

讨 论

一、导管栓塞与手术治疗的比较

精索静脉曲张是男性青年的常见病,传统均需手术治疗。1981年 White 等首先报告了应用漂浮导管的可脱离硅胶囊栓塞治疗精索静脉获得成功^[2],从而免除了手术痛苦,使患者得到及早恢复。精索静脉曲张是由于瓣膜不很健全,加之行径很长,周围又缺乏结缔组织的支持所引起,尤其是左侧精索静脉的解剖又呈直角回流入肾静脉,血流阻力大,因此左侧精索静脉曲张很多见,约占95%^[3]。传统的治疗方法是高位结扎,复发率为0.2~2.5%^[4],主要原因是漏扎。用导管栓塞曲张的精索静脉,栓塞的部位较手术结扎的位置平面高,又是精索内静脉分支汇合以上的主干内,从复发及发病机制来说,效果应较手术结扎优越,不存在遗漏情况,减少手术复发率。导管法是在血管腔内操作,损伤组织少,并发症少,又具有不手术,只需局麻,复发率低等优点,病人易接受。

二、栓塞材料的选择

在栓塞材料方面,我们认为理想的栓塞剂应具备材料是效果永久,易释放,刺激性小,不易返流,透视下可监视,价格低,取材容易,操作简单等优点。常用的栓塞

材料有可脱离球囊,不锈钢圈,无水酒精及鱼肝油酸钠等。它们各自有不同的特点。可脱离球囊在操作技术上要求较高。不锈钢圈释放技术简单,但型号选择不当可脱落。无水酒精使血管内皮细胞损伤形成血栓,栓塞时疼痛。鱼肝油酸钠破坏血细胞,使血细胞附着聚集形成血栓。但液体栓塞剂的共同特点是因x线无法显示,不能观察操作过程。采用NT-海球栓既可透视观察,又可随访,减少了盲目操作,又有记忆性能,减少不必要钢丝型号选择,栓塞完全,无痛苦,是较理想的栓塞材料。

(本文承张春才、张维娥老师指导特此致谢)

参 考 文 献

1. 张春才,等. 形状记忆合金与医学. 冶金医药情报1991;2:65.
2. White RI Jr, et al. Declusion of varicoceles with detachable bolloons. Radiology 1981; 139:327.
3. 杨立林. 泌尿外科基本知识问答. 学术书刊出版社出版 1990;180.
4. Wevssbach L, et al. Treatment of idvopathic varicoceles by trans'emoral tesicular vein occlusion J urol 1981; 126:354.

下腔静脉双向插管一次注药同步造影

杨学良 郭建平 宋培平 徐宗海

对于 Budd-Chiari 综合征等下腔静脉阻塞性疾病,施行下腔静脉双向插管一次注药同步造影,能同时获得显示阻塞病变两侧下腔静脉形态及阻塞类型和长度的造影片。制备一个“Y”形连接管即可达到上述目的。

1. “Y”形连接管制作和功能:用不锈钢管焊接而成,前端两个乳头接造影导管,其尺寸与普通注射器相同;连接管尾端接高压注射器,与一般导管尾端接口无异。为防止高压注射时导管脱落,连接处各有一个紧固螺母固定。连接管兼有分流和调节流量的双重功能。

2. 造影和方法:采用 Seldinger 技术经皮分别穿刺右股静脉和右锁骨下静脉,插入 7F“猪尾”导管,导管头置阻塞病变上下两侧。两根导管尾端接到“Y”形连接管两个乳头上,连接管尾端与高压注射器相连。

下腔静脉阻塞两侧血流速度存在显著差异,近心侧因邻近右房血流速度急速,远心侧血流速度缓慢,故应将上肢导管接于连接管的直脚乳头上,下肢导管接于斜脚乳头上。

造影剂采用60%泛影葡胺,总量 40ml,速率15~20ml/s,摄片: 2张/s,1~5张; 1张/s,6~8张,共摄8张。

(摘自《中华放射学杂志》1993 年第 27 卷第 707 页)