

### 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

我们发现关节积液或肿胀的出现率为100%,有2例出现在其它异常征象之前,故认为关节积液或肿胀亦为ANFH早期征象,且可能是最早期征象,此点未发现文献提及。关节积液或肿胀的机理可能为骨坏死发生,坏死细胞引发炎症反应,周围组织充血、水肿、炎性细胞浸润,或因关节内压增高,静脉回流障碍所致。

3.3 鉴别诊断 髌关节囊积液或/和关节周围软组织肿胀并不具特征性,关节结核、化脓性关节炎等均可出现关节积液或肿胀,但ANFH关节积液或肿胀轻微,范围小,多局限于关节囊内,且多位于关节囊下部,CT值较低。关节结核的关节积液或肿胀明显,范围较广,往往超出关节囊,甚至蔓延到皮下软组织,CT值相对较高,其内可见沙粒样死骨,再结合股骨头和髌臼改变不难鉴别。

3.4 早期CT诊断价值 平片不能早期诊断ANFH<sup>[3]</sup>,CT对ANFH敏感性低于MRI<sup>[4]</sup>,但费用较MRI低,且较普及,CT具

有良好的密度分辨率,在发现早期ANFH优于X线平片,对早期诊断和愈后具有重要的临床意义和现实意义。

## 参 考 文 献

- [1] 董天华,刘松,朱国梁,等.羟基磷灰石骨水泥植入治疗股骨头缺血性坏死的中期疗效观察[J].中华骨科杂志,2002,22(2):84-87.
- [2] Froberg PK, Braunstein EM, Buckwalter KA. Osteonecrosis transient osteoporosis and transient bone marrow edema; current concepts[J]. Radiol Clin North Am, 1996, 34(2): 273-291.
- [3] 张通,王国华,胡斌,等.成人股骨头缺血性坏死的MRI诊断[J].临床放射学杂志,2000,19(8):511-512.
- [4] 张立安,贺静,王玉明,等.股骨头缺血性坏死的分期与早期影像学诊断[J].中华放射学杂志,2000,34(11):734-737.

(收稿日期:2007-05-20 修回日期:2007-06-21)

# 首诊于耳鼻咽喉科的高分化甲状腺癌12例临床分析

李东云 梁建平 陈世强 陈慧

(广西壮族自治区人民医院耳鼻咽喉科,南宁市 530021)

【关键词】 甲状腺癌;耳鼻咽喉科;诊断

【中图分类号】 R 736.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)08-1300-01

由于解剖原因,甲状腺癌常表现为耳鼻咽喉科的症状和体征,如咽部有异物感、咽痛及颈部包块等。我院1985年以来收治首诊于耳鼻咽喉科的高分化甲状腺癌12例,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 资料来源 12患者中,男3例,女9例。平均年龄21.7岁。症状及体征:12例均诉咽部异物感,其中4例有咽痛,已影响进食;1例患者出现心悸、多汗、烦躁、低热等全身症状。12例均表现为长期固定的孤立性的颈部包块(平均病程约26.8个月)。12例颈部包块均位于颈前中线、舌骨平面上,其中6例偏右侧、3例居中、3例偏左侧。

1.2 治疗方法与结果 所有的病例均行颈部肿物切除术,术后病理检查确诊为高分化甲状腺癌,其中9例为乳头状癌,3例为滤泡性腺癌。全部病例确诊后均转外科行患叶+峡部+对侧次全切除术,术后全部病例随访3年,无复发。

## 2 讨论

高分化甲状腺癌包括甲状腺乳头状腺癌、甲状腺滤泡性腺癌以及两者的混合型,是头颈部的恶性肿瘤。这种肿瘤历来被学者们认为是一种恶性度较低、生长缓慢、比较“懒惰”的疾病<sup>[1]</sup>。这种高分化甲状腺癌不常侵犯邻近组织和器官如呼吸道、消化道等。由于解剖原因,甲状腺癌常表现为耳鼻咽喉科的症状和体征。本组病人有以下共同特点:以女性多见

(75%),年轻(平均21.7岁),病史长(平均26个月),可活动,甲状腺不肿大,全组病人均有咽部异物感,其中4例诉咽痛,已影响进食。由于以上特点极易造成延误诊断,甚至入院后经系统检查仍考虑为良性肿瘤。

高分化甲状腺癌恶性程度低,颈部包块生长缓慢,甲状腺往往无明显肿大,患者常以颈部包块就诊,而耳鼻咽喉科是颈部包块的首诊科室,因此耳鼻咽喉科医生应对本病有所认识,对长期固定的颈部包块,年轻病人,尤其女性,应考虑高分化甲状腺癌的可能。针吸活检和慎重的包块切除活检联合使用。在处理上,以做甲状腺全切除和颈清扫为佳。该病应与以下疾病相鉴别<sup>[2]</sup>(1)甲状舌管囊肿:位于颈前中线上,并随吞咽而活动,根据病史、体征及上述检查,诊断并不困难。(2)异位甲状腺:一般采用同位素扫描或超声波检查,确定颈前肿块是否为甲状腺组织及颈部正常甲状腺位置有无甲状腺存在。(3)表皮样囊肿:属先天性的疾病,此囊肿一般与皮肤相连,触之有面团样感觉,并有压迫性凹陷,穿刺可以抽出皮脂样物质。(4)颏下淋巴结炎:常伴有牙齿下唇或颈部感染源,触之较硬,且位置比一般甲状舌管囊肿位置靠前和偏侧方。

## 参 考 文 献

- [1] 李树春.高分化侵袭性甲状腺癌[J].耳鼻咽喉-头颈外科,1997,4(4):251-254.
- [2] 王正敏,陆书昌.现代耳鼻咽喉科学[M].北京:人民军医出版社,2001:860-861.

(收稿日期:2007-05-20 修回日期:2007-06-12)