

对肺功能是一种慢性损害,随着侧凸的加重,心肺功能进一步衰竭。因此,及早手术矫正脊柱侧凸及剃刀背畸形有利于患者肺功能改善。矫正后,使胸廓形态趋于正常;胸壁顺应性改善;身高增加,胸腔上下径扩大,横膈受限得到解除;肺活动度增大,使肺的通气功能改善。

2.4 矫正丢失的预防 矫正率丢失主要原因是矫正后植骨融合不确切或融合范围不够。因此,要取得脊柱侧凸矫正成功,除了选择合适的手术方法外,还应注意:(1)正确选择融合范围,既要防止畸形复发和保证躯干平衡,又不能过多融合以保证脊柱的弯曲性能;(2)应重建脊柱的生理弧度,即根据患者畸形度预弯好合适的胸后凸及腰前凸;(3)维持躯干平衡,如在冠状面上两肩和骨盆不应倾斜,在矢状面上应有平衡的胸后凸和腰前突。

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0463-02

· 临床医学 ·

剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 9 例临床分析

王剑南

[关键词] 妊娠,异位/外科手术;剖宫产术;瘢痕

[中国图书资料分类法分类号] R 713.8;R 619.6;R 719.8

[参 考 文 献]

- [1] 杨克勤,过邦辅. 矫形外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:639.
- [2] 张光铂,李子荣,魏新荣,等. 学校青少年脊柱侧凸普查与治疗[J]. 中华骨科杂志,1989,9(1):43-46.
- [3] Kuklo TR, Potter BK, Lenke LG. Vertebral rotation and thoracic torsion in adolescent idiopathic scoliosis: what is the best radiographic correlate[J]. *J Spinal Disord Tech*, 2005, 18(2): 139-147.
- [4] Denis F. Anterior surgery in scoliosis[J]. *Clin Orthop Relat Res*, 1994, 300:38-44.
- [5] Birchall D, Hughes D, Gregson B, et al. Demonstration of vertebral and disc mechanical torsion in adolescent idiopathic scoliosis using three-dimensional MR imaging[J]. *Eur Spine J*, 2005, 14(2): 123-129.
- [6] 邱贵兴,李其一,王以朋,等. 特发性重度僵硬性脊柱侧凸的手术治疗[J]. 中华医学杂志,2005,85(12):807-810.

剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠(GSP)是剖宫产术的远期并发症,受精卵种植于子宫瘢痕处,很罕见。随着近年来剖宫产率的增加,这种少见的并发症发生率也明显增加。子宫瘢痕处妊娠临床就诊时常误诊为宫内妊娠而行人工流产术,严重威胁妇女健康。1997~2005年,我院收治9例,现就其早期诊断和合理治疗作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 9例孕妇年龄20~36岁,孕2~6次,本次妊娠距离前次剖宫产时间8~47个月,停经天数44~128天。5例因门诊人工流产术后阴道流血>10天未净而复诊,B超进一步检查发现子宫峡部有不均质包块,诊断子宫瘢痕处妊娠而入院进一步治疗。2例在门诊手术时大出血,直接住院后进一步检查确诊。2例为门诊B超检查发现为子宫瘢痕处妊娠而入院。

1.2 治疗方法 9例均检查肾功能排除禁忌证。2例用甲氨蝶呤(MTX)联合米非司酮治疗,MTX 100 mg 肌肉注射,同时米非司酮 150 mg 分3天口服。7例在hCG降为正常后清宫,其中2例在门诊误诊为宫内早孕行人工流产时大出血,给予碘附纱条行宫腔和宫颈填塞后,入院进一步止血以及给予MTX和米非司酮,并检测至hCG降低到正常时再行清宫术;5例人工流产术后持续不规则出血采用MTX加米非司酮治疗,监测至hCG正常后清宫。

1.3 结果 2例阴道流血停止,B超提示子宫瘢痕处血流稀

[文献标识码] B

疏,未清宫予以出院。5例进行清宫的患者均在hCG下降至正常后进行,术中情况良好,出血不多。9例中有1例因孕4个月,在保守治疗过程中出现宫缩,子宫不完全性破裂,立即行剖腹探查,发现子宫瘢痕处有一4 cm大破口,部分胎体位于子宫外,行剖宫产取出胎儿,并修补破口,7天后痊愈出院。9例hCG下降至正常时间9~26天。

2 讨论

近年来,随着剖宫产率的升高,CSP发生率不断增加^[1,2]。GSP其原因不明,有学者^[3]提出子宫瘢痕是由于剖宫产造成的内膜至肌层通道的孕囊种植机制,子宫内膜基层的腺上皮细胞是修复子宫内膜功能层所必需条件,再次妊娠位于切口处,由于着床处底蜕膜发育不良或缺如,绒毛可直接植入子宫肌层。也可能与多次宫腔操作引起子宫内层发育不良以及内膜炎症有关。GSP的病史特点为停经、阴道不规则流血,血或尿hCG阳性,在临床上容易与先兆流产、子宫颈妊娠、滋养细胞肿瘤相混淆,这除了临床医师仔细检测病情变化外,还需要加强彩超检查。通常彩超诊断瘢痕子宫妊娠的标准有^[4]:(1)剖宫产术后再次妊娠,妊娠物位于子宫前壁峡部剖宫产瘢痕处。(2)妊娠物与膀胱之间子宫肌层变薄,早孕者,妊娠物与子宫切口处肌层间分界不清,由低回声变为紊乱回声;中孕者,胎盘后方子宫壁肌层低回声带变薄或消失。(3)瘢痕处肌层血流丰富,呈低速低阻型流速曲线。(4)子宫颈为正常形态,内外口紧闭。对于有前次剖宫产史,并出现停经后阴道流血,一定要考虑是否存在瘢痕处妊娠而提高警惕,病史结合典型的彩超早期诊断不难,笔者遇见2例即经过及时诊断住院给予保守治疗成功。

对于妊娠早期,阴道流血少的患者可以采取保守治疗。

[收稿日期] 2007-06-01

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 妇产科,蚌埠 安徽 233040

[作者简介] 王剑南(1974-),女,主治医师。

米非司酮是一种具有甾体结构的抗孕激素药物,在分子水平与内源性孕酮竞争结合受体,产生较强的抗孕酮作用,使妊娠绒毛组织及蜕膜变性坏死,释放内源性前列腺素,导致促黄体生成素下降,黄体萎缩,从而使赖以发育的胚囊坏死、吸收^[5]。米非司酮能抑制滋养细胞的增殖,诱导和促进其凋亡的发生,对早孕绒毛的作用是直接的。MTX 是叶酸拮抗剂,抑制细胞内 DNA 的合成。两种药物联合应用能有效的抑制滋养细胞的生长,促进绒毛变性坏死。本文 9 例中,除 1 例因子宫破裂行剖宫产加修补术外,其余均保守治疗成功。笔者体会,CSP 治疗的关键是早期诊断、及早处理。保守治疗适用于患者年轻要求保留生育能力,孕龄较小,阴道流血少,当妊娠物直径 ≥ 3 mm, β -hCG 在 100 mIU/L 以上时,可以先给予米非司酮加 MTX 联合杀死胚胎;在经过化疗后当妊娠物直径 ≤ 3 mm, β -hCG 在 100 mIU/L 以下,B 超提示病灶处血流稀疏时再给予清宫,术前做好备血、剖腹探查准备。但对于妊娠 12 周以上,因为胎儿已经成形,不排除有胎盘种植于子宫瘢痕处可能,在强烈宫缩时可能出现子宫破裂,笔者认为以手术为上策。

过去,对于此类患者最终需行子宫切除术以挽救生命,邵温群等^[6]报道 5 例均行子宫切除术。但目前,越来越多的报道对于需要保留生育能力的患者可以采取保守治疗,由于目前保守治疗的方法处于探索阶段,本文例数较少,有待于

进一步扩大研究。目前的介入治疗在妇产科领域有着广泛应用,其技术已经趋向成熟,特别在异位妊娠的治疗中,最近有采用动脉栓塞化疗治疗取得良好效果的,因为该治疗方法创伤小,作用强,副作用少,越来越多的患者选择应用,如果该项技术应用于子宫瘢痕处妊娠,相信同样有好的疗效。但目前此方面的研究尚未见报道,有待进一步研究和探讨。

[参 考 文 献]

- [1] Roberts H, Fracog CL, Lanzarone K. An ectopic pregnancy in lower segment uterine scar[J]. *Aust N Z J Obstet Gynecol*, 1998, 38(1): 114-116.
- [2] Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in a caesarean scar review of the medical approach to an iatrogenic complication[J]. *Hum Reprod Update*, 2004, 10(6): 515-523.
- [3] McGowan L. Intramural pregnancy[J]. *JAMA*, 1965, 92(1): 141.
- [4] 焦光琼, 凌梅立, 钱尚萍. 经阴道彩色多普勒超声在诊断剖宫产子宫瘢痕妊娠中的价值[J]. *上海医学影像学杂志*, 2004, 13(1): 16-17.
- [5] Spitz IM, Bardin CW. Clinical pharmacology of RU 486: an antiprogesterin and antigluccorticoid [J]. *Contraception*, 1993, 48(3): 403.
- [6] 邵温群, 郑斐问, 石一复. 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 5 例分析[J]. *中华妇产科杂志*, 2003, 38(6): 366-367.

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0464-02

· 临床医学 ·

乳牙反骀矫正后恒牙骀 20 例临床观察

汪国栋, 张 辉, 沈 军

[关键词] 正畸学, 矫正; 牙, 乳/畸形

[中国图书资料分类法分类号] R 783.5; R 788.5 [文献标识码] B

乳牙反骀是乳牙期最常见的错合畸形,其发病率为 8.3%^[1]。乳牙反骀多为牙性一功能性反骀,随着年龄的增长,可造成面中部的发育受限而发育成为完全的骨性错合^[2]。研究表明,多个乳前牙反骀较个别乳前牙反骀更有形成恒牙反骀的趋势,演变成恒牙期 Angle III 错骀^[3]。我们采用传统的活动矫治器为主,对 3~5 岁乳前牙反骀进行矫正,并跟踪观察至恒前牙建骀,探讨乳牙反骀矫治方法与替牙后恒牙骀之间的联系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 1999~2002 年我院治疗的 20 例乳牙反骀患者,男 7 例,女 13 例;年龄 3~5 岁。要求至少有 4 个相邻乳前牙反骀,乳磨牙平面呈近中型。上颌正常或稍后缩,下颌轻度前突或下颌正常。既往接受过矫正治疗,所有病例矫治前后均拍摄头颅定位侧位片,留取记忆模型。

1.2 方法 运用传统的骀垫式活动矫治器,模型上牙面和邻间隙均匀刮除 0.5 mm。5|5、6|5 制作箭头卡,5|4、6|4 上弯制单臂卡环。5|1、5|2、6|1、6|2 腭侧用

0.5 mm 不锈钢丝弯制双曲舌簧,后牙区胶垫,嘱咐患者全天配戴,刷牙时取下,每周复诊 1 次。复诊时开大双曲簧 1 mm,并根据前牙情况适当磨除胶垫,直至完全建立咬骀并保持。对所选病例进行追踪随访至恒切牙完全萌出,观察恒牙期的咬骀关系。

2 结果

20 例患儿在 7 天~3 个月内解除反骀关系,并建立 I~II 度覆骀,后牙基本达到中性关系。所有病例治疗期间无乳牙脱落、扭转、骀伸长等情况发生。少数病例上前牙出现散在间隙。矫治前后 X 线头影测量见表 1。

表 1 20 例患儿矫治前后 X 线头影测量比较

项目	术前(平均值)	术后(平均值)
上牙槽座角	78.40°	83.25°
下牙槽座角	76.76°	77.79°
上下牙槽座角	-1.54	2.25
下颌平面角	36°	32°

追踪观察发现,在 20 例病例中,2 例出现恒牙反骀,2 例为对刃骀,其余均为正常咬骀关系。头颅定位侧位 X 线片测量后发现,该 4 例恒牙反骀和对刃的患者均为高角病例。

[收稿日期] 2007-10-19

[作者单位] 解放军第 123 医院 口腔科,安徽 蚌埠 233015

[作者简介] 汪国栋(1973-),男,主治医师。