

肺栓塞;③利用碘水安全性大,流动性好的特点,可以采用双腔球囊导管充盈球囊后堵住子宫颈内口,在造影的同时用宫腔液体加压法开通阻塞的输卵管;④采用碘水造影时,无论是暂时滞留在输卵管中或进入盆腔的碘水都能在 1~3 h 内被吸收排出体外,不会像碘油那样长期在输卵管内滞留,因此没有后遗症;⑤应用碘水造影可以在短时间内完成造影检查和输卵管的加压开通治疗,不仅省时、省钱,而且还大大减少了医患接受 X 线照射的剂量。

我们选用的碘水大多是非离子型造影剂,如:优维显,碘海醇等,少数为离子型造影剂,如:泛影葡胺,两者显影效果相似,但后者不良反应多,进入盆腔后刺激腹膜引起疼痛,因此少用。结论:随着科学技术的进步和设备条件的改善,我们应该废除碘油而改用碘水,特别是选用非离子型造影剂作子宫输卵管造影,同时可作宫腔碘水加压法输卵管再通术。

(收稿日期:2004-10-20)

·临床经验 Clinical experience·

输卵管梗阻部位对介入输卵管再通术的影响

任武科, 刘金牛, 王志敏

中图分类号:R711.76 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2006)05-0304-02

To estimate the impact of fallopian tube recanalization by interventional therapy at the different obstructed sites REN Wu-ke, LIU Jin-niu, WANG Zhi-ming. The Xinzhou Municipal Central Hospital, Xin-zhou City, Shanxi Province 034000, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 304-305)

[Key words] Fallopian tube of obstructed position; Interventional therapy; Fallopian tube recanalization

介入输卵管再通术以其操作简单、安全有效得到广泛应用,给不孕不育患者带来希望。为了进一步提高再通术的疗效,我们总结分析 66 例 132 条输卵管介入再通术病例,重点讨论输卵管梗阻部位对介入输卵管再通术的影响。

1 材料与方法

1.1 材料

本组病例 66 例,其中原发不孕 18 例,继发不孕 48 例,患者年龄 23~42 岁,平均年龄 33 岁。全部病例均经输卵管造影诊断为双侧输卵管梗阻,共计 132 条。于 2002 年 12 月到 2004 年 3 月对此 66 例输卵管梗阻性不孕症患者 132 条输卵管施行了介入输卵管再通术,资料完整。

1.2 方法

采用自制改良输卵管再通装置(该装置获国家专利,专利号 03276232)。X 线机为国产万东 F51-5 电视透视 X 线机。造影剂用 60% 泛影葡胺。手术时间选择在月经干净后 3~7 d。常规作碘过敏试验。具体操作步骤:首先行宫腔造影,找到宫角后行选择性输卵管造影,根据造影情况,间质部近端梗阻选用 0.035 英寸直头超滑导丝、间质部远端及其后选用 0.015 英寸微导丝及微导管再通。

2 结果

66 例 132 条梗阻输卵管经介入输卵管再通术后再通 77 条,再通率为 58.3%。各段阻塞部位的再通情况为:间质部梗阻 36 条,再通 34 条,再通率为 94.4%。其中用 0.035 英寸超滑导丝进入角部捻转后加压通水成功者 15 条,子宫角部显示后用微导丝微导管再通者 19 条。其中 2 条失败。

峡部梗阻 28 条,其中 22 条经微导管导丝再通,再通率 78.6%。其余 6 条不通者均可见阻塞处管

壁僵硬,有粘连瘢痕形成,导丝进退时随导丝同步移动,并有导丝嵌顿现象,导丝有不同程度损坏。

壶腹部及伞端梗阻 68 条,再通 21 条,均为微导管置于峡部通水加压即通,再通率为 30.9%。另有 3 条经导丝再通,但造影剂弥散欠佳,管腔局部不规则,其余 44 条虽经微导管导丝反复操作仍无效。

操作时间:间质部、壶腹部、伞端梗阻再通成功者操作时间均在 15 min 之内,峡部梗阻再通成功者操作时间未超过 20 min。再通失败者,操作时间均超过 40 min。

3 讨论

3.1 本组 66 例 132 条介入输卵管再通术结果显示间质部、峡部、壶腹部及伞端梗阻再通率分别为 94.4%、78.6%和 30.8%,提示输卵管梗阻部位越远再通率越低,近端阻塞的再通成功率远高于远端,此结果与国内外绝大多数文献报道相一致^[1,2]。李广琪等^[3]报道他们应用改良性输卵管再通器械进行介入再通术,其中伞端阻塞 318 条,完全再通 299 条,占 94.2%,角峡部阻塞 515 条,再通 483 条,再通率 93.8%。即输卵管远、近端梗阻再通率相近。对此我们需要认真探讨进一步研究。

3.2 选择性输卵管造影为人们提供确定梗阻部位的可能,并能了解输卵管有无积水、粘连,有无溃疡,走行是否僵硬等对诊断、治疗提供了重要依据。如果考虑有淋病、结核引起者应停止治疗,以免出现并发症。输卵管再通术目的是为解决不孕症,如果基础条件已破坏,强行再通临床意义也不大,且增加放射损害,给其他助孕治疗带来不良影响。我

们建议有明显粘连、管壁不规则、僵直、瘢痕形成者、操作时间超过 20 min 以上仍不能再通者应放弃介入治疗。

3.3 从我们的病例中体会到输卵管有无粘连及粘连程度是影响再通的主要因素。输卵管近端梗阻主要为膜性粘连、粘液栓、内膜脱落组织堵塞引起,发生明显粘连者少见,再通率高,远端梗阻多有明显粘连,且输卵管管腔相对微导管导丝明显宽,起不到夹持作用,再加上该部位输卵管迂曲,活动度大等因素,导管导丝不能很好发挥作用,所以,壶腹部、伞端梗阻导管置于峡部加压通水即可,过多的导丝操作意义不大。李群英等^[4]将壶腹部、伞端梗阻列为再通的禁忌证,但我们认为壶腹部及伞端梗阻行加压通水时,用微导管置于峡部较导管置于输卵管开口处能起到更好的作用,减少了通水时间质部的痉挛增加的压力。本组病例输卵管壶腹部及伞端近 1/3 再通成功。

【参考文献】

- [1] 李麟荪,贺能树.选择性输卵管造影及再通术/介入放射学-非血管性[M].北京:人民卫生出版社,2001,3:265.
- [2] 鄂有国,陈月琴,阮立琴,等.选择性输卵管通液术配合输卵管再通术治疗不孕症[J].介入放射学杂志,2001,10:309-310.
- [3] 李广琪,陈毓秀,杨晓燕.改良输卵管再通器械的临床应用,实用放射学杂志,2001,17:536.
- [4] 李群英,钱朝霞,叶 岚.介入治疗输卵管性不孕相关问题探讨[J].介入放射学杂志,2004,13:457-459.

(收稿日期:2005-11-21)

·临床经验 Clinical experience·

子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤的临床应用

周恒根, 韩洪林, 郭依龙, 刘元山

中图分类号:R737.33 文献标识码:B 文章编号:1008-794X(2006)05-0305-03

Clinical application of arterial embolization for the treatment of uterine leiomyoma ZHOU Heng-gen,

作者单位:221300 江苏省邳州市人民医院放射科

通讯作者:周恒根

万方数据

输卵管梗阻部位对介入输卵管再通术的影响

作者: [任武科](#), [刘金牛](#), [王志敏](#), [REN Wu-ke](#), [LIU Jin-niu](#), [WANG Zhi-ming](#)
作者单位: [034000, 山西省忻州市中心医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2006, 15 (5)
被引用次数: 0次

参考文献(4条)

1. [李麟荪](#), [贺能树](#) [选择性输卵管造影及再通术/介入放射学-非血管性](#) 2001
2. [鄂有国](#), [陈月琴](#), [阮立琴](#) [选择性输卵管通液术配合输卵管再通术治疗不孕症\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2001 (10)
3. [李广琪](#), [陈毓秀](#), [杨晓燕](#) [改良输卵管再通器械的临床应用\[期刊论文\]-实用放射学杂志](#) 2001
4. [李群英](#), [钱朝霞](#), [叶岚](#) [介入治疗输卵管性不孕相关问题探讨\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2004

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200605016.aspx

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 36638295-2605-49d2-bc76-9e1f000501dd

下载时间: 2010年10月30日