

一定要确保患者的头部在高位,脚处在比较低的位置,同时取 $5^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 的卧位姿势进行钝性分离胆囊,分别分离出患者的胆囊管和胆囊动脉。在做完这一切之后要利用弯血管钳夹 7 号普通丝线,将丝线头部留出 10 cm 长度并将其置入腹腔内,放入后在胆囊管和胆囊动脉附近分别进行一线 2 圈的外科结扎。拉紧后将胆囊管远端上的金属钛和胆囊同时取出患者体内,同时将细线剪短再为患者行常规治疗手术。

## 2 结 果

226 例患者均采用免钛夹腹腔镜胆囊切除术进行治疗,均获得了成功结扎,没有出现中转开腹现象。患者手术时间为 30~70 min,平均时间为 45 min,手术中所有患者均未放置引流管,手术后 12 h 患者都能下地活动,排气时间为 12~36 h,患者的平均住院时间为 3.5 d。对患者术后以及出院后进行 2~3 个月随访,所有患者均未出现胆漏、出血、积液以及感染等并发症。

## 3 讨 论

腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊良性病变的主要治疗手段,在临床上被广泛运用,其优势主要有创伤小、术中疼痛小、术中出血量非常少、手术后留下的疤痕也很小、患者恢复快等<sup>[3]</sup>。但其缺陷是利用腹腔镜胆囊切除术进行手术治疗时一般都需要 3~5 个钛夹作为手术辅助道具来夹闭胆囊动脉和胆囊管<sup>[4]</sup>。因此为患者行腹腔镜胆囊切除术时通常都会在患者体内留下金属夹,这些金属夹留在患者的体内也会给其带来更大的危险。而且一般在进行手术之后需要为患者进行 B 超、CT、磁共振等影像学检查,患者体内的金属夹往往会造成检查失误,这样直接导致检查时出现伪影或强光声影变化从而造成胆总管结石的错误诊断。同时由于金属夹长期滞留于人体内会引起患者并发多种并发症,另外留于患者体内的金属钛夹还很有可能发生钛夹脱落的现象,如果钛夹出现脱落之后就会引发胆汁性腹膜炎,这时候就必须对患者再次进行手术治疗。若在初次免钛夹腹腔镜胆囊切除术时过分将胆囊管骨骼化,手术时钛夹容易出现脱落现象<sup>[5]</sup>。因此利用钛夹作为实验辅助道具所带来的负面影响远远大于可吸收夹和丝线对患者肝脏造成的影响。

可吸收夹亦是腹腔镜胆囊切除术的辅助道具之一,但它是由人体可以吸收的材料制作而成的,当为患者行腹腔镜胆囊切除术后 4 个月,可吸收夹局部纤维增生明显,术后 6 个月可吸

收夹即基本消失<sup>[6-7]</sup>。虽然这种材料的效果比较好,但是由于可吸收夹制作材料成本昂贵,因此一般不推荐在临床手术中将其作为辅助道具。丝线亦是手术的辅助道具之一,且其性质相对稳定,本身不是导热体,因此利用其作为手术辅助道具可以减少手术对人体的伤害,让手术变得更安全、可靠。且利用丝线进行手术结扎不受胆囊管水肿、粗细等因素的影响,因此相较于钛夹,利用丝线的临床手术效果更好。而一百多年的临床经验更是增加了这一治疗手段的安全、可靠性,免去了患者体内滞留金属异物的心理顾虑,是符合现代社会心理学和生理医学要求的一种临床治疗方法。再者,利用丝线作为手术辅助道具,不会对术后 B 超、CT 和磁共振等检查产生干扰,也避免了钛夹给患者带来的种种并发症困扰。

总之,采用丝线代替钛夹的免钛夹腹腔镜胆囊切除手术安全、可靠,不会增加手术的难度,降低患者手术之后出现各种并发症的情况。对于患者个人和医院而言,这种方法具有十分显著的社会效益和经济效益,值得在临床上推广和应用。

## 参 考 文 献

- [1] 李宏,万世泽,俞丹松. 单切口免钛夹腹腔镜胆囊切除术[J]. 中华普通外科杂志, 2010, 25(6): 460-470.
- [2] 胡明秋,宋希江,姜成文. 三孔免钛夹腹腔镜胆囊切除术的临床研究[J]. 天津医科大学学报, 2010, 34(5): 56.
- [3] 张礼才,赵士冲. 免钛夹腹腔镜胆囊切除术 96 例临床研究[J]. 肝胆胰外科杂志, 2011, 23(8): 94-95.
- [4] 曾学良. 三孔法免钛夹腹腔镜胆囊切除术与常规开腹手术疗效比较[J]. 中国医药指南, 2010, 5(23): 119-120.
- [5] Samim MM, Armstrong CP. Surgical clip found at duodenal ulcer after laparoscopic cholecystectomy: report of a case[J]. Int J Surg, 2008, 6(6): 473-474.
- [6] 谭明. 免钛夹腹腔镜胆囊切除术 580 例分析[J]. 天津医药, 2007, 35(9): 669.
- [7] 薛小飞,张若冰,刘伟,等. 两孔法免钛夹与传统腹腔镜胆囊切除术的对比研究[J]. 腹腔镜外科杂志, 2011, 16(11): 852-854.

(收稿日期:2013-07-17 修回日期:2013-11-28)

## • 临床研究 •

# 彩色多普勒超声经腹与经阴道联合诊断 484 例子宫肌瘤的临床效果

李洁凤(广西壮族自治区梧州市中西医结合医院 543002)

**【摘要】** 目的 探讨彩色多普勒超声经腹与经阴道联合诊断子宫肌瘤临床效果。方法 回顾性分析 2008 年 1 月至 2012 年 12 月子宫肌瘤患者 484 例,以彩色多普勒超声经腹部、经阴道进行超声探查的临床资料。结果 经腹超声诊断子宫肌瘤 386 例(79.75%),肌瘤诊断数量有 590 个(86.78%);经阴道超声诊断子宫肌瘤 416 例(85.95%),肌瘤诊断数量为 604 个(94.25%);联合超声子宫肌瘤患者有 476 例(98.35%),而肌瘤数量有 656 个(94.25%),经腹超声、经阴道超声诊断准确率与联合超声比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 彩色多普勒超声经腹超声与经阴道联合应用能够相互补充,可降低漏诊、误诊概率。

**【关键词】** 子宫肌瘤; 经腹; 经阴道; 彩色多普勒超声

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.054 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)02-0249-02

子宫肌瘤在临床妇科中属于生殖器官多见病变,而且经腹、经阴道彩色多普勒超声诊断检查已经广泛应用于临床医学

中<sup>[1]</sup>。现将本院 484 例子宫肌瘤患者应用彩色多普勒超声图像进行分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2008 年 1 月至 2012 年 12 月本院子宫肌瘤患者 484 例(696 个肌瘤),年龄 26~56 岁,平均(41.5±6.2)岁,40~50 岁 316 例;绝经 18 例(4.02%);出现月经量增加、周期紊乱 268 例;有贫血症状 142 例;有下腹坠胀 52 例;伴尿频、尿急 28 例;未出现任何症状 106 例;经阴道检查显示,有子宫增大 258 例,且其表面出现单个或多个不规则结节状突起。

**1.2 方法** 经腹 B 超应用 Philips IE33 彩色超声显像仪<sup>[2]</sup>,探头频率选取 3.5 MHz;经阴道 B 超应用 Philips HD3,探头频率选取 6.5 MHz。经腹 B 超探查然后经阴道 B 超进行探查,阴道 B 超探头表面需涂抹耦合剂且在上套用避孕套,然后将其放置到患者阴道中实施阴道超声探查。对子宫大小、形态及内部回声,肌瘤出现位置、大小、数目、边界,内部回声等情况进行检查。将检查数据分单纯经腹超声检查,单纯经阴道超声检查,或者两种方法联合应用检查(联合),并对数据准确率进行分析对比。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS15.0 软件进行统计学数据处理,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

单纯经腹超声检查显示子宫肌瘤者为 386 例(79.75%),肌瘤诊断数量有 590 个(86.78%);单纯经阴道超声检查出现子宫肌瘤者 416 例(85.95%),肌瘤诊断出数量为 604 个(94.25%),和单纯经腹超声检查结果对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ );联合应用两种超声方法进行诊断发现子宫肌瘤患者有 476 例(98.35%),而肌瘤数量有 656 个(94.25%),此准确率和单纯经腹、经阴道超声检查结果相对比,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。经腹超声检查患者检查中发现肌瘤范围为 0.90 cm×0.65 cm~9.35 cm×8.80 cm,经阴道超声检查检出范围为 0.40 cm×0.41 cm~9.2 cm×8.66 cm,联合超声检出范围为 0.40 cm×0.41 cm~9.35 cm×8.80 cm。

## 3 讨论

子宫肌瘤在临床妇科中属于女性生殖器较为常见的良性肿瘤病变,具有很高的发病率,超过 30 岁的妇女 20% 在子宫中会存在程度不同的肌瘤,大部分发生在 30~50 岁的妇女<sup>[3]</sup>。

在应用彩色多普勒超声检查过程中会发现子宫肌瘤症状和子宫腺肌病变具有较多相似性,通常会有误诊情况出现,所以本文总结了几处超声图像的差异性。(1)子宫大小和形态变化:肌瘤子宫通常都有局限性增大情况,而且其增大效果比较明显,腺肌病通常增大程度较低;肿块具有较为显著的边界线,大部分出现假性包膜的属于肌瘤重要征象,腺肌病通常不具有以上现象;子宫肌瘤产生的肿块中通常都会有栅栏样征象;若患者子宫壁出现均匀性加厚状态,而且具有散在性强光点、强光斑或是积血小囊患者,通常首先考虑是否是腺肌病。(2)内部回声:肌瘤症状通常是低回声、等回声,具有漩涡样变化情

况,出现变性坏死性低回声或是钙化强回声现象,而腺肌病大部分是弱强回声,回声症状通常呈现粗颗粒状、网格状,且其后方会伴有放射性淡声影像<sup>[4]</sup>。(3)彩色多普勒超声图像:子宫肌瘤血管往往会环绕在肿瘤四周,内部血流通常自周围血管分支而入,所有瘤体周围血供要比内部流量多,具有较为清楚的条状、半环状、断续环形状的血流信号,其周边所产生的阻力通常也会比内部要高,瘤体内部血流阻力指数(RI)≥0.5;子宫腺肌病并没有营养动脉给予相应的供给,所有瘤体四周往往出现稀疏点状、条状类型的血流信号,有的并不会产生任何信号,瘤体内部所具有的血供往往都比较丰富,大部分会有星点状、闪烁状现象,而四周所产生的阻力和肌瘤内部并没有明显差异性,RI≥0.7。(4)子宫周边回声:子宫肌瘤症状由于其出现位置和数量的不同,会导致子宫表面具有较不规则形态或是呈现凸凹不平状,腺肌病大部分并不会在子宫表面呈现突出状,致使宫体出现球形增大现象。所有在对子宫肌瘤进行诊断时,单一方法往往会出现较高误诊率,而经阴道和经腹方法的联合应用往往会降低误诊概率<sup>[5]</sup>。

本研究结果发现,经腹超声诊断出的子宫肌瘤有 590 个,而子宫肌瘤患者为 286 例,在子宫肌瘤形态较大情况下经腹部探查可以明显显示出肌瘤整个状态,而且可以直观地观察其和周边组织器官存在的相关性<sup>[6]</sup>。因为子宫所处位置较深,应用腹部超声检查时,其声束需通过腹壁、膀胱、宫颈、宫体底部等处,往往导致回声降低从而无法清楚显示回声状态;而且瘢痕组织、膀胱是否充盈等均会对阳性率产生一定影响<sup>[7]</sup>。经阴道超声往往具有较高的分辨率,膀胱是否充盈,肥胖、子宫后位等情况通常都不会对其造成干扰。总之二者联合应用,与单纯经腹、经阴道超声相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),增加了诊断准确率,降低漏诊、误诊概率,超声图像更为明显丰富,具较高诊断价值。

## 参考文献

- [1] 李玉香. 联合应用经腹与经阴道超声诊断子宫肌瘤的实用价值[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(35): 4712-4713.
- [2] 任秀娥. 宫腔镜联合 B 超检查宫腔异常 312 例结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(22): 133-134.
- [3] 顾艳丽, 喻胜. 经阴道超声探讨子宫肌瘤与子宫腺肌病的鉴别诊断[J]. 实用医技杂志, 2009, 16(9): 702-703.
- [4] 张丽. 经腹及经阴道超声联合应用对子宫腺肌症的诊断价值[J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(9): 162-163.
- [5] 曹金萍. 子宫腺肌病临床分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(14): 63-65.
- [6] 丰有吉, 沈铿. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 377-378.
- [7] 林婉秋. 宫腔镜下切除子宫黏膜下肌瘤 86 例临床分析[J]. 福建医药杂志, 2009, 4(3): 184.

(收稿日期: 2013-07-01 修回日期: 2013-09-20)