

作过程中应特别小心并采取适当的措施。预防支架脱落的方法是: 支架装载时, 一定要用力, 使支架牢固地固定在球囊上; 输送时一定要使用长鞘管; 输送时球囊内注入并保持少许压力(0. 5~ 1 atm)。

总之, JOSTENT 支架具有较强的支撑力及良好的柔顺性, 扩张后不回缩, 不透 X 线, 生物相容性好, 是一种治疗主动脉及外周血管狭窄梗阻性病变更理想的支架。

参 考 文 献

1. Strecker ER, Liermann D, Wolf KR, et al. Expandable tubular stents for treatment of arterial occlusive diseases: experimental and clinical results. work in progress. Radiology, 1990, 175: 97.
2. Palmaz JC, Garcia OJ, Schatz RA, et al. Placement of balloon expandable intraluminal stents in ilia carteries: first 171 procedures. Radiology, 1990, 174: 969.

3. Cragg A, Lund G, Rysavy J, et al. Nonsurgical placement of arterial endoprotheses a new technique using nitinol wire. Radiology, 1983, 147: 259.
4. Strecker ER, Hagen B, Liemann D, et al. Iliac and femoropopliteal vacular occlusive disease treated with flexible tantalum stent. Cardio-vasc Intervent Radiol, 1993, 16: 158.
5. Wright KC, Wallace S, Charsangavej C, et al. Percutaneous endovascular stents: an experimental study. Radiology, 1985, 156: 69.
6. Rousseau HP, Raillat CR, Joffre FG, et al. Treatment of femoropopliteal stenosis by means of self expandable endoprotheses: mid term results. Radiology, 1990, 175: 97.
7. White CJ. Angiographic patency of a balloon expandable tantalum coil stent in coronary and renal arteries of dogs. Circulation, 1990, 82: 655.
8. Figulla HR, Mudra H, Reifart N, et al. Direct coronary stenting without predilatation: a new therapeutic approach with a special balloon catheter design. Cathet Cardiovasc Diagn, 1998, 43: 245-252.

(收稿日期: 2000 01-26)

• 病例报道 •

肝动脉插管中管头折断三例

莫隆高 卢忠武 谭俊扬 韦彩群

导管折断是介入性治疗中少见并发症, 我院于 1999 年在肝癌介入治疗行肝动脉插管中, 导管头折断 3 例, 现报告如下。

例 1, 男, 35 岁。折断导管头端位于腹腔动脉, 尾部在腹主动脉内, 用 Cook 公司生产的网篮导管顺利取出。例 2, 男, 30 岁。断管之头、尾部均已进入肝总动脉内。例 3, 男, 59 岁。断管头随血流很快坠入左股深动脉, 头端已进入其分支内。后两例断管未能取出, 均系晚期肝癌病人。

3 例病人均采用 Seldinger 技术行右股动脉穿刺, 置入导管鞘, 引入 Cook 公司生产的导管, 规格型号是 HNB5. 0 38 80 P NS RH HC, 其头端约 3cm 为黑色(简称黑头导管), 3 例均在插管进入腹腔动脉后, 旋转导管入肝总动脉并拉动时导管头突然折断, 折断位置均于导管头部黑色与蓝色交界处以远 2~ 3mm 内。未取出断管的 2 例病人术后腹部疼痛明显

减轻, 肝体积缩小, 食欲增加, 无其他自觉症状, 均于 1 周内出院, 出院前后 1 个月内复查 2 次, 折断导管在血管内位置不变。

经验与教训

1. 3 例均为首次使用的黑头导管, 其优点是在透视下导管头显示尤为清楚, 据了解是新产品, 而折断位置大致相同, 所用该公司其他导管操作多例, 均未发生断管现象。因而我们认为此规格导管质量可能存在问题, 同时与操作技巧有密切关系, 而导管质量是主要因素。

2. 2 例不能取出断管是因为缺乏取出设备, 如异物钳、球囊导管等, 同时此 2 例均属晚期肝癌病人, 并且断管位置较深, 难于行血管切开放出。宜尽快备齐取异物等器械, 尽量用介入方法取出断管, 并应注意掌握插管操作技巧, 避免断管的发生。

(收稿: 1999-12-02)

作者单位: 547000 广西河池地区人民医院放射科