

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

HAN Hong-Lin, GUO Yi-long, LIU Yuan-shan. Department of Radiology, Pizhou People's Hospital, Jiangsu Province 221300, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 305-307)

【Key words】 Uterine leiomyoma; Uterine artery; Embolism

子宫肌瘤是女性生殖器官中常见的良性肿瘤,多发生在中青年妇女,患者常因月经量多、经期延长、长期失血导致贫血,部分患者出现盆区疼痛及盆区器官压迫症状,严重影响患者身心健康。我院自 2001 年起开始采用子宫动脉栓塞术(UAE)治疗该病。本研究分析我院收治病例,现报道如下。

1 材料和方法

1.1 临床资料

2002 年 1 月 ~ 2003 年 6 月共对 24 例子宫肌瘤患者行介入治疗,患者年龄 23 ~ 48 岁,平均 38 岁。诊断浆膜下肌瘤 1 例,黏膜下肌瘤 6 例,肌壁间肌瘤 17 例;肌瘤直径 2.4 ~ 10.8 cm;22 例单发肌瘤,2 例多发肌瘤。临床症状有:月经过多(20 例)、盆腔占位症状(尿频、肿块压迫感,4 例)和下腹坠痛(2 例),不孕者 1 例。

1.2 介入治疗方法

采用 Seldinger 技术经皮股动脉插管行双侧髂内动脉造影,了解子宫肌瘤血供情况,然后将 5F Cobra 导管或 RH 导管超选择插入双侧子宫动脉,使用 Cobra 导管需用成袢技术,其中 2 例先用 5F Cobra 导管,同侧子宫动脉未能超选成功,后改用 RH 导管插管成功,1 例肌壁间肌瘤(直径 10.8 cm × 9.5 cm),左侧子宫动脉受推挤,开口向内前上走行, RH 导管经塑形方超选成功;1 例右侧子宫动脉垂直向内前方开口,先用 J 形导丝引导使 5F RH 导管头进入子宫动脉,再用黑泥鳅导丝配合成功超选。成功超选后,即用 PVA 颗粒(直径 300 ~ 500 μm,共 19 例)、海藻酸钠(直径 250 ~ 500 μm,共 5 例)和

庆大霉素生理盐水加对比剂混合注入,栓塞双侧子宫动脉至血流停滞,术后予对症治疗。

1.3 术后随访

出院后,间隔 1 个月定期进行临床和超声随访半年至 1 年。

2 结果

2.1 血管造影表现

2.1.1 栓塞前造影表现 单侧或双侧子宫动脉主干增粗、扭曲、延长,动脉期血管呈弧形包绕征,动脉晚期整个瘤体内毛细血管增多、增粗、紊乱并呈毛线团结构,边缘清楚,实质期肿瘤呈球形染色(图 1、2)。

2.1.2 栓塞后造影表现 肿瘤血管和子宫螺旋动脉消失,仅见子宫动脉主干存在(图 3)。

2.2 技术成功率

24 例均插管成功,8 例单用 Cobra 导管平均手术时间 1.95 h,尤以进穿刺侧子宫动脉困难,14 例单用 RH 导管平均手术时间 0.9 h。

2.3 术后并发症及不良反应

本组 2 例术后发热在 38.5 ℃ 以上并持续 48 h,未作特殊处理;20 例术后出现小腹部疼痛,1 例黏膜下肌瘤患者(肌瘤直径 9.8 cm × 9.0 cm),术后 25 d 疼痛剧烈,妇科及超声检查提示肌瘤不全脱落,后行子宫全切术。

2.4 术后随访情况

2.4.1 栓塞后临床症状改变 20 例栓塞前以出血症状为主患者,栓塞后 1 ~ 3 个月,月经恢复正常,4 例栓塞前有尿频、下腹坠胀等压迫症状者,栓塞后

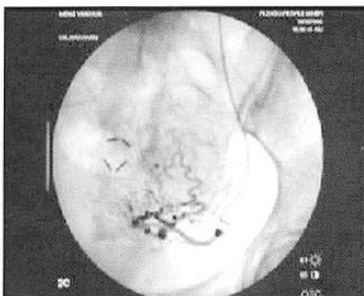


图 1 栓塞前双侧子宫动脉造影
见子宫动脉主干增粗、扭曲



图 2 栓塞前双侧子宫动脉造影动脉晚期瘤体内毛细血管增多呈毛团样

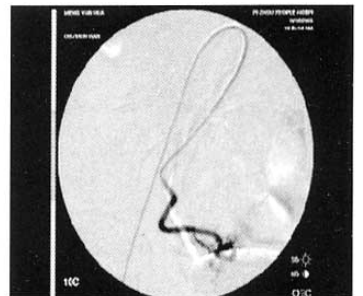


图 3 栓塞后双侧子宫动脉造影示肌瘤血管消失,仅动脉主干存在

明显改善；所有病例随访 12 ~ 30 个月未见临床症状复发或加重。

2.4.2 栓塞后肿瘤大小变化 术后 6 个月 B 超复查显示 4 例黏膜下肌瘤消失, 19 例肌瘤直径为 0.5 ~ 4.5 cm, 比原来缩小 50% ~ 60%, 平均缩小 58%。

3 讨论

子宫肌瘤是妇科常见肿瘤, 其行血管内栓塞治疗的适应证包括: ①症状性子宫肌瘤经 1 ~ 2 个月的药物治疗效果不佳者; ②手术治疗后肌瘤复发者; ③子宫肌瘤导致不孕或流产, 拒绝手术治疗者^[1]。我们认为有下列情况者应慎重: ①浆膜下肌瘤直径大于 10 cm 者, 因其坏死后容易脱入腹腔; ②黏膜下肌瘤较大者, 因其坏死后可能导致不完全脱落, 致介入失败, 值得重视。

子宫动脉(uterine artery)为营养子宫的主要动脉, 起自髂内动脉前干, 沿盆腔侧壁向前内下走行^[2]。使用 Cobra 导管从一侧插入对侧髂内动脉前干后, 其导管头自然曲向前内, 与子宫动脉开口方向一致, 便于导丝进入动脉, 而当导管进入同侧髂内动脉前干后, 其头端自然曲向外, 实际上, 若想旋转导管使其头端指向前内并保持不动, 很难成功; 而导管如果从右侧股动脉插入髂内动脉前干, 无论是

同侧还是对侧, 其导管头均自然曲向前内, 因此便于超选, 另外, 使用 RH 导管插同侧髂内动脉亦不需成袢技术, 方便、简单^[3]; 但当子宫动脉垂直向前内开口时, 此时超滑导丝很难进入动脉, 若配合使用 J 型导丝或塑形导管很容易获得成功。据文献报道 UAE 平均时间 1.86 h^[4], 而我们使用 RH 导管仅 0.9 h, 显然具有优越性。

UAE 栓塞剂可根据操作便利程度、术者个人倾向、患者的经济条件等进行选择, 现有资料显示不同栓塞剂疗效无显著差异^[1], 我们习惯使用 PVA 颗粒和海藻酸钠, 结果显示使用海藻酸钠栓塞的患者疼痛较轻, 其原因有待进一步研究。

[参考文献]

- [1] 谢宗贵, 孙刚. 子宫肌瘤动脉栓塞治疗规范化建议. 介入放射学杂志, 2003, 12: 476.
- [2] 梁志会, 崔进国, 潘新元, 等. 子宫动脉造影解剖分析及对栓塞治疗子宫肌瘤的指导意义[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 51-53.
- [3] 周恒根. 介绍用 RH 导管行双侧髂内动脉造影的方法. 实用放射学杂志, 2002, 18: 305.
- [4] Bradley EA, Reidy JF, Forman KJ, et al. Transcatheter uterine artery embolization to treat large uterine.Br J Obester Gynecol, 1998, 105: 235.

(收稿日期: 2004-06-03)

·临床经验 Clinical experience·

缺血性脑血管疾病的 DSA 结果分析

吴承龙, 张桂运, 陈左权, 顾斌贤, 吴春鸿, 余丽敏

中图分类号: R743.33 文献标识码: B 文章编号: 1008-794X(2006)05-0307-03

Analysis the results of ischemic cerebral artery disease through DSA WU Cheng-long, ZHANG Gui-yun, CHEN Zuo-quan, GU Bin-xian, WU Chun-hong, YU Li-min. Department of Neurology, the First People's Hospital of Shaoxing City, Zhejiang 312000, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 307-309)

【Key words】 Ischemic cerebral artery disease; DSA; Aneurysm; Anterior circulation; Posterior circulation

缺血性脑血管疾病占脑血管疾病的比例不断上升。DSA 仍是脑血管疾病诊断的“金标准”, 为缺

血性脑血管疾病的治疗提供充分的信息。

1 材料与方法

1.1 一般资料

自 2004 年 6 月到 2005 年 6 月, 来自 2 个中心临床诊断为缺血性脑血管疾病的 72 例患者, 男 47

作者单位: 312000 浙江省绍兴市第一人民医院神经内科(吴承龙); 同济大学附属同济医院脑血管疾病治疗中心(张桂运、陈左权、顾斌贤、吴春鸿、余丽敏)

通讯作者: 吴承龙

万方数据

作者: [周恒根](#), [韩洪林](#), [郭依龙](#), [刘元山](#), [ZHOU Heng-gen](#), [HAN Hong-Lin](#), [GUO Yi-long](#),
[LIU Yuan-shan](#)
作者单位: [221300, 江苏省邳州市人民医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2006, 15(5)
被引用次数: 1次

参考文献(4条)

1. [谢宗贵](#), [孙刚](#) [子宫肌瘤动脉栓塞治疗规范化建议](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003(12)
2. [梁志会](#), [崔进国](#), [潘新元](#) [子宫动脉造影解剖分析及对栓塞治疗子宫肌瘤的指导意义](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2005
3. [周恒根](#) [介绍用RH导管行双侧髂内动脉造影的方法](#)[期刊论文]-[实用放射学杂志](#) 2002
4. [Bradley EA](#), [Reidy JF](#), [Forman KJ](#) [Transcatheter uterine artery embolization to treat large uterine](#) 1998

引证文献(1条)

1. [张红霞](#) [子宫肌瘤栓塞治疗及护理](#)[期刊论文]-[河南科技大学学报\(医学版\)](#) 2007(3)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200605017.aspx

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 0c39358e-190a-43d7-91a9-9e1f0005081d

下载时间: 2010年10月30日