维普资讯 http://www.cqvip.com

小网膜内畸胎瘤误诊一例分析

宋俭明* 张秀芹* 曹秋莉** 张霞**

一、临床资料

1．病例，患者，女性，34岁。半年前饱餐后自觉上腹闷胀不适，伴有可以耐受的疼痛，但无恶心呕吐，未经治疗自行缓解。两月前B超检查，提示为胰腺囊肿。即往否认外伤及胰腺病史。查体：一般状态佳。上腹稍隆起。肝、脾未触及，全腹无压痛，未扪及包块。化验血、尿、便常规及血、尿淀粉酶均正常。B超报告：于胰尾和左肾上探及8.5cm无回声囊性肿瘤，与脾、肾无关。X线胃肠钡餐透视见胃大弯呈弧状压迹，左上方可见囊性密度阴影。

临床以胰腺囊肿的诊断开腹探查。术中见胃右壁、小弯侧有一12cm × 10cm × 8cm肿物。进一步探查肿物呈囊性、光滑、灰白色、血运良好、 位于胰尾前、小网膜囊内。肿物基底呈蒂状与小网膜相连，基底部分与胃后壁粘连。分清解剖后完整切除囊性肿物，送病理检验。

病理标本剖开，囊内有乳糜样物，并混有毛发。镜下：囊壁为纤维组织、平滑肌、神经及腺体。诊断为囊性畸胎瘤。术后患者恢复良好，痊愈出院。

二、讨论

畸胎瘤约50%发生在腹膜后，生长在小网膜囊内的畸胎瘤较罕见。本例畸胎瘤生长在小网膜内，解剖关系复杂，不好确诊。本例为成年人，瘤体不大，瘤体内无骨骼样物、仅有毛发，同常见畸胎瘤亦有不同。主观上分析，医生过分依赖B超的诊断，提示在医学发展过程中，虽然有许多先进仪器辅助检查，但临床上病史和体征仍是正常诊断的重要基础。

（收稿：2001-08-01）

* 作者单位：154721 黑龙江省汤原县第二人民医院外科
** 154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院医学系手术学实验室

改良的新式剖宫产术1508例分析

张春芝* 王丽华* 祝美洲*

我院自1998年1月始，开始实施以色列Stark创新的新式剖宫产术。在实践中，我们对该术式加以改良，至今施术1508例，收到满意的效果，现报道如下。

一、资料与方法

1、临床资料：1998年1月1日～2000年12月31日在我院住院分娩行剖宫产术者1589例，其中行新式剖宫产术者1508例，另81例行其他剖宫产术式。1508例患者年龄为21-46岁，平均为26.6岁。剖宫产指征如下，社会因素387例，头盆不称364例，胎儿窘迫305例，臀位98人例，高龄初产及珍贵儿56例，其他因素307例。

2．方法：我院在新式剖宫产术的基础上所做的改良方法有如下四点：①术前不常规消毒阴道，术中不扩张宫颈，术后外阴消毒后手掏阴道内积血。②根据子宫下段形成的情况及先露位置选择适当部位，明确膀胱位置后，切开子宫膀胱反折腹膜及肌层而不下推膀胱。③子宫下段肌层全层连续缝合(不锁扣)，且在腹腔内缝合子宫切口。④皮肤缝合不采用间断结节三针缝合的方法，而采用皮下埋缝的方法。

二、结果

1508例剖宫产术时间最短12min，最长 40min，平均16.7min。术中出血80ml～400 ml，平均出血150ml。术后6h恢复流质饮食。术后 6h取下尿管后均能自行排尿，无一例发生尿潴留。切口甲级愈合率100%，切口美观，几乎无瘢痕 。

三、讨论

新式剖宫产术强调术前阴道消毒，以防扩张宫颈引起感染。孕期尤其是临产产有子宫颈逐渐变软、变平，子宫颈由闭合状态变得约可容一指，恶露可自行排出，术中不必行子宫颈管消毒及用Hegar扩张器扩张宫颈，以减少操作程序及感染机会，节省了手术时间。我院在手术后常规手取阴道内积血，防止患者回床后阴道流血多引起不必要的恐惧。

膀胱底部有丰富的静脉丛，损伤后极易出血，下推膀胱有时会损伤小的毛细血管，引起出血。我们根据子宫下段形成的情况及先露位置选择适当切口部位，一般以反折腹膜下2厘米处切开反折腹膜及子宫肌层，撕开子宫肌层而不下推膀胱，避免了膀胱损伤，减少了创面渗血。本组1508例患者无一例血尿发生。

缝合子宫切口时，我们认为不必将子宫挽出腹腔外进行缝合，在腹腔内缝合子宫切口可减少对患者的刺激，采用可吸收线连续缝合子宫肌层，止血效果好，切口对合整齐，又简化了手术程序。皮肤间断结节三针缝合的方法，美中不足的是在腹部留下了三针瘢痕，而采用皮下埋缝的方法，弥补了这一不足，切口美观，几乎无瘢痕。

（收稿：2001-09-03）

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科