辑/杜苏利