

皮原位回植;(4)有可供血管吻合的颞浅动、静脉,吻合动脉静脉比例最好在 1:2~1:3 以上;(5)头皮及创面污染较轻;(6)操作者应有较高的显微外科技术。吻合血管行撕脱头皮回植手术须注意的重要环节:(1)清创彻底;(2)选择挫伤较轻、清洁完整的血管吻合;(3)血管无张力吻合;(4)术中仔细止血,术毕放置负压引流并适当加压包扎。对有撕脱头皮缺损,并且不能进行吻合血管回植者,游离植皮操作简单,代价小,存活率高,是首选的治疗方法。如果骨膜完整,游离植皮一般都能获得存活。无骨膜的区域形成有血运的创面后再植皮。本组第 4 例是头皮与知名血管挫伤严重,修剪挫伤血管不彻底,又大部分骨膜撕脱,头皮回植后全部坏死。说明选择吻合血管清创不严格与颅骨大面积外露是头皮回植失败的主要原因^[5]。供皮的首选部位为撕脱的头皮,如果挫伤轻,用反鼓切取成中厚皮回植后存活率较高。由于头皮比较厚,如果只修剪去皮下脂肪用全厚皮回植则不易存活。本组第 1 例全厚头皮回植中大部分坏死,而第 2 例中厚头皮回植大部分存活,正说明此点。

总之,完全性头皮撕脱伤是一种严重损伤,吻合血管头皮回植是最好的治疗方法^[6]。为提高回植存活率,临床上尚有许多问题需要进一步研究;而积极有效的急诊处理并针对损伤程度

· 短篇及病例报道 ·

度的不同,采取不同的手术方式及外科综合治疗是决定患者预后的关键因素。

参考文献:

- [1] 李世荣. 现代美容整形外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:727-732.
- [2] 郭恩覃. 现代整形外科学[M]. 北京:人民军医出版社,2000:526-529.
- [3] 曹谊林,张涤生,周苏,等. 全头皮撕脱再植成功 1 例[J]. 中华显微外科杂志,1991,14(2):223.
- [4] 丁立,刘加宁,郑清健,等. 28 例头皮撕脱伤的整复[J]. 中国修复重建外科杂志,2007,21(1):102-103.
- [5] 曹卫刚,程开祥,祁强,等. 头皮撕脱伤治疗体会[J]. 中华整形烧伤外科杂志,1997,13(3):178.
- [6] 周苏,程开祥,张涤生,等. 吻合血管的撕脱头皮回植 21 例[J]. 中华整形烧伤外科杂志,1997,11(6):435-438.

(收稿日期:2011-03-05 修回日期:2011-04-14)

双子宫剖宫产分娩一活女婴 1 例

陈学玲

(重庆市城口县人民医院 404900)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)24-2494-02

1 临床资料

患者,女,23岁,因“妊娠10月,要求剖宫产”为主诉于2010年4月1日入院。末次月经(last menstrual period, LMP)2009-07-04,预产期(expected date of confinement, EDC)2010-04-01。患者素来月经规则,30 d 1次,停经40 d左右自测尿人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotrophin, HCG)阳性,孕4个月感胎动,孕中晚期产前检查无特殊,否认孕期阴道流血、流液史,否认射线接触史,否认皮肤瘙痒及胸闷、心悸等。因已临预产期故来我院要求剖宫产术终止妊娠。

既往史:患者2008年妊娠26周因胎膜早破、羊水减少致胎儿宫内窘迫,患者及家属放弃妊娠行引产术,产后复查B超示双子宫单宫颈,产后5 d严密消毒下妇科检查,外阴:已婚已产式;阴道:畅,未见子宫纵膈;宫颈:宫颈光滑;宫体:孕3个月大小;双附件:未扪及异常。

体格检查无异常。产科检查示:宫高35 cm,腹围103 cm,未扪及宫缩,头位,跨耻征阴性,胎心148次/min。肛查:先露-2,宫颈质中,位中, Bishop 评4分。

辅助检查:2010年4月1日超声示:BPD 9.3 cm, FL 7.4 cm,胎盘成熟度3级,羊水4.5 cm。宫内单活胎,晚孕,双子宫单宫颈。骨盆外测量:髂棘间径24 cm,髂嵴间径26 cm,骶耻外径20 cm,出口横径9 cm。胎儿估计3 805 g。

患者择期于2010年4月2日在持续硬膜外麻醉下行经腹

子宫下段剖宫产术。常规进腹,见子宫增大与停经月份相符,切开子宫,以LoA娩出一活女婴,体质量3 500 g, Apgar 评9-10-10分,羊水清亮,约500 mL。胎盘自娩,完整。脐带长60 cm,无缠绕。肠线连续扣锁缝合子宫肌层,检查术野无渗血,发现孕子宫左下方另一非孕子宫约8 cm×7 cm×5 cm大小,未予处理。检查术野核对器械后关腹。术中失血300 mL,补液1 500 mL,尿量200 mL,尿液清亮。返室测血压100/75 mm Hg,子宫收缩好,阴道无活动性出血,切口无渗血。术后5 d出院。

出院诊断:(1)妊娠40周G2P2LOA剖宫产;(2)双子宫畸形。

2 讨论

双子宫属生殖道畸形,其发生是由于胚胎发育期两侧苗勒管发育正常但未完全融合,各自发育形成双子宫。双子宫妊娠比较罕见,有文献报道该病发生率为0.04%~12.00%。上述病例中患者曾行引产术一次,自述当次妊娠为妊娠26周因胎膜早破、羊水减少致胎儿宫内窘迫放弃妊娠。引产术前不仔细检查宫腔,不易发现双子宫畸形^[1]。而本次妊娠顺利至足月孕,则更为特殊。生殖器畸形往往难以受孕,如果受孕又会出现反复的流产、死胎、早产、胎位异常、产后子宫复旧差、产后出血多等并发症^[2]。生殖道的畸形以子宫畸形最为常见,妊娠失败率高达36.7%^[3]。但双子宫在行妇科检查及B超检查时较

其他子宫畸形容易发现,且易与其他疾病相鉴别^[4],故容易得到医患双方的重视。在所有子宫畸形患者中,双子宫患者的生育功能是最高的。而围产儿死亡率、早产率、剖宫产率亦高于正常。对于双子宫畸形,临床一般不做子宫矫形,也不是剖宫产的指征^[5],故本例因社会因素行剖宫产的过程中未处理非孕子宫。

参考文献:

[1] 谢微波. 双子宫畸形左侧妊娠 1 例[J]. 重庆医学, 2003, 32(3): 326.

[2] 李维芝. 双子宫畸形人流时存在的问题[J]. 实用妇产科杂志, 1998, 4(2): 99-101.

[3] 傅正英, 陈晓. 双子宫双阴道足月妊娠剖宫分娩 1 例[J]. 武警医学, 2001, 12(6): 380.

[4] 黄惠团, 富丹萍. 体检双子宫及纵隔子宫超声的诊断分析[J]. 中国疗养医学, 2011, 20(3): 264.

[5] 王巧如, 李卓华. 生殖道畸形的妊娠结局 128 例分析[J]. 国际医药卫生导报, 2005, 11(18): 74-75.

(收稿日期: 2011-02-10 修回日期: 2011-03-18)

• 短篇及病例报道 •

老年先天性心脏病误诊 13 例分析

杨 燕, 李平仙

(云南省第一人民医院内儿科, 昆明 650032)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.24.050

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)24-2495-02

先天性心脏病(先心病)系指出生时就存在的心血管结构或功能异常,其发病率为活产婴儿的 0.7%~0.8%,成人发病率为 0.24%~0.28%^[1]。随着科学技术的发展,先心病的诊断率不断提高,但老年先心病缺乏特异性,误诊仍易发生。综合其原因有以下几点:(1)某些先心病畸形所致的血流动力学障碍可自我调节和代偿,患者就可存活下来以至老年,其自然寿命长短与病种、畸形复杂程度、缺损大小有关。(2)老年期心肌可发生脂褐素沉积、横纹消失、细胞纤维化,并可有淀粉样变、胶原含量增加。心肌的兴奋性、自律性、传导性和收缩性均有降低,导致老年期心脏增大^[2]。(3)老年人常伴有冠心病、高血压、肺心病、瓣膜性心脏病、心肌病等一种以上的心血管病,当出现发绀、心悸、气促、下肢浮肿或心力衰竭等临床表现时,没有典型的心脏杂音(而杂音又是先心病主要体征),所以多首先考虑常见获得性心脏病。(4)先心病的诊断除病史、体格检查外,胸片、心电图、超声心动图等无创检查较常应用。超声心动图目前是筛查及确诊先心病重要、基本的诊断方法^[3],但也受仪器条件、操作人员经验等的影响。

本院干部病房通过彩色多普勒超声心动图确诊老年先心病 13 例,分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院患者 13 例,男 7 例,女 6 例。年龄 64~84 岁,平均 76.5 岁,病程 6~30 年。临床诊断分别为肺心病 5 例,扩心病 1 例,老年瓣膜性心脏病 4 例,冠心病 1 例,高血压心脏改变 1 例,风湿性心脏病 1 例。

1.2 方法 采用 PHILIPS iE33 型彩色多普勒超声诊断仪进行检查诊断。患者左侧卧位或仰卧位,取胸骨旁左室长轴、胸骨旁四腔心、大动脉短轴、右室流出道长轴、心尖四腔、心尖五腔及剑突下双心房等标准断面,观察心腔内部结构,测量心脏内部参数及血流动力学各项参数。

2 结 果

13 例老年先心病患者中,房间隔缺损 4 例;房间隔连续性

中断,回声脱失 0.5~1.1 cm,右房室均明显扩大,主、肺动脉增宽,CDFI 显示房水平左向右分流 3 例,左右双向分流 1 例。干下型室缺 1 例:左室轻度扩大,大动脉短轴收缩期可见距肺动脉瓣下 0.5 cm 处 0.3~0.4 cm 左向右分流,连续多普勒测得血流速 3.5 m/s。先天性主动脉瓣病变 3 例(无冠瓣发育不良 1 例、左冠瓣发育不良 1 例、二叶瓣 1 例),二维均显示为二叶瓣增厚钙化,瓣膜联合处融合,瓣口轻度关闭不全及轻度狭窄,左室扩大,室壁肥厚,瓣口血流速为 2.0~2.4 m/s,大动脉短轴舒张期主动脉瓣口为“一”字形而非“Y”字形结构,3 例均经三维显示:2 例为三叶瓣,其中 1 例无冠瓣 0.2×0.4 cm²,1 例左冠瓣 0.2×0.3 cm²,另 1 例为二叶瓣。动脉导管未闭(PDA) 2 例,其中单纯 PDA 1 例:左肺动脉起始部与降主动脉的管型沟通,宽约 0.5 cm,CDFI 示左向右分流,分流速度为 2.2 m/s,左房室扩大,肺动脉压 35 mmHg。其中 1 例 PDA 合并房缺,表现为房间隔中部两处连续性中断,宽分别为 0.8、0.5 cm,两孔间距为 2.3 cm,房水平双向分流,同时可见降主动脉峡部与肺动脉分叉偏左沟通呈瘤样扩张,两侧宽分别为 1.5、1.7 cm,CDFI 示右向左分流,肺动脉压 85 mmHg,右房室明显扩大、左房扩大。膜周部室间隔缺损 1 例:室间隔膜周部连续性中断,宽约 0.8 cm,三尖瓣隔瓣与室缺口前下缘粘连,并部分遮挡室缺口,CDFI 示双向分流,肺动脉压 80 mmHg,全心扩大。三尖瓣下移畸形 1 例,表现为三尖瓣后叶和隔叶附着点向心尖部移位,分别下移 2.8、2.9 cm,瓣叶形态异常,部分右室房化,大小约 2.5 cm×3.0 cm²,右房室明显增大,三尖瓣中至大量反流,肺动脉压 61 mmHg。右室双腔心 1 例:右心房室增大,右室壁增厚,于右室内探及异常肌束,将右室分隔为近三尖瓣侧的流入腔(高压腔)和近肺动脉瓣侧的流出腔(低压腔),两者交通口直径约 1.8 cm,流入腔与流出腔间探及高速血流 2.98 m/s,峰值压差约 25 mmHg。

3 讨 论

(1)本组房缺 4 例,房缺为小儿常见先心病,如缺损口小或