维普资讯 http://www.cqvip.com

足长与身高间相关系数男性 0.6642，女性 0.7809，二者高度相关，女性尤显。

二、结合人的生理解剖特点，考虑到青春期（20～23 岁）发育尚未完全成熟，部分人身高还在增加，壮年青（24～35 岁）比较稳定，身高变化不太明显，因此青壮年的身高应是相对稳定的。

三、考虑到民族的差别，上述 2 个回归方程仅用于蒙古族、同组、同性别。

四、肢体测量以左侧为准，因此在使用有关肢体推测身高的回归方程时，强调代入左侧数据。

参 考 文 献

1 吴汝康，等. 人体测量方法，第 2 版，北京：科学出版社 1984：1～46.

2 邵象清. 人体测量手册，第 1 版，上海：辞书出版社 1984，57～101.

（收稿日期：1996－03－26）

疤痕子宫合并残角子宫妊娠破裂误诊 1 例

福建省莆田县医院妇产科 庄碧瑗 宋淑钦

（福建莆田，邮政编码 351100）

患者 25 岁，农民，住院号 74850，10 个月前第一胎足月妊娠因胎儿宫内窒息在外院行子宫下段剖宫产分娩一女婴，术后二个月月经转潮，月经正常，末次月经 95 年 10 月 11 日，有早孕反应，现妊娠 16 周，4 天前无诱因突感下腹部剧烈撕裂样疼痛，而后转为持续性，伴恶心、呕吐，肛门坠胀感，头晕，四肢乏力，无畏冷，发热，在当地卫生院按"妊娠合并阑尾炎"予补液消炎治疗 4 天，症状无好转，入院当天阴道少许暗红色血迹，无组织物排出，于 96 年 2 月 1 日转入我院。

查体：T37℃，P80 次/分，R20 次/分，BP12/8KPa，神清，贫血外观，抬入病室，皮肤粘膜苍白，心肺无异常，腹平坦，下腹正中见一长 10cm 手术疤痕，未见肠型及蠕动波，腹肌稍紧张，下腹部压痛明显，以左下腹为甚，反跳痛不明显，左下腹可触及一包块约男拳头大小，边界不清，质中，压痛明显，活动度欠佳，肝脾未触及，移动性浊音阳性，肠鸣音减弱，每分 2 次。妇科检查：外阴已婚未产式，阴道内见少许暗红色血迹，宫颈光滑，宫口闭，宫颈抬举痛明显，后穹窿饱满，子宫前位，稍大，质中，无压痛，于子宫左上角可触及一包块约 12×10cm² 大小，质硬，边界不清，似可触及胎体，压痛明显，活动欠佳，右附件正常。B 超检查：子宫轮廓清，宫内光点分布均匀，内膜线居中，于腹盆腔内见片状暗区，厚约 53mm，在子宫后上方偏左侧见胎儿的模糊轮廓，双顶径 31mm，未见明显胎心搏动，胎体外上方见一 62×49mm 回声稍低团块，内可见部分细光点，提示：1. 子宫破裂，2. 胎死腹腔内，3. 腹盆腔积液。实验室回报：血常规：红细胞 1.5×10^{12}/L，血色素 42g/L，白细胞 21.4×10^{9}/L，血小板 160×10^{9}/L，中性 84%，淋巴 16%，出血时间 2 分，凝血时间 3 分。入院后腹穿抽出不凝固血液 5ml。拟诊：疤痕子宫破裂。立即在硬膜外麻醉下行剖腹探查术。

手术所见：术中见腹腔积血 1000ml，子宫前位，稍大，表面光滑，子宫下段可见一手术疤痕，完整，右附件正常，左侧可见一残角子宫，破口长约 10cm，破口边缘附着胎盘组织，未剥离，无活动性出血，残角子宫附有一正常输卵管和卵巢，胎儿在腹腔左侧，取出一死女婴，长约 14cm，剥离胎盘，探查与右侧子宫不相通，切除残角子宫，手术过程顺利，术后切口Ⅰ期愈合，七天痊愈出院。术后病理提示：宫腔内膜面见胎盘绒毛附着，部分侵入浅肌层，大部分绒毛退变，部分钙化。

讨论：残角子宫是女性生殖器官发育畸形的一种，发生率很低，但后果严重。残角子宫肌层发育不良，不能耐受过大胎儿，多在妊娠 4－5 个月自然破裂。本例误诊原因，认为 10 个月前有剖宫产史，此次妊娠距手术产时间短，易引起疤痕子宫破裂。因此，在行剖宫产时，术中必需常规探查双侧附件，发现有残角子宫，应将其切除。本病例在院外行剖宫产，术中可能未探查附件，致 10 个月后又患此病，应吸取教训。

（收稿日期：1996－05－13）