本文引用:付蕊红.宫腔镜联合腹腔镜在女性不孕症诊断及治疗中的应用[J].新乡医学院学报,2014,31(11):937-939.

【临床研究】

宫腔镜联合腹腔镜在女性不孕症诊断及治疗中的应用

付蕊红
(北京市丰台中西医结合医院妇产科,北京 100072)

摘要: **目的** 探讨宫腔镜联合腹腔镜在女性不孕症诊断及治疗中的应用价值。**方法** 选择2007年1月至2010年12月北京市丰台中西医结合医院收治的200例不孕症患者,所有患者给予宫、腹腔镜联合检查明确病因并采取有针对性的治疗措施,治疗后随访3 a,观察治疗效果。**结果** 200例患者中,不孕症的病因主要有慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、宫腔粘连和多囊卵巢综合征等。原发性不孕症与继发性不孕症的病因构成存在差异,子宫内膜异位症在原发性不孕症患者中的发生率高于继发性不孕症患者($P=0.001$);慢性盆腔炎和宫腔粘连在继发性不孕症患者中的发生率高于原发性不孕症患者($P=0.047$,$P=0.039$)。获得随访的196例患者中,正常妊娠96例,其中自然受孕69例,辅助妊娠27例,总妊娠率48.98%。**结论** 宫腔镜联合腹腔镜检查能快速、准确地诊断不孕症的病因,并可及时采取针对性治疗措施,具有诊断准确、手术创伤小、术后妊娠率高等优势。

关键词: 宫腔镜;腹腔镜;不孕症
中图分类号: R711.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1004-7239(2014)11-0937-03

Application of hysteroscopy combined with laparoscopy in the diagnosis and treatment of female infertility

FU Rui-hong
(*Department of Obstetrics and Gynecology, Fengtai Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine of Beijing City, Beijing* 100072, *China*)

Abstract: **Objective** To explore the value of hysteroscopy combined with laparoscopy in the diagnosis and treatment of female infertility. **Methods** A total of 200 patients with female infertility in Fengtai Hospital of Integrated Traditional and Western Medicine of Beijing City from January 2007 to December 2010 were selected. All patients were given hysteroscopy combined with laparoscopy and targeted treatment. The patients were followed up for three years to observe the therapeutic efficacy. **Results** The main causes of infertility in 200 patients were chronic pelvic inflammatory disease, endometriosis, intrauterine adhesions and polycystic ovary syndrome. The causes of primary infertility and secondary infertility were different. The rate of endometriosis in the patients with primary infertility was significantly higher than that in the patients with secondary infertility($P=0.001$). The rates of chronic pelvic inflammatory disease and intrauterine adhesions in the patients with secondary infertility were significantly higher than those in primary infertility($P=0.047$, $P=0.039$). Among the 196 patients who were followed up, 96 cases were normal pregnancy, the total pregnancy rate was 48.98%. Among the 96 cases of normal pregnancy, 69 cases were natural conception, 27 cases were assisted pregnancy. **Conclusion** Hysteroscopy combined with laparoscope can quickly and accurately diagnose the cause of female infertility, and can promptly take targeted treatment. It has the advantages of exact diagnosis, minor surgical trauma and high postoperative pregnancy rate. Therefore, it is the reliable method for infertility diagnosis and treatment.

Key words: hysteroscopy; laparoscopy; infertilitas feminis

近年来,由于环境及饮食因素的影响,我国女性不孕症的发病率呈逐年上升的趋势[1],其病因错综复杂,包括生理、病理及心理等多方面因素。传统的输卵管通液术及子宫输卵管碘油造影、中医治疗等诊断及治疗措施效果并不理想,对不孕症患者的身心健康造成极大伤害[2]。随着内镜技术和微创手术的应用发展,宫腔镜和腹腔镜技术广泛应用于不孕症的临床诊断与治疗,通过腔镜直接观察盆腔、腹腔及宫腔内的情况,了解病变,明确病因,为诊断和治疗女性不孕症开辟了新途径[3]。本研究旨在探讨宫腔镜联合腹腔镜在女性不孕症诊断与治疗中的应用价值及临床意义。

DOI: 10.7683/xxyxyxb.2014.11.021
收稿日期: 2014-06-11
作者简介: 付蕊红(1970-),女,河北廊坊人,学士,副主任医师,研究方向:妊娠期糖尿病。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月至 2010 年 12 月在北京市丰台中西医结合医院妇产科接受宫腔镜和腹腔镜联合手术诊治的不孕症患者 200 例，年龄 23 ~ 42 岁，平均(31.3 ± 3.9)岁，不孕时间 1 ~ 17 a，平均(5.1 ± 3.1)a，其中原发性不孕症 69 例，继发性不孕症 131 例。患者均符合不孕症的诊断标准[4]，妇科检查未见异常，排卵期监测均有排卵。排除标准：因男性原因不孕者；因遗传、内分泌或免疫等因素所致不孕者；合并心血管、肝、肾或造血系统等原发性疾病及精神病者；有生殖系统结核者。

1.2 手术方法 所有患者完善术前常规检查，无手术禁忌证。在月经干净后 3 ~ 7 d 进行手术，所有患者均在气管插管下行全身复合麻醉，取膀胱截石位。建立 CO_2 气腹，采用标准的三孔操作方法，插入腹腔镜器械；常规外阴和阴道消毒后，扩张宫颈，插入宫腔镜器械，并用 50 g · L^{-1} 葡萄糖溶液或生理盐水膨宫。通过腹腔镜和宫腔镜仔细观察盆腔、子宫、卵巢和输卵管等情况，给予输卵管口导管置入，向内注入亚甲蓝液，根据注入亚甲蓝液的难易程度、输卵管内亚甲蓝液的流动情况和伞端亚甲蓝液流出情况，判断输卵管通畅情况及程度。根据检查的具体情况，判断不孕的原因，考虑患者的实际情况，选择适当的手术方法予以治疗。对于盆腔粘连的患者行盆腔粘连松解术、输卵管堵塞的患者行输卵管伞端形成或造口术、子宫内膜异位症给予异位内膜清除术、卵巢囊肿的患者给予囊肿剥除术，根据宫腔病变同时行宫腔粘连分解术、子宫纵隔切除术、子宫内膜息肉摘除术；对输卵管近端阻塞者，在腹腔镜下行输卵管加压疏通术。术中用生理盐水冲洗输卵管和盆腔，同时在输卵管内置入透明质酸钠，防止粘连，术后给予常规抗感染及补液治疗。

1.3 输卵管通畅情况判定标准 通畅：注入亚甲蓝液时无阻力，输卵管呈充盈状态且无局部膨大，宫腔内无反流，伞端亚甲蓝液顺利流出；通而不畅：注入亚甲蓝液时有一定的阻力，反复加压后输卵管可见充盈，亚甲蓝液流速缓慢，输卵管局部有所膨大，宫腔内有部分反流，伞端有部分亚甲蓝液流出呈细珠状；阻塞：注入亚甲蓝液时阻力巨大，输卵管无法充盈，亚甲蓝液完全反流，伞端无液体流出[5]。

1.4 术后处理 子宫内膜异位症、子宫内膜息肉、多囊卵巢综合征、输卵管整形术后等患者，建议术后尽早受孕。宫腔粘连分离、子宫黏膜下肌瘤切除、子宫纵隔切除术后放置宫内节育环 3 个月，同时人工周期治疗 3 个月，建议停药 3 个月后受孕。输卵管病变严重、行输卵管峡部阻断术者建议人工受孕。

1.5 术后随访 由经培训合格的调查员进行，随访 3 a，每 3 个月门诊或电话随访 1 次，记录妊娠情况，宫内妊娠以超声检查见宫内孕囊确诊，异位妊娠以开腹或腹腔镜手术确诊，随访 3 a 个月仍未妊娠者则终止随访，按仍未妊娠记录。对于宫内妊娠者，则随访至妊娠终止。

1.6 统计学处理 应用 SPSS 16.0 软件对数据进行统计学处理，定性资料采用率或百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验；$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病因分布 不孕症的病因主要有慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、宫腔粘连和多囊卵巢综合征等。原发性不孕症与继发性不孕症的病因构成存在差异，子宫内膜异位症在原发性不孕症患者中的发生率高于继发性不孕症患者，差异有统计学意义($\chi^2 = 10.431$，$P = 0.001$)；慢性盆腔炎和宫腔粘连在继发性不孕症患者中的发生率高于原发性不孕症患者，差异均有统计学意义($\chi^2 = 3.959$，$P = 0.047$；$\chi^2 = 4.250$，$P = 0.039$)；见表 1。

表 1 200 例女性不孕症患者病因分布

Tab. 1 Distribution of the causes in 200 patients with female infertility 例(%)

不孕症类型	n	慢性盆腔炎	子宫内膜异位症	多囊卵巢综合征	卵巢囊肿	子宫肌瘤	盆腔结核	子宫纵隔	宫腔粘连	子宫内膜息肉
原发性不孕症	69	32(46.38)	22(31.88)	7(10.14)	1(1.45)	2(2.90)	0(0.00)	1(1.45)	2(2.90)	2(2.90)
继发性不孕症	131	80(61.07)[a]	16(12.21)[b]	8(6.11)	2(1.53)	2(1.53)	1(0.76)	3(2.29)	15(12.98)[a]	4(3.05)

注：与原发性不孕症患者比较[a]$P < 0.05$，[b]$P < 0.01$。

2.2 术后妊娠情况 术后随访 3 a，失访 4 例，196 例患者中正常妊娠 96 例，其中自然受孕 69 例，辅助妊娠 27 例，总妊娠率 48.98%。196 例获得随访患者中原发性不孕症 68 例，妊娠 31 例，妊娠率 45.59%；继发性不孕症 128 例，妊娠 65 例，妊娠率 50.78%；原发性不孕症和继发性不孕症患者的妊娠率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.479$，$P = 0.489$)。所有患者术后 1 a 内妊娠 71 例，妊娠率 36.22%(71/196)，而术后 1 ~ 3 a 妊娠 25 例，妊娠率 12.76%(25/196)。96 例妊娠者孕期随访足月顺产 49 例，剖宫产 41 例，流产 2 例，异位妊娠 4 例。不同病因不孕症患者术后妊娠情况见表 2。

表 2　196 例不同病因不孕症患者术后妊娠情况

Tab. 2　Postoperative pregnancy of the 196 female infertility patients with different etiologies　　例(%)

妊娠时间	慢性盆腔炎	子宫内膜异位症	多囊卵巢综合征	卵巢囊肿	子宫肌瘤	盆腔结核	正常盆腔	子宫纵隔	宫腔粘连	子宫内膜息肉
≤1/a	46(23.47)	10(5.10)	0(0.00)	2(1.02)	2(1.02)	0(0.00)	5(2.55)	0(0.00)	5(2.55)	1(0.51)
1 ~ 2/a	8(4.08)	4(2.04)	1(0.51)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	3(1.53)	0(0.00)	2(1.02)	0(0.00)
2 ~ 3/a	2(1.02)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(1.02)	0(0.00)	2(1.02)	0(0.00)	1(0.51)	0(0.00)

3　讨论

女性不孕症主要通过内分泌检查、超声检查、输卵管通液及造影、腔镜技术等进行诊断和治疗。宫、腹腔镜可以直观、快捷、准确地诊断不孕症的病因,可以通过宫腔镜直视下了解宫腔的形态和功能、有无宫腔粘连、输卵管子宫腔开口情况等;可以在腹腔镜下直接观察盆腔脏器的情况,判断输卵管周围是否粘连、输卵管的通畅情况及梗阻部位,了解是否存在子宫内膜异位症和其他盆腔疾病。宫、腹腔镜联合诊断准确率高,对不孕症病因的诊断有重要意义。本研究结果显示,通过宫、腹腔镜联合诊断,在不孕症的致病因素中,慢性盆腔炎居首位,这与徐海鸥等[6]的报道相一致。原发性不孕症与继发性不孕症的病因构成存在差异,子宫内膜异位症在原发性不孕症患者中的发生率高于继发性不孕症患者,慢性盆腔炎和宫腔粘连在继发性不孕症患者中的发生率高于原发性不孕症患者;继发性不孕症患者多有宫腔操作史,使得宫腔粘连成为继发性不孕症的第 2 位致病因素。

宫、腹腔镜联合检查不仅能全面评价宫腔和腹腔情况,明确病因,判断预后、指导术后妊娠方式的选择,而且能根据患者的实际病情及时实施合理的治疗措施,如宫腔粘连分解术、子宫纵隔切除术、子宫内膜息肉切除术、盆腔粘连分离术、子宫内膜异位病灶清除术、卵巢囊肿剥除术和输卵管疏通术等,手术创伤小、时间短,术中出血少,术后恢复快,并发症少,最终得以清除病灶,减轻疼痛,促进和改善生育,充分体现了腔镜技术的优势[7]。有研究报道,宫、腹腔镜联合诊治术能同时了解宫腔、腹腔及输卵管的异常,并在宫腔镜下行输卵管通液术,有的放矢地通畅输卵管,很大程度上提高了术后妊娠率[8]。本研究结果显示,宫、腹腔镜联合诊治不孕症的术后妊娠率为 48. 98%,与近年国内报道的 48. 8% ~ 54. 5% 相符合。宫、腹腔镜在确定诊断的同时完成手术治疗,充分发挥宫腔镜与腹腔镜微创手术的优势互补,拓宽了内镜手术诊治不孕症的范围,有良好的临床应用价值。

本研究结果显示,慢性盆腔炎是引起不孕的主要因素,而慢性盆腔炎所致的盆、腹腔粘连最终可能引起输卵管扭曲、阻塞或积液,严重影响术后妊娠。故术中要严格坚持规范化操作,手法要轻柔细致,可以将活动度良好、光滑的大网膜置于松解术后的创面之间以避免分离的创面再粘连,同时在创面上覆盖生物蛋白胶或可吸收防粘透明膜等以避免两粗糙面直接接触重新形成粘连;通过去除粘连,可以松解盆腔脏器,恢复输卵管及卵巢的功能,提高受孕率。而对于致密而广泛的粘连等严重粘连,则不提倡完全分离,无谓的分离反而延长手术时间,增加手术的危险性。而本研究中,术后 4 例患者发生异位妊娠,可能由输卵管功能障碍所致,因此对于输卵管病变严重而不能恢复自然受孕或受孕可能性极小者,术中积极切除输卵管或从输卵管峡部灼断是可行的,术后鼓励患者及早进行体外受精-胚胎移植治疗。

综上所述,采用宫、腹腔镜联合诊治不孕症,具有诊断准确、手术创伤小、术后妊娠率高等优势,是一种较为理想的手段,具有良好的临床应用前景。

参考文献:

[1] 杨年,廖治. 宫腹腔镜诊治不孕症 845 例的应用及结局分析[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(5):380-382.

[2] 胡春秀,陈亚琼,侯海燕,等. 输卵管妊娠保守手术后不孕患者再手术情况分析[J]. 中华医学杂志,2014,94(11):848-851.

[3] 张雯珂,侯海燕,陈亚琼. B 超介入宫腔镜输卵管通液术在评价输卵管通畅度中的作用[J]. 新乡医学院学报,2013,30(2):135-138.

[4] 艾海权,李晓兰,龙梅,等. 宫腹腔镜在女性不孕症诊治中应用[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2013,27(1):77-79.

[5] 张元. 宫腹腔镜联合手术治疗女性输卵管性不孕症的临床分析[J]. 医护论坛,2011,8(6):144-145.

[6] 徐海鸥,张李钱,瞿向东,等. 宫腹腔镜联合诊治不孕症 58 例临床分析[J]. 中国医师进修杂志,2010,33(18):60-61.

[7] 施建红. 宫腔镜和腹腔镜联合诊治不孕症的临床效果分析[J]. 中国医药导刊,2012,14(8):1367-1368.

[8] 苏敏君,申健. 宫腹腔镜联合手术诊治不孕症 120 例分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2010,18(1):122-123.

(本文编辑:徐自超　英文编辑:徐自超)