

进镜失败改开放手术,均置输尿管内支架管,2~3周拔除。膀胱结石者输尿管镜下气压弹道碎石失败,改用电切镜将结石切割成小块冲出。肾盂及输尿管结石为棉花团状,质软,表面光滑,灰白色,膀胱结石褐色,柔软有黏性和可塑性。

1.3 结果 术后予敏感抗生素治疗7~10 d,辅以中药清热利湿等治疗,痊愈出院。术后适当多喝水,保证24 h尿量2 500 ml左右,随访至今未见结石复发。

## 2 讨论

软结石由 Gray 等在 1908 年首先描述,主要由白色基质样物质组成,故称基质结石或纤维素性结石。Boyce 等<sup>[1]</sup>于 1956 年提出软结石的概念,并将其定义为由凝固黏液样物质及少量晶体成分构成的结石,其基质是一种有机物。此病临床较少见,发生机制有三种学说:(1)先发生细菌感染,然后细菌团扩大,中心部位细菌因缺乏营养出现坏死变成核心形成结石;(2)以纤维素为核心,细菌黏附吞噬纤维素,然后形成结石;(3)局部坏死脱落的黏膜或血凝块被细菌附着增殖,形成细菌结石。因此软结石常发生在尿路感染患者中。本组病例年龄偏大,有糖尿病及输尿管梗阻等易致感染因素,尿培养均为阳性。泌尿系软结石体积较大时 X 线平片显示为密度不高、不

均匀的阴影,造影检查时可有充盈缺损,需结合 B 超诊断,因结石内矿物质含量多少而表现有或无声影,必要时行 CT 检查,可显示相对高密度影,可与 X 线透过性的充盈缺损病变相鉴别<sup>[2]</sup>。由于结石柔软,有可塑性,故体外震波碎石术及输尿管镜下气压弹道碎石术治疗效果差,处理上应据软结石大小及部位选择内窥镜下钬激光、电气化切割后取出或开放性手术。输尿管切开取石时因结石柔软变形,可能触摸不到结石或将结石挤推移位。本组输尿管下段结石者术中未能扪及结石,切开膀胱见腔内一约 0.5 cm×0.5 cm×0.3 cm 质软,表面光滑,灰白色样物,右输尿管口喷尿正常,置 F6 双 J 管入右肾盂顺利,术后 B 超复查原结石影消失。术后多喝水,积极控制糖尿病及防治尿路感染,是预防结石复发的关键。

## 参 考 文 献

- [1] Boyce WH, Garvey FK. The amount and nature of the organic matrix in urinary Calculi: a review[J]. J Urol, 1956, 76(3): 213-227.
- [2] Sheppard PW, White FE. Demonstration of a matrix calculus using computed tomography[J]. Br J Radiol, 1987, 60(718): 1 028-1 029.

(收稿日期:2007-04-24 修回日期:2007-05-20)

# B-Lynch 式缝扎术在 9 例剖宫产术后出血中的应用

杨东琴 孙艺波 黄月云

(广西贵港市港北区人民医院妇产科,贵港市 537100)

【关键词】 产后出血;B-Lynch 缝扎术;剖宫产术

【中图分类号】 R 719.8 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)08-1298-02

产后出血是产科常见的并发症,目前仍是基层孕产妇死亡的主要原因。在产后出血中,剖宫产出血明显多于阴道分娩<sup>[1]</sup>,因此探索剖宫产术中出血的治疗方法是产科医生的首要任务。2005 年 1 月起我院采用 B-Lynch 缝合术控制剖宫产中产后出血,收到满意的效果,现总结如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 自 2005 年 1 月至 2006 年 12 月在我院足月妊娠分娩 3 560 例,剖宫产者 864 例,剖宫产率 24.27%。产后出血 143 例,产后出血率 4.23%。其中剖宫产产后出血 9 例,手术指征分别为前置胎盘、妊高征、双胎、剖宫再孕、臀位等。初产妇 7 例,经产妇 2 例。本组孕妇年龄在 21~38 岁之间,平均年龄 29.5 岁,孕周在 37~42 周之间。出血量 650~1 500 ml,3 例输血 400~800 ml。

1.2 方法 当剖宫产术中出现出血超过 500 ml,经用子宫按摩、缩宫素及米索前列醇等方法无效后,立即采用 B-Lynch 缝扎法捆绑子宫止血。B-Lynch 缝扎法:探查宫腔并清宫,排除胎盘胎膜残留引起的出血,再将子宫托出腹部切口,再次辨认出血点,若为子宫乏力和凝血功能异常性渗血,胎盘床大量出血,则先试用两手加压子宫估计 B-Lynch 缝合潜在的成功几

率。若严重的前置胎盘,在施 B-Lynch 缝线前,应在前后壁作 8 字缝合。然后用 70 mm 的圆针,2 号铬制肠线,穿刺子宫切口距右侧 3 cm 的右下缘 3 cm,2 号肠线穿过宫腔至切口上缘距侧方 4 cm 进针;肠线拉至宫底可见加压力于宫底距宫角约 3~4 cm,肠线由宫底垂直绕向后壁,与前壁相同的部位进针至宫腔,水平进针至左侧后壁,将肠线垂直通过宫底至子宫前壁,如同子宫右侧的部位进针于左侧子宫切口的上下缘;子宫表面从前壁至后壁可见两条铬制线,在子宫体的两侧两条铬制线在双手加压的协助下牵拉,达到加压止血的目的,检查阴道无出血,由助手加压子宫体,术者将切口上下缘的缝线结扎,并缝合关闭子宫切口。

## 2 结果

本院用 B-Lynch 缝扎法治疗剖宫产后难治性产后出血共 9 例均效果明显,立即止血。术后无腹痛、恶露排出不畅及等不良反应,术后 7 d 行 B 超检查子宫缩复良好,无 1 例因血液循环不良或术后再出血而剖腹探查或切除子宫者。未发现有产褥期出血及例肠梗阻等并发症而再度入院者。有 8 例月经复潮良好,1 例为哺乳期月经未复潮。

### 3 讨论

据流行病学调查,产后出血仍为产妇死亡的首要原因<sup>[3]</sup>。产后出血原因有宫缩乏力、胎盘因素、软产道撕裂和凝血功能障碍,宫缩乏力是产后出血最常见的原因,占70%~80%<sup>[4]</sup>,剖宫产术中子宫收缩乏力性出血比阴道分娩更常见。马彦彦等<sup>[5]</sup>报告18例产后出血致子宫切除中,发生于剖宫产术中13例,而子宫收缩乏力所致4例。可见剖宫产产后出血为产科严重的分娩并发症,且对它的治疗一直是一个棘手的问题。传统的治疗方法是按摩子宫、缩宫剂的应用、填塞子宫及结扎子宫动脉上行支,当以上效果不明显时,最后被迫切除子宫。

B-Lynch 子宫缝扎术<sup>[2]</sup>是英国 Milfon Keynes 医院报告的一种新的外科手术,是控制产后出血的缝扎方法,较动脉缝扎技术简单易行。其原理为机械性纵向挤压子宫平滑肌,使子宫壁的弓状血管有效的被挤压,血流明显减少减缓;局部加压后易于使血流凝成血栓而止血;同时因血流减少,子宫肌层缺血,刺激子宫收缩而进一步压迫血窦,使血窦关闭而持续止血<sup>[6]</sup>。1997年 B-Lynch 等<sup>[6]</sup>报告5例,术后无合并症。B-Lynch 缝扎术操作与其它保守性手术相比更简单,止血迅速可靠、及时,无需特殊器械和手术技巧,成功率高,未发现术后并发症,尤其适用于剖宫产术中子宫收缩乏力及其他原因所致

的产后出血。而且应用越早,止血效果越好,可保留子宫,避免失血性休克、输血并发症、产后出血并发症、甚至产妇死亡等严重不良结局的发生。笔者认为 B-Lynch 子宫缝扎术是治疗剖宫产产后出血的一种安全有效的方法,值得推广应用。

### 参 考 文 献

- [1] 梁清. 10年间产后出血发生情况分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15(10): 622.
- [2] 侯保萍, 吕芸. B-Lynch 外科缝线治疗宫缩乏力性子宫出血的体会[J]. 中国妇幼保健, 2004, 19(20): 63-64.
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 841-847, 847-852.
- [4] 梁娟, 李维敏, 王艳萍, 等. 1996~2000年全国孕产妇死亡率变化趋势分析[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(5): 257-260.
- [5] 马彦彦, 刘朝晖, 郝艳芬. 产后出血致子宫切除18例临床分析[J]. 中国全科医学, 1999, 2(4): 274-277.
- [6] B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive post partum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported [J]. Br J Obstet Gynaecol, 1997, 104(3): 372-375.

(收稿日期: 2007-03-21 修回日期: 2007-06-06)

## 成人股骨头缺血性坏死15例早期CT征象分析

许建雄

(广西南宁市第三人民医院放射科, 南宁市 530003)

【关键词】 股骨头缺血性坏死; X线计算机断层摄影

【中图分类号】 R 681.8 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)08-1299-02

成人股骨头缺血性坏死( avascular necrosis of the femoral head, ANFH)是髋关节常见病,一旦出现临床症状,病情将持续发展,出现股骨头塌陷,最终导致关节炎,造成严重病残<sup>[1]</sup>。如果能早期发现早期治疗,可以延缓股骨头坏死进程,减少致残率。为提高 ANFH 早期诊断水平,本文收集经临床证实的资料较完整的 ANFH 病例15例,对其平片和 CT 表现进行回顾性分析。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组15例,其中男10例,女5例;年龄26~62岁,平均34岁;单侧发病9例,双侧发病6例;临床表现有患者髋部、腹股沟区、大腿前部疼痛、髋关节功能受限等。

1.2 检查方法 扫描层厚5 mm,层距5 mm,10例在病变区进行2~3 mm 薄层扫描,所有病例均用骨窗和软组织窗观察; X线平片为双髋关节正位。

### 2 结果

平片表现: 26个股骨头未见异常,4个股骨头见局限性密度减低区。CT表现: “星芒征”结构增粗、扭曲变形及斑片状

高密度硬化区或/和骨质疏松11个股骨头,斑片状骨硬化及囊状透亮区和骨小梁星芒结构消失7个股骨头,出现新月征及轻度骨碎裂和关节面微陷2个股骨头; 15例均有不同程度关节囊积液或/和关节周围软组织肿胀,其中2例初次扫描仅有关节囊积液,复查才出现其它表现。

### 3 讨论

3.1 ANFH 的病因和发病机理 引起股骨头缺血的原因很多,一般认为发病多与外伤、大剂量长期应用肾上腺皮质激素、酗酒、糖尿病、减压病、放射性损伤、血液病、结缔组织病等因素有关。发病机理多为血管内微血栓形成或骨内压增高所致。本组有长期饮酒史1例,髋部外伤史2例,长期使用肾上腺皮质激素1例。

3.2 ANFH 早期 CT 征象 参照 Froberg 等<sup>[2]</sup>年提出临床、X线、CT 6期分期标准,将股骨头外形完整的 I、II、III 期病变作为早期 ANFH 进行分析。本组11个股骨头出现“星芒征”结构增粗、扭曲变形及斑片状高密度硬化区或/和骨质疏松,7个股骨头出现斑片状骨硬化及囊状透亮区和骨小梁星芒结构消失,2个股骨头出现新月征及轻度骨碎裂和关节面微陷,此外