维普资讯 http://www.cqvip.com

23周，因在外院行羊膜腔内注射利凡诺引产失败后转本院，再次行利凡诺注射羊膜腔内引产，第二天出现高热，右下腹压痛，B超示：腹腔内积液，双子宫，右侧子宫妊娠可能，行剖腹探查术，发现右侧残角子宫妊娠破裂。

5.宫内宫外同时妊娠1例孕$_2$产$_0$，人工流产1次，停经45天，在本院门诊人流时见绒毛，术后3天因下腹痛就诊，B超检查示：腹腔积液，阴道后窟窿穿刺阳性，行剖腹探查术见左侧输卵管妊娠破裂，行左侧输卵管切除术，腹腔内积血约2000ml。

二、结果

8例术后均恢复良好，无其他并发症。

三、讨论

1.关于诊断：由于罕见异位妊娠发生率很低，故常因想不到此类疾病而被误诊，一旦误诊，后果严重。因误诊而未正确处理时往往会加重病情甚至危及生命。为避免误诊，我们认为以下几点有助于早期诊断：①提高对此类疾病的诊断意识，仔细询问病史，不要把阴道出血当作月经，应全面体检，尤其妇科检查。②重视辅助检查，化验β-HCG和高分辨力B超检查有助于早期诊断。对于一些有停经史合并有阴道出血或有腹痛的生育年龄妇女，应常规作B超检查，本组3例宫颈妊娠仅查1例，卵巢妊娠仅查1例，宫角妊娠、残角子宫妊娠和宫内宫外同时妊娠均在误诊后行B超检查，如果首诊时就B超检查，很明显会减少误诊率，提高诊断率。另外，对于一些月经不调的生育年龄妇女，虽无明显停经史，如有阴道出血或下腹痛应化验β-HCG。本组2例卵巢妊娠如果首诊时就化验β-HCG，也许不会诊断为非妊娠性疾病。③做好鉴别诊断，结合症状、体征和辅助检查，综合分析。如宫颈妊娠症状和流产相似，但B超检查可以区别，值得注意的是理论上宫颈妊娠多发于经产妇或流产或宫腔操作史的女性，但本组2例为首次妊娠，也无宫腔操作史，提醒我们不能轻易把妊娠早期出血诊断为流产，以免因处理不当给患者带来不必要损失甚至终身遗憾。另外，拥有腹腔镜的医院，可作腹腔镜检查，更有助于早期诊断、早期治疗。

2.关于治疗：罕见类型异位妊娠治疗原则是一旦确诊立即终止妊娠，具体治疗方案与妊娠部位有关。我们体会是：宫颈妊娠治疗方案与能否早期诊断及病人有无生育要求有关，如果诊断及病人情况良好可用药物治疗[1]：①氨甲喋呤（MTX）可静推或肌注，也可在妊娠囊内注射25 mg，1次。②5-Fu宫颈局部注射250mg，1次，③天花粉、芫花等局部注射均可使胚胎坏死排出。而我们缺乏这方面经验，但对于一些未能及时诊断或已进入休克状态的病人，全子宫切除术是终止妊娠抢救病人的唯一方法。

卵巢妊娠：一旦确诊手术切除患侧卵巢局部或全部。

宫角妊娠：在停经6～7周内可在B超或腹腔镜下作刮宫术，但大于8周者应剖腹切开宫角清除妊娠物。

残角子宫妊娠：一旦确诊立即剖腹手术切除残角子宫或同侧输卵管。

宫内宫外同时妊娠：如宫内合并输卵管妊娠，后者治疗方法同常见的输卵管妊娠，宫内妊娠可继续或行人流术。

另外，如其它罕见类型异位妊娠一旦确诊也应立即终止妊娠，例如腹腔妊娠一旦确诊立即行剖腹手术为宜。

参 考 文 献

1.李自新，主编.危重急症的诊断与治疗妇产科学.北京：中国科学技术出版社，1995.116.

（收稿：2000-10-18）

12例口内手术法治疗下颌前突畸形的临床应用

朱 丹* 杨 松*

下颌前突畸形是由于下颌骨发育过度而致下颌角增大，下颌支及下颌体的长度有不同程度增长，而造成下颌前突或开颌畸形，影响咀嚼和发音；严重造成面部畸形。在生长发育期一般常采用口腔正畸的非手术疗法矫正，对正畸无效或严重畸形的病员只有通过手术改善，其手术方法较多，我科近来采用口内手术法矫正下颌前突畸形取得较满意效果。介绍如下。

一、资料和方法

1.临床资料：病员12例，男7例，女5例，年龄22～38岁，其中，下颌前突畸形伴偏颌畸形2例，下颌前突伴轻度开颌畸形1例，手术矫正后外形均满意。

2.术前准备和手术方法：(1)X线检查及头影测量 X线摄片及螺旋CT是术前检查必不可少的手段，既可检查畸形的性质，又可以大致确定畸形的程度和范围；而通过头影测量的数判断出下颌前突畸形的程度及对上颌的关系，以确定手术所需移动下颌骨的数量，为下颌前突术前设计和效果预测提供依据，从而提高该畸形的诊断及矫治水平，成为确保该手术成功的重要手段。(2)模型设计 模型外科是术前不可忽视的重要步骤，将取下的牙齿石膏模型在颌架上按照临床检查和X线检查及测量结果，将下颌模型后退至按需要矫正的位置重新排列，并仔细核对牙数和上、下颌关系，如有牙尖接触不理想时，可在术前进行调颌，最后将畸形矫正后的石膏模型按正常颌关系固位，供术中参考用。(3)手术方法 采用口腔内切口，沿下颌升支前缘外侧约0.5厘米相应处的口腔粘膜做一长约5.0厘米纵行切口，切开粘膜切透骨膜，显露骨面，用骨膜分离器在下颌升支内、外侧面钝性分离，彻底分离两侧肌肉附着，注意避免损伤内侧的下齿槽神经血管囊，完全显露下颌升支内、外侧及

* 作者单位：150001 哈尔滨市南岗区省医院一门诊

维普资讯 http://www.cqvip.com

下颌孔；在下颌孔上方升支内、外侧用微型电动来复锯分别做横行斜方向截骨至骨松质，在升支前缘用电动摆动锯纵行锯开连接内、外两侧断骨缘深面，完全离断升支，在升支前缘两侧截骨斜面上用骨钻钻两圆孔，备微型夹板固定用；按术前石膏模型设计下颌后退位置及咬合关系进行拼对，直至满意为止，骨间固定，两侧创腔用抗生素盐水冲洗，创缘分层对位缝合，并按正常从事颌关系进行颌间结扎固定，两侧创口加压包扎，术毕；口腔内缝线七日拆除，颌间结扎固位维持6周。

二、结果

术后颌间固位6周去除牙弓夹板，其中2例病员咬颌关系平衡移欠佳，经调颌后，咬颌关系恢复正常；1例病员有轻度开口受限，经颞颌关节区进行理疗及功能练习，开口恢复正常，术后外形均较满意，上下颌咬颌关系正常。

三、讨论

1.该手术方法简便、损伤小，恢复快，术后效果满意；采用口内切口，避免了面部切口后遗留的疤痕，为广大病员所接受，利用先进的电动锯截骨使手术创伤明显减小，大大缩短了手术时间，从而减轻了因创伤和手术时间过长所造成的术后局部肿胀、瘀血、神经损伤等不良反应。

2.截骨部位在下颌孔上方，避免了损伤下齿槽神经血管囊的可能，另外截骨端呈一斜面，有利于增加颌骨升支骨断缘之间的接触面，从而加速骨质的良好愈合。

3.术前X线检查、头影测量及石膏模型的重新设计是手术成功的重要的必不可少的手段，为手术顺利进行取得满意疗效提供了根本保障。

4.术中在分离下颌升支内侧及截骨时要首先注意下颌孔及下齿槽神经血管囊，以避免造成不必要的损伤，术后注意加压包扎以减少面部水肿及积液，颌间固定期间应定期观察颌关系，如有移位应及时调整，去除结扎固位后应做轻度必要的功能练习，避免开口障碍，如咬颌关系接触不协调，应及时调整至正常，以免影响矫正手术效果。

参 考 文 献

1.王 炜.整形外科学.杭州：浙江技术出版社，1999.9.
2.王兴东.正颌外科手术学.济南：山东技术出版社，1999.8.
3.丘蔚六.口腔颌面外科理论与实践.北京：人民卫生出版社，1998.12.

（收稿：2000-11-10）

尼尔雌醇配伍地卡因在绝经妇女取环术中的应用

周 红* 杨晓东**

绝经期妇女及时取出IUD，以免引起感染、嵌顿、出血与其它疾病混淆，但由于绝经后妇女卵巢功能衰退，雌激素水平低下，阴道、宫颈及子宫萎缩，造成取器困难。困难的操作又给病人带来痛苦、恐惧，同时可引起创伤性并发症，这已引起许多临床医生的关注。为了避免受术者的痛苦，便于取环，我们对绝经后妇女在取环前采用尼尔雌醇配伍地卡因进行药物性软化宫颈后取环，获得满意效果，现报道如下。

一、资料和方法

1.临床资料：自1996年1月自1999年12月，取环对象为112例绝经妇女，年龄最大67岁，最小48岁，放置时间最长25年，最短9年，平均17年，从绝经至环取出，年限最长15年，最短半年，随机分成用药组与对照组各56例，两组病人年龄、营养状态、置环时间、绝经时间等均无差异。

2.方法：所有病例术前常规妇科检查，B超检查排除占位性病变，确定环位、环型。用药组常规给予上海华联制药厂生产的尼尔雌醇片4毫克顿服，服药7天后来院取环。受术者排空膀胱后，取膀胱截石位，常规冲洗消毒外阴及阴道，复查子宫情况，钳夹暴露宫颈，用棉签蘸取1%地卡因2毫升，插入子宫颈管，约45秒取下，此时宫口松驰，用探针入宫腔探测宫腔深度和环位置后，用取环钩将环取出，对照组术前不用任何药物，按常规进行取环手术。

二、结果和讨论

1.取环效果情况，见表1。

表1 两组取环效果比较

分组	例数	成功		失败	
		例数	%	例数	%
用药组	56	54	96.4%	2	3.6%
对照组	56	29	51.7%	27	48.2%
P		<0.01		<0.01	

2.取环并发症率比较，见表2。

表2 两组取环并发症率比较

分组	IUD变形		创伤性出血		腰坠痛	
用药组	0		2	3.6%	0	
对照组	21	37.5%	17	30.4%	18	32.1%
P	P<0.01		P<0.01		P<0.01	

绝经后妇女雌激素水平低下，内外生殖器官逐渐萎缩，阴

* 作者单位：114003 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科
** 鞍钢长甸医院妇产科