

妇科内镜与放射介入治疗输卵管不同部位阻塞性不孕的结局对照效果分析

贾沛 陈梦园

宝鸡市妇幼保健院 陕西 宝鸡 721000

摘要:目的:分析妇科内镜与放射介入治疗输卵管不同部位阻塞性不孕的应用效果。方法:选取2021年6月-2023年6月本院134例输卵管阻塞性不孕患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组67例,行放射介入治疗,观察组67例,行妇科内镜治疗,结合腹腔镜、HSG检查结果,将该病分成四种类型,分别为A、B、C和D型,比较两组临床疗效。结果:两组不孕时间、复通率、12月内有效随访率和3月内后续治疗率均基本一致($P > 0.05$);两组A型、C型12月内妊娠率、TP发生率和A型再阻塞发生率均基本一致($P > 0.05$);观察组B、D型的12月内妊娠率均明显高于对照组,B、D型的TP发生率和B、C、D型的完全阻塞率均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予输卵管阻塞性不孕患者妇科内镜治疗,能显著提升12月内妊娠率,防范TP和再阻塞,具有推广价值。

关键词:妇科内镜;放射介入;输卵管阻塞性不孕;妊娠

输卵管阻塞是引发不孕的主要因素之一,在所有女性不孕中,占比约为30%-50%,近些年,性传播疾病增加,宫腔镜操作增长,导致该病发生率提升^[1]。受多种因素影响,患者出现输卵管阻塞,对精卵细胞结合产生影响,最主要因素为输卵管炎症。受孕具有复杂性,要求受精卵在宫腔着床,输卵管既能够将子宫、卵巢连接起来,同时兼顾输精、贮卵和排卵等功能。医学事业持续进步,妇科内镜积累了大量经验,趋向于成熟,已有学者提出,将其用于输卵管性不孕,可实现宫内妊娠。最近10多年,我国普遍采取放射介入疏通术,操作便捷,产生损伤较轻,经济性高,受到人们关注^[2]。临床关于两种方式对比研究较少,缺乏理论指导,为了提高后续疗效,开展研究。本次研究以输卵管阻塞性不孕患者为对象,分析妇科内镜的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2021年6月-2023年6月本院134例输卵管阻塞性不孕患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组67例,年龄为22-37岁,平均年龄(26.62±2.24)岁;A型16例,B型16例,C型17例,D型18例。观察组67例,年龄为23-38岁,平均年龄(26.71±2.16)岁;A型15例,B型15例,C型18例,D型19例。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

输卵管阻塞性不孕判断依据^[3]:夫妻正常同房,持续至少12个月,正常性生活,未做避孕措施;检查男方精液,结果显示正常,进行精子穿透试验,结果为阳性;

持续3个月,女方接受B超检查,观察卵泡发育情况,发现存在成熟卵泡;经期2-3d,检查基础激素含量,结果均为正常;采集血清,进行免疫性不孕检验,结果显示正常;予以HSG检验,结果显示子宫形态正常,出现输卵管阻塞,或为一侧,或为双侧,或为不完全阻塞,或为完全阻塞;给予腹腔镜检查,未见子宫畸变,无其他盆腔病变。

输卵管阻塞性不孕分型^[4]:观察组于术中观察美蓝通水表现,对照组实施HSG检验,划分类型:A型表示近端阻塞型,输卵管阻塞部位为峡部或者间质部,或为双侧,或为一侧;B型表示中远端阻塞型,阻塞部位为壶腹部及上方,或为双侧,或为一侧;C型表示管腔输卵管积水型,患者输卵管表现出长形囊状,明显扩张,输卵管内有美蓝或造影剂积聚,盆腔无,或为双侧,或为一侧;D型表示输卵管粘连周围组织,伞端处闭合,伞端封闭或者粘连阻塞,同时卵巢及输卵管粘连。

1.2 方法

1.2.1 观察组

该组行妇科内镜治疗:术前30min,选取阿托品(上海信谊天平药业;国药准字H31021409)0.5mg,予以患者皮下注射,体位为膀胱截石位,选取0.5%碘伏,消毒处理患者会阴和阴道,将宫颈前唇夹住,选取两腔囊管,将其放进宫腔内,选用注射用水3.5ml,将子宫内口堵住,经由脐孔部位,刺入气腹针,放入腹腔镜,令患者处于臀高头低体位,充分显露出两侧附件和子宫,确定阻塞部位,或开展输卵管伞端形成处理,或进行输卵

管造口处理,若有卵巢、输卵管粘连,进行松懈处理。利用美蓝,开展液体流通试验,若两侧输卵管有液体流出,说明成功疏通,手术完毕。

1.2.2 对照组

该组行放射介入治疗:前期处理同对照组,将患者宫颈前唇夹住,分别于3:00处、9:00处,选取适量2%利多卡因(海信谊药厂;国药准字H10920107),注入,起到麻醉作用,将两个气囊放进宫颈管,选用注射用水3.5ml,将其注入前处气囊,再选取5ml,将其注入后处气囊,闭合宫颈外口。注入造影剂,观察子宫腔情况,选用5.5F导管,含有导丝,将其放进子宫底部,借助导丝指引,再选取3.0F导管,将其放置宫角。进行透视处理,检查造影情况,如未显影,则再开展再通操作,于3.0F导管中,置入超软导丝,一直到达输卵管间质,经由输卵管远处,到达峡处远端。手术完成前,进行输卵管通水干预,包括透明质酸酶(苏州瑞安生物科技;国药准字H31022110)1500U,地塞米松(广东南国药业;国药准

字H44024618)10mg,生理盐水15ml,阿米卡星(大理药业;国药准字H53021600)100mg。

1.3 观察项目和指标

评价复通和随访情况:观察两组复通条数,计算复通率;观察12月内有效随访和3月内后续治疗例数,计算比率。评价12月内妊娠情况:观察两组治疗四种类型疾病的12月内妊娠例数,计算妊娠率。评价TP发生情况^[5]:观察两组治疗四种类型疾病出现TP例数,计算发生率。评价输卵管再阻塞情况^[6]:观察两组四种类型疾病输卵管条数、完全阻塞条数,计算完全阻塞占比。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据,($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料,分别行 t 与 χ^2 检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组复通和随访情况比较

两组不孕时间、复通率、12月内有效随访率和3月内后续治疗率均基本一致($P > 0.05$)。详见表1。

表1 两组复通和随访情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]/(%)

| 组别 | 例数 | 不孕时间(年) | 复通率(%) | 12月内有效随访率(%) | 3月内后续治疗率(%) |
|------------|----|-----------|-----------------|--------------|-------------|
| 观察组 | 67 | 2.81±0.26 | 99.24 (131/132) | 60 (89.55) | 61 (91.04) |
| 对照组 | 67 | 2.79±0.31 | 96.92 (126/130) | 57 (85.07) | 58 (86.57) |
| t/χ^2 | / | 0.405 | 1.882 | 0.606 | 0.676 |
| P | / | 0.686 | 0.170 | 0.436 | 0.411 |

2.2 两组12月内妊娠情况比较

两组A和C型12月内妊娠率均基本一致($P > 0.05$);

观察组B和D型的12月内妊娠率均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组12月内妊娠情况比较[n(%)]

| 组别 | A型 | B型 | C型 | D型 |
|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 60.00 (9/15) | 46.67 (7/15) | 11.11 (2/18) | 31.58 (6/19) |
| 对照组 | 50.00 (8/16) | 6.25 (1/16) | 5.88 (1/17) | 0.00 (0/18) |
| χ^2 | 0.313 | 6.605 | 0.305 | 6.784 |
| P | 0.576 | 0.010 | 0.581 | 0.009 |

2.3 两组TP发生情况比较

两组A型、C型的TP发生率均基本一致($P > 0.05$);

观察组B、D型的TP发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组TP发生情况比较[n(%)]

| 组别 | A型 | B型 | C型 | D型 |
|----------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 6.67 (1/15) | 6.67 (1/15) | 16.67 (3/18) | 5.26 (1/19) |
| 对照组 | 6.25 (1/16) | 43.75 (7/16) | 23.53 (4/17) | 44.44 (8/18) |
| χ^2 | 0.002 | 5.560 | 0.257 | 7.709 |
| P | 0.962 | 0.018 | 0.612 | 0.005 |

2.4 两组输卵管再阻塞情况比较

两组A型再阻塞发生率基本一致($P > 0.05$);

观察组B、C、D型的完全阻塞率均明显低于对照组($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组输卵管再阻塞情况比较[n(%)]

| 组别 | | A型 | B型 | C型 | D型 |
|----------|-------|----------|------------|------------|------------|
| 观察组 | 例数 | 15 | 15 | 18 | 19 |
| | 输卵管条数 | 30 | 30 | 35 | 37 |
| | 完全阻塞率 | 2 (6.67) | 4 (13.33) | 4 (11.43) | 3 (8.11) |
| 对照组 | 例数 | 16 | 16 | 17 | 18 |
| | 输卵管条数 | 32 | 31 | 31 | 36 |
| | 完全阻塞率 | 2 (6.25) | 12 (38.71) | 17 (54.84) | 13 (36.11) |
| χ^2 | / | 7.073 | 5.074 | 14.280 | 8.361 |
| P | / | 0.008 | 0.024 | 0.000 | 0.004 |

3 讨论

不孕发生率高,输卵管阻塞为常见原因,患者心理压力增加,影响到生活质量,探索有效疗法,疏通输卵管,提升妊娠率,是临床研究重点^[7]。采取妇科内镜治疗,其能够在短时间内识别输卵管情况,观察其是否通畅,如不通畅,可以进一步明确输卵管形态、管外粘连情况、伞端情况,判断盆腔是否存在其他病变,能于直视下开展操作,疏通管道,松懈输卵管粘连,促使输卵管回归原有解剖形态,推动生殖功能恢复,同时术后,还可对输卵管生殖作用进行预估,目前,在输卵管不孕诊治中,妇科内镜既是常规诊断方法,同时在评估不孕中也属于金标准。基于放射介入领域,介入疏通术、输卵管造影得到广泛应用,国外学者提出,就该病而言,放射介入能起到双重功效,一为诊断,二为治疗。

本次研究结果显示两组A和C型12月内妊娠率均基本一致($P > 0.05$);观察组B和D型的12月内妊娠率均明显高于对照组($P < 0.05$),代表当阻塞部位为峡部及间质时,两种方式均能有效改善妊娠结局,但就伞端闭锁、输卵管附近粘连等方面,妇科内镜具有突出优势。刘浪、周俏苗等学者提出就输卵管积水而言,因腔内分泌细胞、纤毛长时间受到炎性分泌物影响,无论是分泌功能,还是纤毛摆动能力,或部分丧失,或完全丧失,此时,无论采取哪种疗法,均难以提升妊娠率。无论有哪种因素引发的输卵管内膜功能、结构异常,扭曲变形,附近组织粘连,均有可能引发异位妊娠。采用FTR、SSG技术时,只可以将输卵管内腔疏通,无法解决附近组织扭曲、粘连等现象,也不可以松懈粘连。当阻塞部位为输卵管中远端,出现积水、附近粘连等现象时,代表受损较重,尤其是广泛积水、黏膜破坏、管壁增厚和粘连致密者,就算可以疏通内腔,但无法逆转功能,发生TP概率较高。两组A型、C型的TP发生率均基本一致($P >$

0.05);观察组B、D型的TP发生率均明显低于对照组($P < 0.05$),表示两种技术均可能引发TP,但妇科内镜相对较低,主要发生于B型和D型。两组A型再阻塞发生率基本一致($P > 0.05$);观察组B、C、D型的完全阻塞率均明显低于对照组($P < 0.05$),表明妇科内镜可以预防再阻塞,主要表现在B、C和D型。说明和放射介入治疗相比,应用妇科内镜可以有效提升预后,相对安全,于不同阻塞位置,均具有突出优势。

结束语:给予输卵管阻塞性不孕患者妇科内镜治疗,能显著提升12月内妊娠率,防范TP和再阻塞,具有推广价值。

参考文献

- [1]高蕊,张意浦,曹琳果,李艳青.通管消癥饮治疗湿热瘀阻型输卵管阻塞性不孕的临床观察[J].中国性科学,2023,32(6):121-124.
- [2]王璐,胡晓霞,黄健玲.黄健玲治疗输卵管阻塞性不孕用药规律的数据挖掘分析[J].广州中医药大学学报,2023,40(6):1509-1515.
- [3]董虹,郑晓红,董融.宫腹腔镜联合治疗对输卵管阻塞性不孕患者性激素、输卵管复通率及妊娠率的影响[J].中国医疗器械信息,2023,29(4):64-66.
- [4]张娟,刘静君.基于络病理论论治输卵管阻塞性不孕[J].中医临床研究,2023,15(3):129-133.
- [5]张露平,冯力民.宫腔镜在女性生育力保护中的应用[J].中南大学学报(医学版),2022,47(11):1472-1478.
- [6]李兆萍,王韞琪,方茂霖.红藤合剂灌肠联合输卵管通液术治疗输卵管阻塞性不孕的临床疗效及对盆腔局部微环境的影响[J].中国现代医学杂志,2022,32(19):66-72.
- [7]李莹莹,鲁景元.输卵管阻塞性不孕的无创诊断及介入治疗[J].中国计划生育和妇产科,2022,14(9):51-53.