T铜环与吉妮环宫内节育器的临床应用分析

孔秀丽 (鞍山市双山医院妇产科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 避孕;宫内节育器;临床应用
[中图分类号] R169.41 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0288-01

宫内节育器(UID)是最常见的避孕方式之一,在我国使用UID避孕是已婚育龄妇女的首选,因此选用一种失效率低,副作用小的节育器尤为重要。现将我院2005至2007年使用T铜环及吉妮环的病例进行对比分析,发现吉妮环避孕效果可靠,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共724例,均女性,年龄最小20岁,最大45岁。病例分别来源于妇科门诊和病房。

1.2 方法

根据使用避孕工具不同分为T铜环组和吉妮环组。两组年龄构成相似,仅避孕工具不同。T铜环组:256例,20~45岁,未生育56例,已生育200例,既往使用节育器32例,第一次使用节育器234例。吉妮环组:468例,年龄20~45岁,未生育131例,已生育337例。既往使用节育器185例,第一次使用节育器283例。

2 结果

T铜环组:带环妊娠5例,脱环18例(7%),出血21例(8%)。吉妮环组:带环妊娠0例,脱环4例(0.9%),出血8例(2%)。两组比较:吉妮环组出血率、带环妊娠率均低于T铜环组。

[收稿日期] 2009-04-14 [修回日期] 2009-05-22

3 讨论

吉妮环于1985年诞生,其结构为6个小铜棒被固定在一根2/0号的聚乙烯手术线上,在手术线的一端有一个锚状的小结,该小结被植入子宫肌层内,使吉妮环能够悬吊在子宫腔中,并保持位置不变。吉妮环的设计解决了子宫节育器与子宫腔空间不相容问题,同时也降低了脱落率,且有效的减轻了吉妮环的副反应(出血和疼痛)。一般而言,吉妮环的重量及铜的表面积与出血及疼痛的发生率成正比。每个妇女的子宫腔大小与子宫的位置都有差异,同一个妇女的子宫腔在月经周期的不同阶段也有变化。所以,无支架固定方式的吉妮环放置后能适应不同阶段的子宫变化[1-3]。吉妮环技术操作上要求较高,如果放置经验不足会导致植入子宫过浅,甚至未植入子宫肌壁间,导致放置失败。

通过两种宫内节育器的比较,T铜环具有脱环率高,放置时间短等不利因素,而吉妮环既能解决上诉的弊端,又因与宫腔相容,从而使吉妮环的疼痛、出血等副作用少,而且取环容易,值得广泛推广。

[参考文献]

[1] 卞 琳. 剖宫产术后放置GeneFiex、TCu220C及活性165宫内节育器的临床效果比较[J]. 中国计划生育杂志,2008(9):560-562.
[2] 孔凡莲. 爱母乐MCu功能性宫内节育器临床应用观察[J]. 局解手术学杂志,2008,17(2):138-139.
[3] 张庆梅. 3种宫内节育器临床应用效果分析[J]. 河南大学学报(医学版),2008,27(3):63-64.

(编辑:朱志立)

头静脉变异1例

周 维,孟 镔,牛鹏辉,曹明炎 (安徽理工大学医学院临床外科应用解剖学教研室,安徽 淮南 232001)

[关键词] 头静脉;变异;局部解剖学
[中图分类号] R322.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0288-02

头静脉起自手背静脉网的桡侧,在臂前区,行于肱二头肌外侧沟内,经三角肌胸大肌间沟内穿锁胸筋膜注入腋静脉或锁骨下静脉[1]。贵要静脉起自手背静脉网的尺侧,行于肱二头肌内侧沟的下半,穿臂筋膜注入肱静脉或腋静脉。作者在工作中发现1例头静脉与贵要静脉注入方式异常,现报告如下。

[收稿日期] 2009-03-26 [修回日期] 2009-04-28

1 材料与方法

10%福尔马林固定的老年男尸1具,在正常解剖上肢时,

发现其左侧头静脉与贵要静脉注入方式异常，认真测量其外径，长度，详细作好记录并用数码相机拍照。

2 结果

该具男尸体左侧自手背静脉网的桡侧发出头静脉（外径0.22 mm）；自手背静脉网的尺侧发出贵要静脉（外径0.31 mm），两静脉在左前臂走行无任何异常。肘正中静脉（外径0.25 mm，长度9.45 cm）在肘窝处自外下向内上将头静脉与贵要静脉交通。头静脉在跨过肘正中静脉后突然行向内侧，在走行15.4 cm后注入贵要静脉，而没有注入腋静脉或锁骨下静脉。该变异的注入点距贵要静脉接受肘正中静脉的注入点10.72 cm相同结构右侧无任何异常（见图1）。



图1 头静脉变异

3 讨论

据文献报道，上肢浅静脉中肘正中静脉和前臂正中静脉异常较为多见，尚未见头静脉汇入异常的报道[2]。头静脉来自胚胎时期前主静脉的分支分化形成，头静脉的变异可能是前主静脉发生异常所导致。由于上肢深部静脉较细，所以上肢的静脉血主要由浅静脉引流，浅静脉主要有头静脉和贵要静脉，头静脉引流上肢的桡侧半静脉血；贵要静脉主要引流尺侧半静脉血[3]。正常时，头静脉注入腋静脉或锁骨下静脉，贵要静脉注入肱静脉或腋静脉，而且它们之间有交通支。在上肢受到外伤时，如果损伤头静脉或贵要静脉时，另一条可以作为代偿回流，不会有太大的影响。在临床骨外科手术中，若患者出现了头静脉的注入异常，如果医生误将贵要静脉损伤，就可能会阻断了上肢全部的血液回流，势必会引起上肢的淤血、水肿等。因此外科医生在行上肢手术时应引起重视。

[参考文献]

[1] 潘 征，卢 涛，姚 琦，等. 头静脉变异1例[J]. 局解手术学杂志，2007，16(2)：67.

[2] 吴 樾，高 磊，高仕杰，等. 肱二头肌额外头及头静脉末段走行异常1例[J]. 中国临床解剖学杂志，2006，24(4)：31.

[3] 韩文祥，安月勇，曲永松，等. 桡动脉和头静脉异常1例[J]. 中国临床解剖学杂志，2002，20(6)：47.

（编辑：侯晓宇）

急性阑尾炎术前合并小肠穿孔漏诊1例临床分析

朱国新，赵 鸿，陈 杨，李涓涓 （武警贵州省总队医院急诊科，贵州 贵阳 550005）

[关键词] 急性阑尾炎；小肠穿孔；漏诊；临床分析

[中图分类号] R574.61；R574.52 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0289-02

急性阑尾炎及空腔脏器穿孔是外科常见的急腹症，根据病史及临床检查均可诊断明确，而当两者合并同时出现，患者又无法提供明确的外伤史和既往疾病史时，容易造成空腔脏器穿孔漏诊。我院收治了1例急性阑尾炎合并小肠穿孔的病人，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，37岁。因腹痛1 d加重3 h入院。予以解痉、输液对症治疗并留院观察3 h后，患者诉腹痛、腹胀无缓解并加剧，以右下腹明显。再次查体：腹部膨隆，全腹散在压痛伴肌紧张，反跳痛阳性可疑，尤以右下腹明显，移动性浊音阳性可疑，肠鸣音消失，结肠充气实验及闭孔内肌实验均阳性，腰大肌实验阴性，右下腹诊断性穿刺阴性。初步诊断为急性阑尾炎，予以手术治疗。

1.2 治疗方法

术中取右下腹麦式切口，见腹腔内淡黄色渗液，大网膜下移包裹回盲部，阑尾充血肿胀，表面脓液附着，粘膜明显增厚，遂切除阑尾送病检。向左探查，见小肠绊附着脓苔及食物残渣，考虑合并空腔脏器穿孔。遂关闭阑尾切口取右腹直肌旁切口行剖腹探查术。术中见距回盲部约190 cm空肠处一长约0.5 cm破口，平行于空肠纵轴，形状规则，通过破口可进入肠腔，有肠内容物溢出，行小肠穿孔修补术。放置引流，常规关腹。

2 结果

术后予以抗炎、止血对症治疗，10 d后患者治愈出院。病

[收稿日期] 2009-03-26 [修回日期] 2009-05-06