

参考文献

[1] 毛晓萍,戴红霞. 手术室专科护理组的设置与管理[J]. 解放军护理杂志,2005,22(8):83-84.
[2] 钟爱玲,戴红霞,练雪萍. 手术室骨科护理专家和专科护士的设置及培训[J]. 护士进修杂志,2005,20(6):519-520.
[3] 于淑芹,刘国荣. 腹腔镜下卵巢瘤切除术的手术配合及器械保养[J]. 吉林医学,2006,27(10):1248.

[4] 赵娟,郭若菊. 腹腔镜手术器械的保养消毒与手术配合[J]. 现代医药卫生,2002,18(4):304-305.
[5] 王彩云,赵学红. 手术室设立专科护士的做法与成效[J]. 中华护理杂志,2004,39(11):862-864.
[6] 王玉英. 专科护士相对固定在手术室管理中的应用[J]. 西部医学,2004,16(4):340.

(收稿日期:2008-05-27;修回日期:2008-08-27)

(本文编辑:黄攸生)

· 个 案 ·

残角子宫合并子宫内膜异位症 1 例

于 琴,骆文香,陈金婵

(解放军第 454 医院,江苏南京 210002)

[关键词] 残角子宫;子宫内膜异位症

中图分类号: R711.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)02-0170-01

1 病案摘要

患者,女,43 岁,已婚,月经正常,无痛经史,末次月经 2007 年 6 月 8 日。生育史: 2—0—0—2 顺产。曾行绝育术及阑尾切除术。因右下腹反复发作疼痛 2 月余,于 2007 年 6 月 15 日入院,无发热,无呕吐,大小便正常。曾先后在他院住院 2 次,怀疑肠粘连、不完全肠梗阻,肠镜检查未发现异常,给予抗炎、解痉等对症治疗,症状缓解后出院,停治疗后 5 天,症状复发。入院查体:一般情况可,轻度贫血。妇科检查:子宫后位,正常大小,子宫右侧角处可触及包块,直径约 4 cm 大小,有触痛,外表光滑,质地中等,与子宫无法分离。左侧附件区未触及异常。B 超检查提示子宫及左附件区未见异常,右侧附件区可探及囊性包块 3.8 cm×3.6 cm 大小,包膜厚 4 mm。与右侧卵巢关系近。入院后给予静脉抗感染治疗 5 天后腹痛缓解,复查妇科检查及 B 超检查发现包块无明显变化。于 2007 年 6 月 22 日行剖腹探查术,术中见子宫后位正常大小,子宫右上角明显膨大,残角子宫,内有 15 ml 巧克力色液体,与左侧子宫腔不相通,两者相连处为一段肌肉组织,右侧输卵管仅有 2 cm 残端,内有巧克力色液体,右侧卵巢未见异常,左侧附件未见异常。行右侧输卵管及残角子宫切除术,子宫整型术,手术顺利,失血少。病理报告提示:残角子宫,子宫内膜异位症。术后患者恢复好。

2 讨 论

残角子宫系子宫发育异常,一侧副中肾管正常,另一侧发育不全形成残角子宫,分完全性及不完全性。残角子宫合并子宫内膜异位症的极少见。通过这个病例的学习,我们在鉴别诊断的时候多考虑到该病发生可能。特别在碰到粘连于宫角的包块的时候不光要考虑到输卵管脓肿、卵巢囊肿粘连或子宫肌瘤可能,应想到残角子宫可能。

残角子宫切除时应力争保留患侧卵巢,以维持女性内分泌功能。对残角子宫发生的内膜异位症手术时应仔细分离,以免损伤输尿管。为防止子宫内膜异位症复发,术后可用药物治疗子宫内膜异位症。

非妊娠残角子宫最易误诊为子宫内膜异位症,对诊断刮宫和人工流产无组织物吸出或引产失败的患者应高度怀疑残角子宫妊娠,严重痛经或妇科检查子宫形态不规则的患者也应想到残角子宫,一经发现应及时手术行残角子宫切除,包括切除同侧输卵管。

参考文献

[1] 王慧珍,台秀丽,孙翠芳. 残角子宫合并子宫内膜异位症六例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,2002,37(4):238.
[2] 蒋意中,江 涛. 残角子宫误诊的原因和对策[J]. 广东医学院学报,2005,23(2):186-187.

(收稿日期:2008-11-10)

(本文编辑:黄攸生)