

输卵管介入治疗中国专家共识

中国医师协会介入医师分会妇儿介入专委会,中华医学会放射学分会介入学组泌尿生殖专业委员会

【关键词】 输卵管;不孕症;介入治疗



由于我国二胎政策放开、育龄妇女年龄增大、环境污染及工作压力等因素的影响,致使我国女性不孕症患者超过了育龄人群的 10%,且呈逐年上升的趋势^[1]。世界卫生组织(WHO)报告指出:女性不孕症是全世界范围内主要的医学和社会问题之一。

不孕症是指在婚后未避孕,有正常夫妻生活,同居 1 年而未曾受孕。受孕是一个复杂的生理过程,必须具备以下几个基本条件:男方在同房时能射精,精液中含有正常数量、形态和活力的精子;女方的卵巢有正常成熟的卵子排出,输卵管通畅无阻,使精子和卵子能在管内相遇受精;受精卵必须能通过输卵管进入子宫腔,并能在子宫着床,以上任何一个环节有障碍,均可导致不孕不育。不孕夫妇中,女性因素约占 60%,男性因素约占 30%,男女双方因素约占 10%,而其中受孕重要通道与场所的输卵管因素占女性不孕因素的 20%~40%^[2]。故输卵管性不孕是导致女性不孕的主要因素之一^[3-4]。

在输卵管因素引发不孕症的治疗方法中,输卵管介入治疗作为一种安全性好、成功率高、操作简单、无创伤的治疗方法已经广泛应用于临床,具体操作方法包括选择性输卵管造影术(Selective salpingography, SSG)、输卵管再通术(Fallopian tube recanalization, FTR)、输卵管栓塞术(Fallopian tube embolization, FTE)。为了规范输卵管介入治疗的操作并提高治疗效果,特制定输卵管介入治疗标准操作规范如下。

一、选择性输卵管造影及再通术^[5]

(一)适应证

根据子宫输卵管造影(hysterosalpingography, HSG)结果的诊断,对输卵管通畅度存在以下情况者可以进行 SSG+FTR 的治疗^[6-9]。

1. 输卵管阻塞:间质部、峡部及壶腹部近端阻塞;
2. 输卵管通而欠畅;
3. 输卵管通而不畅;
4. 输卵管通而极不畅(包括伞端轻度粘连);
5. 怀疑输卵管假阳性堵塞(包括输卵管未显影和输卵管显影至远端)。

(二)手术操作步骤

1. 患者仰卧,取膀胱截石位;
2. 常规消毒外阴、阴道,铺无菌手术巾;
3. 置入阴道窥器暴露宫颈外口,消毒阴道及宫颈;
4. 宫颈钳夹住宫颈固定宫颈,必要时探针探查宫腔位置;
5. 宫颈钳固定子宫位置后置入输卵管导管于宫角输卵管开口处,透视监视下将输卵管导管头端插入到输卵管间质部位后注射对比剂,观察输卵管显影情况;
6. 如输卵管未显影或部分显影,透视下将微导丝(0.018、0.021 英寸)置入导管内,沿输卵管开口处轻柔置入输卵管峡部远端及壶腹部进行疏通,推进过程中可轻柔抽插导丝到阻力下降或消失;如有明显阻力或患者疼痛时停止,然后再注入造影剂显示输卵管再通情况;
7. 退出导丝后,再次进行选择性输卵管造影检查,观察输卵管通畅情况;
8. 同法操作对侧输卵管;
9. 输卵管疏通满意后,于双侧输卵管分别注入药物混合液,可选择药物有地塞米松、庆大霉素、丁胺卡那、糜蛋白酶、玻璃酸钠等。再观察输卵管内是否残留造影剂和造影剂在盆腔内的弥散情况。也可将 2~3 ml 含碘油剂注入输卵管内,含碘油剂对于避免术后输卵管再次阻塞效果较好,且具有一定的助孕作用^[10]。

10.术中密切观察是否有不良反应,并及时处理。

二、输卵管栓塞术^[11]

(一)适应证

根据 HSG 的诊断,对输卵管通畅度存在以下情况者可以进行输卵管栓塞术的治疗^[12-13]。该项手术是通过介入治疗方式对输卵管积水进行预处理,通过对输卵管栓塞,防止输卵管内炎性液体流入宫腔,有助于提高体外受精-胚胎移植(IVF-ET)的妊娠成功率。另外,对于希望绝育或避孕的育龄期女性,采取常规避孕措施失败或不适应者,可以通过栓塞输卵管以达到绝育的目的。

1.输卵管伞端粘连闭塞/积水;

2.输卵管伞端粘连稍通盆腔;

3.准备行 IVF-ET, 胚胎移植前发现输卵管积水,或因输卵管积水导致移植失败,或为了降低宫外孕风险;

4.为了节育而要求栓塞输卵管。

(二)手术操作步骤

1.患者仰卧,取膀胱截石位;

2.常规消毒外阴、阴道,铺无菌手术巾;

3.置入阴道窥器暴露宫颈外口,消毒阴道及宫颈;

4.宫颈钳夹住宫颈固定宫颈,必要时探针探查宫腔位置;

5.宫颈钳固定子宫位置后置入输卵管导管于宫角输卵管开口处,透视下将输卵管导管头端插入到输卵管间质部位后,注射对比剂观察输卵管显影情况,透视下置入微导丝插至输卵管峡部远端,沿微导丝引入微导管;

6.退出微导丝并固定微导管于输卵管峡部位置,根据输卵管显影情况选择适合长度和直径的微弹簧圈,透视下将微弹簧圈释放于输卵管峡部,使释放状态下的微弹簧圈近端位于输卵管间质部,远端位于输卵管峡部;推荐采用多枚微弹簧圈栓堵^[14],在患侧输卵管近端并行置入微弹簧圈,行致密栓堵,可明显增加输卵管栓堵的可靠性。

7.同法操作栓塞另一侧输卵管;

8.双侧输卵管栓塞后立即行子宫输卵管造影检查,在宫腔充盈满意的情况下观察对比剂是否可以通过栓塞部位。如果仍有造影剂通过栓塞部位进入远端,需要进一步致密栓塞,直至造影剂不能通过栓塞部位。

9.输卵管栓塞术后 1 个月建议复查 HSG。

三、禁忌证

1.内、外生殖器急性或亚急性炎症期;

2.不明原因的持续子宫出血;

3.严重的全身性疾病,不能耐受手术者;

4.对碘过敏、发热或正在月经期者;

5.输卵管壶腹部中、远段及输卵管伞端阻塞不宜用导丝行再通的;

6.结扎输卵管吻合再通术后再次阻塞以及确诊为结核性输卵管阻塞不宜行导丝再通者;

7.甲亢治疗未稳定者;

8.哮喘发病期者;

9.伴有严重肝、肾功能不全者。

四、术前准备

1.手术时间选择月经干净后第 3~7 天且排卵前,月经紊乱者可行超声监测卵泡,安排在排卵前手术;

2.三个月内无手术史,近一个月无阴道镜、宫腔镜检查史;

3.白带常规清洁度合格,妇检排除妇科炎症急性期,必要时需做支原体、衣原体检查;

4.对每位患者需进行手术前谈话并签署知情同意书;

5.若所用对比剂需做过敏试验的(如泛影葡胺),需提供过敏试验阴性记录;非离子型对比剂不要求做碘过敏试验;

6.手术当日测量体温,若超过 37.5℃不能进行手术;

7.术前排空大小便,不宜空腹手术。

五、操作注意事项

1.术前严格消毒外阴、阴道及子宫颈,避免感染的发生;

2.手术操作需轻柔,以免造成子宫及宫颈黏膜的损伤;

六、并发症及防治措施

1.腹痛及阴道流血:术中及术后可能出现轻至中度的腹部及盆腔疼痛,术后可以有少量阴道流血,上述疼痛症状一般持续数小时后消失。腹痛与术中操作损伤子宫内膜和注射对比剂后子宫及输卵管扩张有关,也与对比剂刺激腹膜有关,术后予以对症处置即可。若术后阴道流血过多(如月经量)及流血时间过长(>7 d)应及时就诊;

2.子宫内膜损伤:术中可能出现肌壁、淋巴显影及静脉回流,如出现这种情况应立即停止注入对比剂或控制对比剂推注压力和量,同时术前应做好抗

过敏、抢救休克的准备;

3.输卵管穿孔:多为输卵管浆膜下穿孔,造影表现为少量对比剂渗入浆膜下形成"假憩室"状,一般无严重并发症,一旦发现则应停止操作,以免使浆膜破裂;

4.生殖道及盆腔感染:术后出现急性阴道炎或盆腔炎的症状,如白带异常、腰腹部持续性疼痛、发热等。应注意术中的无菌操作,术后常规使用抗生素;

5.如果术中或术后患者疼痛较重,应在介入手术室休息观察,必要时留观察室或住院诊治,以免发生意外。

共识制定参与人员

张靖(广州市妇女儿童医疗中心)、张国福(复旦大学附属妇产科医院)、王毅堂(大连市妇女儿童医疗中心)、徐文健(南京市妇幼保健院)、陈昆山(广州市妇女儿童医疗中心)、王艳丽(郑州大学第一附属医院)、穆永旭(内蒙古包头医学院一附院)、申刚(广州市妇女儿童医疗中心)、兰为顺(湖北省妇幼保健院)、赵虎(成都市妇女儿童中心医院)、苗杰(首都医科大学附属北京妇产医院)、彭松(重庆市妇幼保健院)、李青春(湖南省妇幼保健院)、孙巍(中国医科大学附属盛京医院)、汤一川(成都锦江区妇幼保健院)、郑国(石家庄市妇产医院)、陈坚(福州市第一医院)

参考文献

[1] 李志娟,李青,单伟颖,等.不孕症女性患者生活体验的研究进

展[J].中国妇幼保健,2013,28(34):5735-5737.

- [2] 韩志刚,张国福,田晓梅,等.选择性输卵管造影及再通术在不孕症中的应用价值[J].介入放射学杂志,2010,19(12):964-967.
- [3] 张炜,夏和霞.输卵管性不孕的病因和流行病学[J].实用妇产科杂志,2011,27(8):561-563.
- [4] Knuttinen MG, Jajko R, Scoccia B. Fluoroscopic tubal recanalization in tubal factor related infertility [J]. Semin Intervent Radiol, 2014, 31(3): 269-271.
- [5] 朱顺姬,韩志刚.选择性输卵管造影和再通术(附820例分析)[J].医学影像学杂志,2014,24(2):334-336.
- [6] Indraccolo U, Greco P, Scutiero G, et al. The role of hysteroscopy in the diagnostic work-up of infertile asymptomatic patients[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2014, 41(2): 124-127.
- [7] 苗杰,刘明明,孟颖,等.选择性输卵管造影与再通术对不孕症的诊疗价值[J].河北医学,2018,24(7):1125-1128.
- [8] 周树楠,柯小敏.输卵管通而不畅介入疏通治疗临床效果观察[J].影像研究与医学应用,2018(1):245-246.
- [9] 申刚,谭小云,陈德基,等.介入再通联合臭氧治疗阻塞性输卵管的实验研究[J].介入放射学杂志,2012,21(5):405-409.
- [10] 中华医学会放射学分会介入专委会妇儿介入学组.子宫输卵管造影中国专家共识[J].中华介入放射学电子杂志,2018,6(3):185-187.
- [11] 王添平,颜志平,张国福.输卵管介入栓塞术在预防输卵管残端妊娠中的应用[J].介入放射学杂志,2018,27(2):147-150.
- [12] 尹磊,秦占雄.输卵管介入术在不孕中的应用价值[J].云南医药,2017,38(1):52-53.
- [13] 曲凤荣,王毅堂.输卵管积水介入栓塞治疗在临床应用中的价值[J].中国实用医药,2018,13(31):69-70.
- [14] 王毅堂,谭季春,付鹏,等.输卵管积水介入栓塞治疗160例临床体会[J].当代医学,2011,17(5):94-96.

(收稿日期:2019-02-06)

(本文编辑:闫娟)

中国医师协会介入医师分会妇儿介入专委会,中华医学会放射学分会介入学组泌尿生殖专业委员会.输卵管介入治疗中国专家共识[J/CD].中华介入放射学电子杂志,2019,7(3):175-177.