

(80%),完全分隔4例(20%);间隔的长度为(9.40±0.36)(7~13)mm。部分分隔胆总管与胰管共同管的长度为(5.43±0.39)(4.0~7.5)mm。

3 讨论

3.1 十二指肠分为上部、降部、水平部和升部4部^[9]。现有的教科书^[3]及专著把十二指肠上部(第一段)或球部内面描述为“黏膜面光滑无环状襞”,实际上十二指肠第一段应包括球部(或称帽部、窦部)和固定部,本文发现多数球部黏膜具有皱襞,真正“光滑的”只占1/3左右。材料与本组近似,因此建议临床工作者应注意此特点,以免内镜检查时误认部位。

3.2 十二指肠大乳头的位置:国内外学者多描述为位于十二指肠降部内后壁中部,或降部下1/3占66%、中1/3占27%、上1/3占4%等。本组材料是将十二指肠第二段(降部)内侧壁按上、中、下及前、中、后各三等分为9个区,大乳头位于中中区(中央区)为53%,加上后中区13%,故将其位置表述为“位于降部内侧壁中份”似较合适。另有1例(3%)于第三段(水平部)首段上壁,此点尤应引起注意。寻找大乳头的还可以参照距幽门的距离。国外学者提出为80~100mm。国内一组50例统计为85.5mm。本组30例统计为(79.23±2.68)mm(最近距45mm,最远距117mm),值得进一步验证。结合大乳头的形态辅以寻找大乳头。

3.3 Flati等^[2]根据肝胰壶腹有无共同管及其共同管的长度将其分为Y型(共同管长1.5~10mm)、V型(共同管大于10mm)、U型(胆总管与胰管在一个乳头内分别开口)和型(胆总管和胰管分别

开口),其出现率分别为61.2%、22.4%、14.3%和2.1%^[2]。本资料型仅1例(3.3%),在20例肝胰壶腹冠状剖面上见被肝胰壶腹间隔完全分隔者即U型有4例(20%);被部分分隔者即Y型16例(80%),共同管的长度为(5.43±0.39)mm。这提示内镜医师进行胰、胆管选择性插管时,导管的插入深度和方向要区别对待。遇到Y型和V型时,可从一个开口插管,插入深度不宜过深,使导管末端位于乳头腔内可使胆总管与胰管同时显影,但不足之处是导管插入过浅易漏出显影剂。在U型可在同一乳头晕轮的不同部位插管,一般情况下,胆总管开口在乳头的上部,胰管开口在乳头的下部。在型者须在不同的乳头晕轮开口插管,才能分别使胰胆管显影,只有掌握了乳头开口的解剖情况,才能提高插管的成功率。

4 小结

结合目前十二指肠影像学及ERCP新技术,对解剖结构上困惑的问题作了30例成人十二指肠内面结构的系统而有针对性的研究。对其黏膜特征、大乳头及肝胰壶腹从临床应用角度作了观测,为临床工作提供了参考资料。

参考文献:

- [1] 陈熙,蒋业信,申家兴,等.与EST有关的胰胆管及十二指肠大乳头应用解剖[J].中国临床解剖学杂志,1994,12(3):208.
- [2] Flati G, Flati A, Porowska B, et al. Surgical anatomy of the papilla of Vater and biliopancreatic ducts[J]. Am Surg, 1994, 60(9):712.
- [3] 柏树令,应大君.系统解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2007:134

收稿日期:2009-05-08

择期剖宫产对子宫复旧的影响

潘玉红¹,梁新国²

(1.宜昌市第三人民医院妇产科,湖北宜昌 443003;2.三峡大学仁和医院,湖北宜昌 443001)

文章编号:1009-5519(2009)18-2822-02

中图分类号:R71

文献标识码:B

近年来,随着国内剖宫产率逐年升高,由此导致的产后子宫复旧不全,已成为产后常见并发症。国内众多学者报道剖宫产产后子宫复旧不全发生率高(11%)^[1],是产后子宫复旧不全的主要影响因素。本组临床资料主要观察择期剖宫产产妇与临产时剖宫产产妇的子宫复旧情况,探讨择期剖宫产这一单一因素对子宫复旧的影响,报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料:2007年1月~2008年12月我院择期剖宫产孕产妇50例为观察组,剖宫产指征为社会因素;另取临产时剖宫产50例为对照组,剖宫产指征为胎儿窘迫、产程停滞、胎位异常等。两组病例均排除子宫畸形、妊娠合并子宫肌瘤、多胎妊娠、羊水过多、宫内感染。

两组资料年龄、孕周差异无显著性($P>0.05$)。手术均采用子宫下段剖宫产,术中、术后处理相同。产后均常规使用抗生素3天,实行母婴同室、母乳喂养,鼓励早期下床活动,术后5天拆线出院。

1.2 观察指标:(1)产后宫底下降高度的测量:产妇出院后,于产后14天专人产后访视,排空膀胱平卧,腹部检查手测宫底高度。(2)产后B超检查子宫复旧情况:于产后42天来院行盆腔超声检查,了解子宫复旧情况,测量子宫各径线大小并计算三径(长径、前后径、横径)之和。(3)恶露持续时间:出院时告知产妇

恶露性状,于产后42天统计恶露持续时间(血性恶露+浆液性恶露)。

1.3 统计学方法:计量资料采用 t 检验。显著性水平 P 值界限为0.05。

2 结果

2.1 产后宫底下降高度的测量:正常情况下,于产后10天,子宫降至骨盆腔内,腹部检查触不到宫底^[2]。而剖宫产术后宫底下降较正常缓慢,产后第十天观察组36/50仍可腹部检查触到宫底,对照组24/50可腹部检查触到宫底。差异有显著性($P<0.01$)。

2.2 产后B超检查子宫复旧情况:产后42天B超检测子宫三径之和,观察组与对照组比较差异无显著性($P>0.05$)。但宫腔积液发生率比较差异有显著性($P<0.05$),见表1。

表1 产后子宫复旧B超检测结果

组别	例数	子宫三径之和 (cm)	宫腔积液发生率 (%)
观察组	50	18.13±2.41	14
对照组	50	16.02±1.92	8

2.3 恶露持续时间:正常产后血性恶露+浆液性恶露持续约3周。观察组持续时间(39±5)天,至产后42天仍有4例为浆液性恶露,对照组持续时间为(30±4)天,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3 讨论

3.1 择期剖宫产增多:越来越多的资料证明,对严重妊娠合并症放宽剖宫产指征,在降低这些患者的母婴病死率方面起到了良好的作用。然而,当剖宫产上升到一定水平后再盲目提高剖宫产率,不但不能降低对产妇的不良影响,而且围生儿病死率反而升高。剖宫产对产妇的影响主要是产后出血及子宫复旧,并由此给产妇造成较大痛苦。

3.2 剖宫产后子宫复旧较慢:正常分娩后10天子宫降入骨盆腔内。有报道,剖宫产术后宫底下降速度较阴道产产后子宫底下降速度慢^[1]。而我们也观察到,剖宫产术后子宫复旧较慢,剖宫产后10天约60%仍可在耻骨上触及子宫。其中观察组(72%)与对照组(48%)差异有显著性。剖宫产后42天,B超测定子宫大小两组差异也有显著性。我们认为,分娩发动前极短时间内子宫缩宫素受体增加50倍,子宫对缩宫素敏感性明显增加。故未临产的择期剖宫产组子宫复旧较临产组差。

3.3 恶露持续时间:剖宫产术后恶露时间明显延长,血性恶露+浆液性恶露平均达30天,而观察组39天,说明观察组子宫复旧差。恶露时间延长,要加强产褥期卫生。

3.4 关于宫腔积液:产后42天B超检查子宫复旧情况,仍可发现少数产妇有宫腔积液。无子宫切口愈合不良发生,无发热。经加用生化汤中药口服后复查痊愈。

3.5 处理好择期剖宫产:择期剖宫产术中,经常可见子宫下段形成差,手术出血多。我们观察术后子宫复旧较临产时剖宫产更差,术后血性恶露+浆液性恶露持续时间延长,子宫缩复慢,术后勤腔积液患者增加,需要额外用药例数增加。建议:鼓励自然分娩,开展导乐分娩。减少社会因素择期剖宫产,加强术后宣教,注意产褥期卫生,对恶露时间延长者积极用药,减少并发症,保障母婴安全。

参考文献:

- [1] 戈花妮,黄晓戈,康燕,等.不同分娩、喂养方式对子宫复旧的影响[J].山东医药,2005,45(18):52.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].第七版.北京:人民卫生出版社,2008:79.
- [3] 阎莉.剖宫产术对子宫复旧的影响[J].中国妇幼保健,2004,19(10):54.

收稿日期:2009-04-10

膝关节镜结合玻璃酸钠治疗膝骨关节炎临床观察

王森,陈皓

(枣庄矿业集团中心医院骨科,山东 枣庄 277000)

文章编号:1009-5519(2009)18-2823-01

中图分类号:R6

文献标识码:B

膝骨关节炎(osteoarthritis, OA)是一种常见的慢性退行性骨关节疾病。人工关节置换术费用高,把金属内固定物放入体内给患者造成心理压力,使许多患者不愿意接受。保守治疗主要有非甾体类药物、镇痛及关节腔皮质激素注射,这些方法长期使用不良反应较大,只能短期缓解症状,不能控制或延缓疾病的发展。本院自2006年6月~2009年2月临床实施膝关节镜结合玻璃酸钠治疗膝骨关节炎76例,术后效果良好,现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料:OA患者76例,其中双膝病变23例。男18例,女58例,年龄46~70岁,平均58岁,膝关节疼痛病程2个月~10年。VAS评分6~8分。

1.2 纳入标准:根据美国风湿病协会制定的OA诊断标准,并排除类风湿性关节炎、化脓性感染、结核性关节炎、痛风性关节炎和肿瘤等。治疗期间患者禁用任何镇痛药或外用药物。

1.3 方法:腰麻下使用钝性关节镜穿刺套针进入关节腔内,关节镜进入观察。用刨刀刨除髌上囊、膝内外侧间隙及髌间窝内粘连带及增生的滑膜组织,如半月板有损伤可给予成形或切除。冲洗关节腔,术毕注射玻璃酸钠2 ml,加压包扎。术后第一天开始行CPM功能锻炼及股四头肌等长收缩锻炼。每隔1周再次关节腔内注射玻璃酸钠2 ml,共注射3~5次。

2 结果

本组随访6~24个月,屈膝范围95度~125度,平均110度,股四头肌肌力均达到5级。VAS评分0~2分。有3例关节腔积液,经穿刺后加压包扎治愈,无感染及皮肤坏死等并发症。

3 讨论

OA临床表现为发展缓慢的膝关节肿痛、僵硬及活动受限,并伴有继发性滑膜炎^[1]。关节镜下清理术通过刨除增生肥厚的

滑膜,摘除游离的软骨碎片,修整关节面,摘除游离体,切除骨赘,冲洗关节,清除了关节内致病的病理组织和炎症介质,虽不能彻底去除病因及恢复正常的解剖结构,但恢复了关节内的平整性,改善了关节内环境,阻断了关节炎的恶性循环,达到消除关节疼痛、肿胀,改善关节活动的目的。但手术造成的滑膜和骨软骨创面渗血、创面渗出的白细胞释放出大量的致炎因子,导致滑膜和关节周围软组织反应性水肿,干扰了软骨的营养。关节镜术后注入玻璃酸钠,可增强关节面的润滑,营养关节软骨。膝关节松解术后功能锻炼要早期、有步骤进行,力争较早恢复接近正常范围,早期功能锻炼是提高疗效的关键。CPM应用于膝关节粘连术后为患者的康复提供了一个新的途径,早期应用CPM能消除关节粘连,减轻疼痛,改善关节活动,是促进关节软骨再生和修复的有效方法,同时可以防止肌肉萎缩,利于关节功能恢复,但应避免应用暴力引起骨折。

玻璃酸钠由葡萄糖醛酸和乙酰氨基葡萄糖组成的双糖单位聚合而成,在关节内由滑膜B细胞分泌,是关节溶液和软骨基质内的重要成分。玻璃酸钠可以发挥其在软骨基质代谢中的作用,模拟关节滑液的物理作用保护关节软骨^[2]。关节腔内注入玻璃酸钠补充了外源性的有效成分,使其滑膜表面覆盖了大量的玻璃酸钠保护膜,不但抑制了炎症的发生,而且为滑膜软骨的修复起到了应有的作用,再刺激本身滑膜组织产生大量的玻璃酸钠,润滑并且改善关节功能,缓解关节疼痛等症状,增加关节活动度,防止病情进一步发展,形成了良性循环^[3]。

参考文献:

- [1] 吕厚山,陈坚.关节炎外科学[M].第一版.北京:人民军医出版社,2002:261.
- [2] 艾福艳,杨中凡,张瀚心.玻璃酸钠治疗膝关节炎50例疗效观察[J].中国医药导报,2006,3(36):68.
- [3] 杨荣全.关节腔内注射药物治疗膝关节炎损伤后滑膜炎的体会[J].临床研究,2006,3(14):201.

收稿日期:2009-04-23