

# 不同方式治疗输卵管性不孕的临床效果及相关因素的分析

廖育新, 刘 静, 朱春梅(广东省梅州市丰顺县人民医院 514300)

**【摘要】** 目的 探讨采用不同方法治疗输卵管性不孕的临床效果及影响因素。方法 选取 90 例输卵管性不孕患者作为研究对象, 根据治疗方法将其分为宫腔镜组、腹腔镜组及联合组, 比较三组患者复通及术后妊娠情况。同时根据不同妊娠结局将所有患者分为妊娠组和未妊娠组, 分析两组在输卵管通畅度、输卵管柔软度及盆腔炎症史方面的差异。结果 联合组复通率为 96.55%, 宫腔镜组为 79.31%, 腹腔镜组为 66.67%, 联合组复通率明显高于宫腔镜组及腹腔镜组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 联合组术后妊娠率为 86.67%, 宫腔镜组为 63.33%, 腹腔镜组为 36.67%, 联合组术后妊娠率明显高于宫腔镜组及腹腔镜组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 妊娠组(36 例)和未妊娠组(54 例)在输卵管通畅度、输卵管柔软度及盆腔炎症史比较均有差异统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 采用宫腔镜联合腹腔镜治疗输卵管性不孕能在增加术后妊娠率的同时明显提高手术成功率, 相比于单镜治疗疗效显著, 值得在临床上进一步推广。

**【关键词】** 腹腔镜; 宫腔镜; 输卵管性不孕; 手术治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)02-0232-02

输卵管性不孕是女性不孕的主要因素, 是女性因受多种因素影响而发生的管腔蠕动不协调、扭曲及阻塞, 进而引起的妊娠障碍<sup>[1]</sup>。近年来, 随着子宫内膜异位症、宫内感染及性传播疾病等的发生率逐年升高, 输卵管性不孕发病率随之提高。近年来, 微创技术逐渐普及, 并与多学科结合运用, 输卵管性不孕治疗方法日益增多<sup>[2]</sup>。本研究比较分析 3 种方法治疗输卵管性不孕的临床疗效, 并探讨影响结局的因素, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 2 月至 2013 年 2 月本院收治的 90 例输卵管性不孕患者作为研究对象, 年龄 23~37 岁, 平均(27.4±2.1)岁; 不孕年限 2~10 年, 平均(3.6±1.1)年; 原发性不孕为 38 例, 继发性不孕为 52 例。所有患者均经输卵管碘油造影诊断为输卵管性不孕, 并排除其他不孕因素, 包括子宫肌瘤、子宫内膜异位症、多囊卵巢综合征及男性不育等因素。按治疗方式分为宫腔镜组、腹腔镜组及联合组, 各 30 例。各组年龄、不孕年限等资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 术前准备** 术前均行常规检查, 排除严重心、肺疾病、活动性子宫出血、血液系统疾病及急性感染性疾病等手术禁忌证。

**1.2.2 宫腔镜输卵管插管疏通治疗** 选择月经干净后 3 d 到排卵前期进行, 术前 15 min 以 0.25 g 奈普生栓直肠给药, 术前 0.5 h 将 0.5 mg 卡前列甲酯栓置于阴道, 嘱患者保持膀胱充盈, 取截石位, 对外阴、阴道、宫颈进行消毒, 常规铺无菌巾, 使用日本 Olympus 宫腔镜, 膨宫介质采用 5% 葡萄糖溶液, 直视下寻找输卵管口, 于输卵管口插入医用塑料导管至 3 cm 处, 采用亚甲蓝液与 0.5% 甲硝唑混合液判定输卵管通畅度, 再以地塞米松 5 mg+0.5% 甲硝唑 20 mL 加压推注, 术后常规服用抗生素 3 d 预防感染。

**1.2.3 腹腔镜治疗** 采用静脉全身麻醉加气管插管。于腹腔镜直视下观察盆腔情况, 以亚甲蓝液加 0.5% 甲硝唑混合液注入输卵管判定输卵管与周围组织器官关系、通畅度及梗阻部位等, 松解输卵管及盆腔周围粘连, 使输卵管恢复自然弯曲, 再经宫颈行地塞米松 5 mg+0.5% 甲硝唑 20 mL 加压推注, 术后常

规服用抗生素 3 d 预防感染。

**1.2.4 宫腔镜、腹腔镜联合治疗** 术中采用腰硬联合麻醉, 嘱患者保持膀胱充盈, 取截石位, 对宫颈、阴道、外阴及腹部进行消毒, 常规铺无菌巾。采用宫腔镜联合腹腔镜治疗, 于腹腔镜下了解输卵管、卵巢、子宫及盆腔情况, 松解输卵管及盆腔周围粘连, 使卵巢间、输卵管及伞部恢复正常解剖关系, 将亚甲蓝液与 0.5% 甲硝唑混合液经宫腔镜分侧注入输卵管, 判定输卵管通畅情况; 根据输卵管阻塞情况及积水形态对输卵管粘连分别行松解术、输卵管造口术及输卵管伞端成形术; 成功疏通输卵管后用 0.5% 甲硝唑溶液冲洗盆腔。术后用生理盐水反复冲洗盆腔, 采用可吸收线缝合腹壁切口。根据术中感染情况采用抗生素治疗, 术后 1 d 拔除尿管, 同时密切观察患者排气情况。

**1.3 随访** 术后随访 1 年, 观察妊娠结局及术后妊娠率。同时根据不同妊娠结局将所有患者分为妊娠组和未妊娠组, 分析两组在输卵管通畅度、输卵管柔软度及盆腔炎症史方面的差异。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件对所得数据进行统计学分析处理, 计数资料以率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 采用单因素分析对可能影响妊娠的因素进行分析; 以  $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 患者输卵管阻塞及复通情况比较** 治疗后宫腔镜组复通 46 条, 复通率为 79.31%; 腹腔镜组复通 38 条, 复通率为 66.67%; 联合组复通 56 条, 复通率为 96.55%, 联合组复通率明显高于宫腔镜组及腹腔镜组, 比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 三组输卵管性不孕患者输卵管阻塞及复通情况

组别	n	输卵管阻塞 (条)	输卵管复通 (条)	输卵管复通率 (%)
宫腔镜组	30	58	46	79.31*
腹腔镜组	30	57	38	66.67*
联合组	30	58	56	96.55

注: 与联合组比较, \*  $P < 0.05$ 。

**2.2 患者术后妊娠情况比较** 对所有患者随访 1 年, 且术后均未接受其他辅助受孕治疗, 宫腔镜组妊娠率为 63.33%, 腹

腔镜组为 36.67%，联合组为 86.67%，联合组术后妊娠率明显高于宫腔镜组及腹腔镜组，比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 可能影响妊娠结局单因素分析** 根据不同妊娠结局将所有患者分为妊娠组(36 例)和未妊娠组(54 例)，对盆腔炎史、分娩及流产史、输卵管通畅度及柔软度 4 因素进行单因素分析，两组输卵管通畅度、输卵管柔软度及盆腔炎史比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 三组输卵管性不孕患者术后妊娠情况

组别	n	宫内妊娠 (n)	异位妊娠 (n)	未妊娠 (n)	妊娠率(%)
宫腔镜组	30	19	1	10	63.33*
腹腔镜组	30	11	1	18	36.67*
联合组	30	26	1	2	86.67

注：与联合组比较，\*  $P < 0.05$ 。

表 3 可能影响妊娠结局单因素分析(n)

组别	n	盆腔炎史		流产、分娩史		输卵管柔软度			输卵管通畅度		
		有	无	有	无	通畅	通而不畅	阻塞	柔软	欠柔软	僵硬
妊娠组	36	3	53	9	47	56	0	0	49	7	0
未妊娠组	54	10	24	14	20	21	10	3	14	18	2
P		<0.05		<0.05		<0.05			<0.05		

### 3 讨论

输卵管性不孕是导致女性不孕的主要因素，而不孕症会在很大程度上影响妇女身心健康，并可导致婚姻关系不稳定，甚至破裂，进而带来一系列社会问题<sup>[3-4]</sup>。导致输卵管通而不畅或阻塞的主要原因是慢性炎症，输卵管壁因炎症细胞浸润，组织产生相应的纤维化而增粗，黏膜减少，管腔变细，受精过程受阻，进而影响妊娠<sup>[5]</sup>。

治疗输卵管性不孕的常用方法为腹腔镜治疗，其在诊断与治疗输卵管性不孕方面具有显著优势，腹腔镜直视下可准确了解盆腔情况，通过输卵管插管通液明显提高诊断准确率，避免因其他原因造成的误诊，具有创伤小、操作方便、恢复快等优点<sup>[6]</sup>。但腹腔镜的运用存在一定局限性，其对治疗输卵管管腔内部粘连及近端阻塞效果不佳<sup>[7]</sup>。宫腔镜输卵管插管疏通在直视下分别加压疏通治疗双侧输卵管，能准确诊断及治疗输卵管阻塞，疏通轻、中度输卵管粘连作用明显，但无法对远端阻塞及盆腔内情况作出客观评价<sup>[8]</sup>。宫腔镜输卵管插管疏通联合腹腔镜治疗能弥补相互不足之处，对恢复输卵管生理功能、避免术后输卵管再粘连及提高受孕率具有帮助作用。

有学者研究结果显示宫腔镜和腹腔镜联合治疗组与腹腔镜治疗组及宫腔镜治疗组在手术时间、术中出血量及住院天数方面比较差异无统计学意义，宫腔镜和腹腔镜联合治疗组复通率明显高于另外两组，但在术后妊娠率上比较差异无统计学意义<sup>[9]</sup>。本研究得到宫腔镜联合腹腔镜组复通率及术后妊娠率均明显高于宫腔镜组及腹腔镜组，比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，与上述报道结果存在一定差异。本研究表明相比于单用宫腔镜及腹腔镜治疗，宫腔镜联合腹腔镜治疗能显著提高术后妊娠率，且不会增加异位妊娠率。其原因为腹腔镜手术不能行输卵管插管，难以观察子宫内膜病变情况，复通输卵管效果不理想，宫腔镜联合腹腔镜则可观察输卵管子宫腔开口情况，检查有无粘连及息肉，此外还可通过插管疏通过程治疗输卵管痉挛，有效清除炎症渗出物，防止发生组织炎性粘连及栓子堵塞，进而明显提高复通率及术后妊娠率<sup>[10]</sup>。另外，本研究得到影响结局的因素主要包括输卵管通畅度、输卵管柔软度及盆腔炎史，其中输卵管通畅度是显示输卵管功能的基础指标，是影响临床疗效的最主要因素，即输卵管越通畅，预后越好。术中应充分考虑上述因素，避免对手术结局产生不利影响。

综上所述，宫腔镜与腹腔镜联合输卵管疏通术在治疗输卵管性不孕方面优于单纯采用腹腔镜或宫腔镜治疗，在明显提高手术成功率的同时不增加异位妊娠率，可作为治疗输卵管性不孕的理想方式，值得在临床上进一步应用。

### 参考文献

- [1] 黄茜, 邹彦. 女性不孕症病因及相关因素的研究进展[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(3): 332-334.
- [2] 逯彩虹, 王海波, 戴卫红, 等. 阴道注水腹腔镜检查在通畅输卵管功能性不孕诊治中的应用[J]. 山东医药, 2012, 52(48): 86-87.
- [3] 周黎明, 郑娟, 孙亦婷, 等. 醋酸亮丙瑞林微球治疗子宫腺肌病合并不孕的临床疗效观察[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(5): 334-337.
- [4] 张煜, 周静, 李明星, 等. 声诺维超声造影评价碘油过敏不孕妇女输卵管通畅性的临床价值[J]. 海南医学, 2013, 24(21): 3179-3181.
- [5] 王巧荣. 不同程度子宫内异位症引起不孕与输卵管通畅的相关性探讨[J]. 河北医学, 2014, 20(3): 398-400.
- [6] 陈小平, 陈靛芬, 黄丽萍, 等. 活血化瘀中药联合腹腔镜对轻型子宫内异位症不孕患者血清 MCP-1, RANTES 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(4): 319-322.
- [7] 张海萍. 子宫输卵管碘油造影和腹腔镜检查对盆腔粘连不孕的临床意义[J]. 中国基层医药, 2013, 20(24): 3725-3727.
- [8] 胡春秀, 孔祥玲, 陈晓, 等. 输卵管妊娠后不孕患者宫腔镜与腹腔镜联合治疗分析[J]. 天津医药, 2011, 39(8): 748-750.
- [9] 杨菊红, 王莹, 姜海荣, 等. 腹腔镜治疗输卵管近、中段阻塞性不孕效果分析[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(7): 1154-1155.
- [10] 崔艳艳, 刘健. 腹腔镜诊治输卵管因素为主的不孕症 31 例临床分析[J]. 中华全科医学, 2013, 11(7): 1080.