维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.2

痛，未转经或月经稀少者应仔细做好妇科检查，有否宫颈管举痛，宫体大小、压痛、两侧附件处有否压痛异常，以排除术后感染，盆腔炎症。化验尿或血妊娠试验，排除术中漏吸，继续妊娠者。B超检查，B超中可以看到宫腔线分离，宫腔内扁平状透声低暗区，暗区内少量弱光点。

通过以上检查确诊为人流术后并发宫颈管粘连致闭经者，门诊给以作宫颈管扩张探查术。

二、讨论：任何损伤子宫内膜的因素均可导致创伤性子宫腔或颈管粘连，早在1894年Fritssh报导1例产后出血清宫术后发生闭经的病例，1948年Ashrman对创伤性子宫腔及颈管粘连的病因，临床表现及碘油造影特征作了详细报导，国内报导颈管粘连发生以人工流产刮宫术后占第一位。本院人流术后宫颈管粘连致闭经者16例，发生率3.3‰，本院10年中分娩2881例，产后宫颈粘连致闭经者只有1例。传统的人流操作方法一律按顺时针或逆时针靠近宫壁刮吸，不仅术者痛苦，而且易损伤子宫内膜基底层，本人认为操作方法应改进为定位抽吸胚胎组织及绒毛，可在手术前B超定位，也可以在术中定位，根据定位情况术中可予以调整，吸管进入宫腔，探及感觉最滑的部位及胚胎着床部位用负压抽吸、最后再顺宫腔吸刮一圈为宜。这样既可减少负压吸管多次进出宫腔、又可避免宫内膜基底层破坏、致粘连引起闭经的发生。

提倡早孕药流也是预防宫颈管粘连的有效措施，本院自1995年起，门诊对停经49天内早孕者给以药物流产，药流者无一例引起闭经，避免了人流术操作、减少了粘连等并发症产生。

（收稿：1999-10-29）

经过阴道彩超对卵巢妊娠的CDFI、CDE的研究

陈永兴* 郑笑娟** 苗志杰** 王建业** 邹晓娉** 黄雪兰**

1999年5～10月我院经阴道彩超诊断的治疗宫外孕40例，手术切除病灶28例，保守化疗12例，其中卵巢妊娠4例。现将其声像特征及其诊断价值探讨如下。

一、临床资料

使用ATL-HDI 3000型全数字化彩色多普勒超声诊断仪，探头C_{9-5}经阴道端式变角（150度）超宽频探头，检查方法：患者排空膀胱，取截石位臀部垫高仰卧于诊查床上，将阴道探头表面涂上藕合剂，覆以无菌避孕套后轻微放置阴道内仔细地各方位盆腔扫查，并记录拍片阳性结果。

例1. 23岁，停经78天，阴道流血38天，27天前无诱因突发腹部胀痛、自觉肛门坠胀感，用消炎药，腹痛缓解，阴道流血持续不断。经阴道彩超（TVCDS）：子宫大，右侧附件可见6.8cm×4.9cm×4.9cm不均质回声光团，边界清晰，其内见较规则无回声区1.2cm×1.4cm，彩色多普勒血流显像（CDFI）无回声区周边的血管呈现低阻力型多普勒频谱；能量多普勒（CDE）无回声区周边呈现"彩环征"，超声提示宫外孕。手术证实右侧卵巢增大3cm×4cm×5cm，其上破裂口0.5cm×0.5cm大小，病理诊断为卵巢妊娠。

例2. 37岁，停经37天伴阴道流血4天，停经35天起有轻微的早孕反应，4天前突发下腹部痛伴肛门坠胀感，并出现阴道流血。TVCDS：子宫稍大，内膜增厚达8mm，右侧附件区见3.9cm×2.1cm近圆形较强回声光团，中央为1.4cm×1.3cm无回声区壁厚且疏松。CDFI显示无回声区周边血流呈低阻力型频谱，CDE可见"彩环征"，子宫后方未见暗区。为保留生育能力，采取化疗保守治疗，4天后流血加重，再行TVCDS，与前次作比较，右侧附件区5.1cm×3.1cm的光团，中央无回声区增大2.1cm×1.0cm，CDFI仍呈现低阻力型频谱，CDE见无回声区周围呈网状分布，子宫后方出现液性暗区（宽2.4cm），超声提示宫外孕破裂。手术证实：右侧卵巢4cm×3cm其外侧有直径1.3cm裂口，且有活动性出血。病理诊断为卵巢妊娠。

例3. 31岁，停经71天，阴道流血41天，下腹痛10天。口服云南白药及止血灵胶囊，效果不佳，HCG800mIU/ml。TVCDS：子宫正常大、右侧附件可见4.3cm×4.2cm近圆形光团回声、内部为实质回声，混杂不规则小片状暗区，边界清晰，CDFI光团内血流呈低阻力型频谱，CDE呈树枝状，后方暗区宽2.0cm。超声提示：陈旧性宫外孕。手术右卵巢增大6.0cm×6.0cm×5.0cm内有大量凝血块，子宫后壁肠管及侧腹壁粘连。病理诊断为陈旧性卵巢妊娠。

例4. 37岁，停经48天，阴道流血13天，加重1天，伴下腹病痛，尿妊娠试验阳性，HCG-800mIU/ml。TVCDS：子宫后方3.0cm×4.1cm的规则近圆形中等强度回声光团，中央为1.8cm×1.7cm的无回声区，周边CDFI呈现低阻力型频谱。CDE：典型的"彩环征"盆腔暗区1.0cm，化疗8天后，再次行TVCDS：子宫后方肿块缩小2.3cm×1.9cm边界清。CDFI：低阻力型频谱峰值较上次减低。CDE：为间断的细条状、液性暗区消失。

二、讨论：95%宫外孕发生部位为输卵管妊娠，其余部位仅占5%，以往经超声诊断宫外孕的准确率72%～92.2%。TVCDS报道为99%，我们观察40例为100%，卵巢妊娠发生率低，准确判断尤为困难，从以上4例患者的声像分析，其部位常见右侧附件3例和子宫后方1例，光团的形态均规则近圆形（见图1），其中央探及规则的无回声区（3例），一例未探及无回声区的随访为陈旧的宫外孕，无回声区的外周呈现疏松较厚的环状（见图2）回声区，其内的血管分布是典型"彩环状"（3例）（见图3），1例呈网状。CDFI：血流频谱呈低阻力型（见图4）。

* 作者单位：154007 黑龙江省佳木斯市解放军第224医院特诊科
** 佳木斯大学临床医学院第一附院

维普资讯 http://www.cqvip.com

宫外孕卵着床部周围的内膜间质发育为蜕膜、血管扩张成为低阻力型，具有滋养动脉血流特征的动脉分布。CDE多为"彩环征"，化疗保守治疗杀胚药物使小胚胎死亡，小包块逐渐萎缩、随之血流消失(例4声像)。卵巢妊娠从发生部位、包块的形态和血供情况均有特征性改变，为临床提供可靠诊断依据。



图1 附件区规则光团



图2 无回声周边疏松强回声



图3 无回声周边"彩环征"



图4 彩环血流低阻力型频谱

TVCDS痛苦小，准确性高，早期确诊为临床选择治疗方法提供可靠依据，值得在临床大力推广。

(收稿:1999-11-30)

胆囊管汇入左肝管一例

刘仁贵* 杨继武* 谭云波*

一、临床资料：患者女，47岁，白族。因反复右下腹疼痛四月余，加重伴寒战、高热、皮肤黄染一周入院。一周来小便色深黄，大便灰白色。入院查体：体温38.4°C，脉搏80次/分，呼吸22次/分，血压110/60mmHg。皮肤巩膜中度黄染，心肺检查无异常，腹平坦，右上腹压痛，轻度肌紧张，莫菲氏征阳性，腹部B超提示：胆总管结石并肝内胆管扩张、胆囊肿大。于入院后第十天在连续硬膜外麻醉下行胆囊切除、胆总管切开取石、T管引流、腹腔引流术，术中见胆囊大小约12cm×6cm×6cm，胆总管直径约3cm，胆总管下段可扪及一约2cm×1cm×1cm椭圆形结石，可推动。顺逆结合切除胆囊，发现胆囊管经右肝管腹侧汇入左肝管右侧壁，此交汇处距左右肝管汇合处约0.8cm，胆囊管长约1.2cm。距胆囊管与左肝管交汇处约0.5cm处切断胆囊管，残端双重结扎。切开胆总管前壁，取出下段之结石，探查胆总管及左右肝管通畅，放置一根18号T管，T管上臂在左肝管，下臂在胆总管，间断缝合胆总管前壁，放置腹腔引流管，逐层关腹。术后病情恢复平稳。术后14天行T管造影，示T管上臂在左肝管，下臂在胆总管，肝内外胆管显影良好，未见残余结石。术后16天顺利拔出T管。

二、讨论：胆囊管的长度及行程变异较大，胆囊管多汇入胆总管，约有2.1%汇入右肝管，而汇入左肝管则较罕见，报道极少。该患者胆囊管较长，而汇入方式亦有变异，故术中应仔细解剖胆囊管至交汇处，避免残留胆囊管较长，术后引发胆囊管残株炎，同时胆囊管跨越右肝管之腹侧，术中应注意在解剖胆囊管时损伤右肝管，以免造成术后胆瘘，继发胆管炎、胆管狭窄。静脉胆道造影、ERCP、PTC等术前检查对本病有较高的诊断价值，而确诊还须通过术中探查才能证实。

(收稿:1999-12-13)

* 作者单位：671000 云南省大理市大理医学院附属医院外一科

会阴侧切口全层缝合176例临床观察

谢莉琴*

会阴侧切术是产科最常见的手术之一，主要目的是防止自然分娩或手术助产时引起严重的会阴裂伤，缩短第二产程，减少新生儿窒息。为提高侧切口愈合效果，笔者进行了176例侧切口全层缝合，临床效果明显优于传统的分层缝合。现介绍如下。

一、资料和方法：本文对326例阴道分娩产妇施行会阴侧切术，其中150例产妇采用传统的肠线和丝线2～3层缝合法；对176例产妇改用丝线全层缝合法。会阴侧切皮肤、皮下组织丝线全层缝合术的新方法是缝合前阴道内塞入消毒纱布1块，阻止宫腔内血流外溢，使术者视野清晰、阴道粘膜层用0号肠线间断或连续缝合，自残端顶点开始至处女膜内缘。取消以往的用肠线缝合肌层皮下组织一层。聚维酮碘溶液消毒皮肤，用三角针穿4号丝线，从皮肤进针带底间断全层缝合皮肤及皮下组织不留死腔，针距1cm左右。注意缝合时进针两边组织对

* 作者单位：312000 浙江省绍兴市第二医院