维普资讯 http://www.cqvip.com

一、资料与方法

1.临床资料:我院自1997年10月至1999年4月,对145例年龄在30~45岁间子宫良性病变需行全子宫切除术者进行随机分组对比分析。其中74例行改良式重建阴道顶(简称改良组)、71例按常规前后对合法关闭阴道穹隆(简称对照组),两组病人在病种、年龄、子宫大小、盆腔粘连方面基本相同。其中改良组中4例合并Ⅰ度或Ⅱ度轻型子宫脱垂。

2.手术方法:术前准备和麻醉同常规腹式子宫切除术。腹腔探查后,按Telinde法切除子宫体。切除子宫体后,以鼠齿钳钳夹阴道断端左右侧角向中央牵引,使主韧带对拢,用1号Dexon线8字缝合左右主韧带并贯穿对应的阴道断端,然后由前向后连续锁边缝合阴道边缘,用鼠齿钳钳夹左右子宫骶骨韧带,以1号Dexon线间断对缝,第一针贯穿阴道顶后端,最后一针达直肠前,以环抱直肠为度。

二、结果

手术时间:改良组最长140 min,最短50 min,平均79 min。对照组最长150 min,最短45 min,平均76 min。术中出血量:改良组出血量平均148ml,对照组出血量平均152ml。术后发热:诊断标准为手术48h后体温连续2次或2次以上≥38℃。改良组2例(27%),对照组2例(28%)。以上经统计学处理均无显著性差异。

随访率改良组93%,对照组91%。阴道深度:改良组9~13.5cm,对照组7~9cm。改良组阴道残端的切口疤痕位于阴道长轴前方,阴道后壁长、前壁短的生理特点仍保存,手指插入阴道后穹隆深部无不适,亦无一例诉性交深插时有不适感,4例合并子宫脱垂者术后盆底明显上升,阴道前后壁松弛情况完全改善。对照组最明显的阴道缩短有5cm,手指深插作用点在残端疤痕上,其中6例性交时有触痛感。

四、讨论

1.常规经腹子宫切除术前后对合法关闭阴道穹隆,要钳夹阴道侧角使阴道缩短约3~4cm,残端缝线位于阴道末端,在性交深插时,患者常觉触痛。而改良式重建阴道顶克服了上述弊病。且两侧主韧带的对缝,子宫骶骨韧带的加强,悬吊了阴道顶,消除了直肠膨出。对子宫Ⅰ度、轻Ⅱ度脱垂合并其他病变必须剖腹切子宫者,仅靠此法即可达到上升盆底的目的,且可减少子宫切除术后阴道顶脱垂发生[1]。

2.行改良法关闭阴道穹隆,起初发现部分患者盆底不够松弛,主韧带对缝有困难,强行对缝主韧带有下撕现象,而阴道断端与主韧带间是易出血区,止血有一定困难,缝扎过深又可能伤及输尿管。故术中需估价盆底松驰度。若盆底松驰不足,可先于筋膜下切除子宫体,后行改良法对缝阴道穹隆。这样可避免主韧带处理上的困难,对年轻患者这样处理后阴道深度较术前略深,术后性交引发阴道残端疤痕触痛的可能性会更小。

参 考 文 献

1.袁耀萼,盛丹菁,主编.妇产科新理论与新技术.上海:上海科技教育出版社,1996.233.

(收稿:2000-11-14)

罕见类型异位妊娠的诊断与治疗

金素珍*

罕见类型异位妊娠是指除常见的输卵管妊娠以外的其它异位妊娠,如宫颈妊娠、卵巢妊娠、残角子宫妊娠和腹腔妊娠等。因此类疾病临床少见,容易误诊和延误诊断,一旦误诊,后果严重。本文对近8年来8例罕见异位妊娠进行分析,以期同行重视,减少误诊。

一、临床资料

我院1990年1月至1997年12月间共收治罕见类型异位妊娠8例,其中宫颈妊娠3例,卵巢妊娠2例,宫角妊娠、残角子宫妊娠和宫内宫外同时妊娠各1例,在同期异位妊娠202例中占3.96%。

1.宫颈妊娠3例中2例为首次妊娠,其中1例未婚同居,1例为经产妇孕$_3$产$_1$,人工流产1次,停经分别为8^{+2}、8^{+3}和8^{+5}周,均有无痛性阴道出血症状。1例因在外院刮宫后1周阴道出血未止入院,诊断为"人流不全",再次行刮宫术,术中阴道大出血并休克。1例由阴道大出血伴昏厥入院,诊断为"不全流产伴失血性休克",抗休克同时行刮宫术,因阴道大出血停止操作。1例因房事后阴道大出血,妇检发现宫颈外口有组织物堵塞,取出血块中有绒毛组织。B超检查示:宫颈妊娠。3例均通过局部纱布填塞肌注麦角新碱等治疗无效后行全子宫切除术,术后恢复良好。

2.卵巢妊娠2例都为经产妇,分别为孕$_2$产$_1$,孕$_3$产$_1$,1例上环,1例人工流产1次,平时月经都不规则,无明显停经史。1例为下腹痛伴阴道不规则出血6天,在当地卫生院诊断为"子宫内膜炎",抗炎治疗,后因下腹痛加剧入院,化验尿β-HCG阳性,阴道后窟窿穿刺阳性,诊断为:宫外孕。另1例因下腹胀痛2天就诊,B超检查示:左附件包块直径约6×5×4.5cm^{3}大小,以"卵巢囊肿"入院,两例均在剖腹手术时发现卵巢妊娠,最后经病理检查确诊。

3.宫角妊娠1例为未曾生育,人工流产1次,停经10^{+1}周,本院门诊人流时未见绒毛,B超检查示:右侧宫角妊娠,行剖腹手术切开宫角,清除妊娠产物。

4.残角子宫妊娠1例为经产妇孕$_3$产$_1$,人工流产1次,停经

* 作者单位:317200 浙江省天台县人民医院妇产科

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