removal of rigid plates from forearm fractures: preliminary report[J]. J Orthop Sci, 2003, 8(6): 772-776.
[7] Palmar M, Marcano A, Castejon O. Fine structural alterations of blood platelets in depression[J]. Biol Psychiatry, 1997, 42(10): 965-968.
[8] Perren S M. Evolution of the internal fixation of long bone fractures. The scientific basis of biological internal fixation: choosing a new balance between stability and biology[J]. J Bone Joint Surg Br, 2002, 84(8): 1093-1110.
[9] 王亦璁, 周志道. 微创意识与微创技术[J]. 中华创伤杂志, 2005, 21(2): 81-83.
[10] Gautier E, Ganz R. The biological plate osteosynthesis[J]. Zentralbl Chir, 1994, 119(8): 564-572.
[11] Sod G A, Hubert J D, Martin G S, *et al*. An in vitro evaluation of plate luting using osteotomized equine third metacarpal bones with a limited contact-dynamic compression plate[J]. Vet Surg, 2005, 34(6): 587-593.
[12] Schutz M, Kaab M J, Haas N. Stabilization of proximal tibial fractures with the LIS-System: early clinical experience in Berlin[J]. Injury, 2003, 34(Suppl 1): A30-A35.
[13] 罗从风, 姜 锐, 胡承方, 等. 微创固定系统治疗膝关节周围复杂骨折[J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(7): 454-458.
[14] Fernandes H J, Sakaki M H, Silva-Jdos S, *et al*. Comparative multicenter study of treatment of multi-fragmented tibial diaphyseal fractures with nonreamed interlocking nails and with bridging plates[J]. Clinics, 2006, 61(4): 333-338.
[15] 吴雪晖, 王序全, 谢 肇, 等. 股骨近端髓内针治疗股骨粗隆间骨折的疗效评估[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(7): 617-619.
[16] Lerner A, Stein H. Hybrid thin wire external fixation: an effective, minimally invasive, modular surgical tool for the stabilization of periarticular fractures[J]. Orthopedics, 2004, 27(1): 59-62.
[17] 辛景义, 鲁 杰, 魏万富, 等. 混合式外固定器结合有限内固定治疗胫骨远端骨折[J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(9): 586-589.

(编辑 栾 嘉)

文章编号:1000-5404(2008)08-0667-01

个案与短篇

阴道斜隔综合征1例

王 丹,徐惠成,梁志清,袁吉钊 (第三军医大学西南医院妇产科,重庆 400038)

患者,21岁,因外院人工流产时发现阴道前壁包块,人工流产术后B超提示:盆腔内见10.7 cm×7.4 cm大小混合性包块,遂于2007年11月6日入我院治疗。查体:阴道前壁上段扪及10 cm×6 cm的囊性包块,边界清,固定,无压痛,包块顶端与子宫颈、子宫分界不清,阴道顶端见单个子宫颈,宫底稍凹陷,双附件区软。B超提示右肾缺如;静脉肾盂造影提示右肾及右输尿管未显影;核磁共振提示:①双宫颈、双子宫畸形;②右肾缺如;③阴道右侧良性囊性肿块,囊液为陈旧性出血,与右侧宫颈分界不清,与膀胱无关。完善术前准备后行腹腔镜探查术,见子宫外观呈对称的双角状,双侧卵巢、输卵管外观正常,膀胱子宫返折处向盆腔膨出约4 cm×3 cm大小,质软,囊性。经阴道穿刺囊肿抽出暗红色陈旧性血液,切开阴道前壁,约100 ml暗红色血液流出,囊腔顶端有一宫颈样结构,探针探查该宫口与右侧宫腔相通,诊断为阴道斜隔综合征。切开阴道斜隔及多余斜隔组织,充分暴露宫颈,可吸收线缝合斜隔残端。腹腔镜下探查未见右侧肾脏及输尿管结构。

讨论

阴道斜隔综合征多有双宫体、双宫颈、双阴道畸形,一侧阴道完全或不完全闭锁,常伴有闭锁侧的肾脏缺如,发生率在0.1%~3.8%。1980年Roch和Jones[1]首次将其分为3型:Ⅰ型,斜行的阴道隔完全闭锁,两宫腔之间不相通;Ⅱ型,阴道隔不完全闭锁,有1个以上开口;Ⅲ型,隔上无孔,但两宫腔相通。Ⅰ型患者发病早,其他两种类型如无合并感染可长期不被发现。阴道斜隔综合征的主要临床表现:①痛经:为患者就诊的最主要原因。②经期延长或阴道流液/脓:表现为月经淋漓不净。③阴道壁肿物:为最主要的阳性体征之一,发病率约83%。各型均可出现,肿物呈囊性。④盆腔包块:阴道大量积液时波及同侧子宫或输卵管表现为盆腔包块。⑤一侧肾缺如。⑥性交困难:少数患者因阴道积液严重,导致性交困难。

辅助检查:①超声检查:可清楚显示双子宫、双宫颈畸形、宫颈下方积液及肾脏缺如等特异性改变。②子宫输卵管碘油造影:可以诊断子宫畸形,发现瘘口位置。③核磁共振:能清晰显示阴道斜隔结构,诊断阳性率高。④静脉肾盂造影:可发现肾脏缺如。

治疗:手术是阴道斜隔综合征的首选治疗方法,可选择在月经期,切除尽可能多斜隔的阴道组织,术后阴道压碘仿纱条;无性生活者,可选用宫腔镜电切术[2]。若能熟悉本综合征的特点,及时诊断,可以避免不必要的剖腹探查。

关键词:阴道斜隔综合征
中图法分类号:R711.1 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] Rock J A, Jones H W, Jr. The double uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis[J]. Am J Obstet Gynecol, 1980, 138(3): 339-342
[2] 林丹玫, 吴维瑜, 薛慧丰, 等. 阴道斜隔综合征21例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(11): 683-684.

(编辑 栾 嘉)

作者简介:王 丹,女,黑龙江哈尔滨市人,硕士,主治医师,主要从事卵巢肿瘤方面的研究。电话:(023)68754411,E-mail: wangd717@yahoo.com.cn

收稿日期:2008-03-03;**修回日期**:2008-03-21