

·临床经验 Clinical experience·

超滑导丝在输卵管再通术中的应用

赵传林, 刘红菊, 刘琛志, 蒋梓龙

中图分类号:R581.1 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)-08-0501-02

Usage of super-slip lead silk in oviduct recanalization ZHAO Chuan-lin, LIU Hong-ju, LIU Chen-zhi, JIANG Zi-long. Department of Intervention, Liaocheng People's Hospital, Shandong Province, Liaocheng 252000, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 501-502)

【Key words】 Fallopian tube obstruction; Infertility; Interventional therapy

我院自 2001 年 4 月开始, 将两种规格超滑导丝应用于输卵管再通术中治疗输卵管性不孕共 106 例, 取得满意效果。现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本组 106 例中 41 例为原发性不孕, 65 例为继发性不孕, 年龄 25 ~ 42 岁, 平均 31 岁。术前均行子宫输卵管造影明确诊断为输卵管完全性或不完全性梗阻, 其中 7 例已手术切除单侧输卵管, 2 例为单角子宫。

1.2 方法

1.2.1 使用设备与器材 使用西门子 Angiostar plus 血管造影机造影。输卵管再通全套由美国 COOK 公司生产, 包括 DBH-100 双球囊工作鞘管和 FTC-550-NT 导管导丝套装, 后者含 J 形金属导丝、5.5F 导管、3F 微导管和 0.015 英寸铂金头微导丝各一条。0.035 英寸 J 形超滑导丝和 0.018 英寸 J 形超滑微导丝均为日本 TERUMO 公司产品。

1.2.2 操作方法 患者取截石位, 常规消毒后铺巾。将 J 形导丝与 5.5F 导管组合插入双球囊工作鞘管, 使头部平齐, 一起经宫颈口置入宫腔, 若置入困难, 可在导丝导管引导下操作。成功置入宫腔后, 先经导管注射 30% 泛影葡胺进行宫腔及输卵管造影, 明确子宫形态、子宫角部位置和输卵管阻塞部位, 随后导管在 J 形导丝协助下选插子宫角部的输卵管开口部。若使用超滑导丝, 与导管的配合有 2 种方法可以选择: ①旋转推进超滑导丝直接探寻输卵管

开口, 然后跟进导管; ②推进超滑导丝, 使其在宫腔内反折成襻, 襻顶朝向病侧子宫角部, 跟进导管至襻顶, 随后继续推进至子宫角部, 此时导丝襻顶变为尖角状, 固定导管后撤导丝, 导管即正对输卵管开口。注射对比剂行选择性输卵管造影, 继续加压注射争取输卵管复通。若不能再通, 则经 5.5F 导管插入微导管和微导丝至输卵管间质部或峡部, 经微导管加压注射对比剂试行再通, 若不成功, 则利用微导丝的扩张分离作用轻轻推进微导丝直至抵抗感消失, 再将导丝向前推进 1 ~ 2 cm 使输卵管再通。若使用超滑微导丝进行再通, 则旋拧导丝, 利用其钻挤能力增加再通成功机会。抽出导丝注入对比剂, 观察输卵管再通情况。如输卵管全程显示并可见对比剂经伞部进入盆腔弥散表示再通成功。注入再通液 (含庆大霉素 8 万 u、地塞米松 5 mg、 β 糜蛋白酶 5 mg 和生理盐水 20 ml) 并保留 10 ~ 20 min。术后连续 3 d 给予抗生素预防感染。下次月经后 7 d 再行通液治疗, 隔日 1 次共 3 次, 3 个月为一疗程, 确保输卵管通畅。

2 结果

2.1 输卵管开通情况

106 例患者共堵塞 203 条输卵管, 191 条开通, 复通率为 94%。其中 185 条输卵管为近侧 (间质部、峡部) 堵塞, 开通 183 条, 成功率约 98%。

2.2 并发症

少数患者术中发生恶心, 多数患者感到不同程度腹痛、腹胀, 尤其是输卵管粘连严重者。以上症状患者一般都能忍受, 平卧半小时后均好转。术后少量阴道出血。术中术后未发生感染、大出血及输卵

作者单位: 252000 山东省聊城市人民医院介入科

通讯作者: 赵传林

管破裂。

3 讨论

1985 年首先介绍选择性输卵管造影术及再通术,以后国内外许多学者进行了临床应用研究^[1-4]。国内卢关松等^[5]报道 3 802 例不孕症患者中经腹腔镜或输卵管造影检查证实为输卵管性不孕占 37.4%,输卵管阻塞是女性不孕的重要原因。介入性输卵管再通术利用专用输卵管再通器械在 X 线监视下操作,造影及再通治疗可一次完成^[1],既进行了造影,明确了输卵管有无阻塞、阻塞部位及性质,又进行了介入治疗,并完成了一次良好的通水。介入治疗中的造影增加了疏通输卵管阻塞的压力使某些黏液栓子、细胞碎屑及其他分泌物挤出和冲洗。如粘连严重,阻力较大,向输卵管内插入导管导丝,对腔内粘连进行松解、分离和对狭窄部位进行扩张,直至输卵管复通^[6]。因此介入治疗输卵管阻塞具有定位准确、可重复性强、安全、可靠、微创等特点,是输卵管间质部、峡部阻塞的首选治疗方法。

子宫角部的选择性插管成功率为 78% ~ 95.5%,近端输卵管再通率 80% ~ 97.4%。这种结果的差异,除受病例选择影响外,还与术者技术操作能力和器械类型有关。直导丝能对梗阻的输卵管起到扩张分离作用,但在复通过程中极易造成新的创伤,以至发生再次狭窄,而 J 形导丝尽管对宫腔刺激小但不能较好的解决导管一次性到位问题,而超滑导丝填补了以上不足^[7]。超滑导丝(TERUMO 公司产品)是由不锈钢内芯和超滑外膜构成,与金属导丝相比我们认为具有如下优点:①超滑外膜完整,导丝每段受力均匀,因而不易折损,即使有弧状变形一般也不影响使用,因此反复应用次数多;②导丝整体性好,旋转扭控力强,容易掌控导丝头端的方向和位置,从而有利于选择性插管。我们总结了 2 种选择性插管方法,可随意或交叉选择采用。本组 106 例 203 条输卵管成功率即达到了 100%。同时,超滑微导丝容易通过输卵管显著迂曲段,而且具有

旋转钻挤能力,使输卵管再通的可能性明显增加;③导丝表面的超滑性能,不易损伤子宫和输卵管内膜,有望提高患者的受孕率。虽然介入性输卵管再通术作为输卵管复通的一种微创治疗手段已被大家认同,它毕竟仍有一定的机械创伤性,从而影响受孕率,甚至发生宫外孕^[1,8]。因此,在操作中如遇有不易插入者,可将输卵管再通器械标准套中的金属 J 形导丝和铂金头微导丝分别替换为 0.035 英寸超滑导丝和 0.018 英寸超滑微导丝,使操作更方便,减少甚至避免医源性损伤,进一步提高再通成功率。

超滑微导丝抗折和抗牵拉力强,重复使用次数一般在 10 次以上,不能继续使用的原因是导丝超滑外膜退化,在导管内推进和旋转阻力增大而影响操作。

[参考文献]

- [1] 詹晓星,杨建勇,李红发,等.选择性输卵管造影和再通术(附 70 例报告)[J].中华放射学杂志,1992,26:710-711.
- [2] 赵斌,连方,胡安常,等.选择性输卵管造影与导管扩通术治疗输卵管阻塞 100 例体会[J].中华放射学杂志,1995,29:711.
- [3] 杨建勇,李红发,冯敢生,等.用自制同轴导管行选择性输卵管造影及再通的临床应用[J].临床放射学杂志,1996,15:49.
- [4] 吴文劲,王先岭,文进春,等.选择性输卵管造影与再通术对阻塞性不孕的疗效分析[J].中华放射学杂志,1994,28:777.
- [5] 卢关松,高兰英,李凤珍,等.宫腔镜插管通液结合中药治疗输卵管阻塞性不孕症 358 例分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17:315-317.
- [6] 聂晓辉.输卵管阻塞性不孕放射介入治疗 32 例临床分析[J].中国现代医学杂志,2003,16:103-104.
- [7] 陈毓秀,李广琪,冯晨等.输卵管介入再通术 1008 例疗效分析[J].武警医学院学报,2004,13:302-304.
- [8] 邢丽华,张元桂,马新明,等.改制微导管同轴法再通治疗输卵管阻塞性不孕的临床应用研究[J].介入放射学杂志,2000,1:32-34.

(收稿日期:2005-06-20)