维普资讯 http://www.cqvip.com

稳定因素；④避免感染及多次手术；⑤松质骨螺钉穿入应与关节面平行，前端应穿透股骨内髁内侧骨皮质，以达到坚强固定；⑥有骨缺损者予以植骨；⑦钢板于骨折坚强愈合后早期取除，以避免膝前结构形成永久性挛缩以及股四头肌和股骨前面发生粘连或关节内粘连，并利于加大膝关节活动范围。

早期功能锻炼十分重要，术后3～5d即开始作股四头肌等长收缩运动，逐渐加大运动量，促进血液循环。去除石膏托后，主动不负重练习膝关节屈伸运动。X片证实骨性愈合后负重练习，必要时行膝关节手法松动和CPM治疗，以求早期达到生活自理。

参考文献

1.张家兴. 翼状钢板内固定治疗股骨髁间Y型骨折. 现代手术学杂志, 1996, 2:122.

2.胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎, 主编. 实用骨科学. 北京:人民军医出版社, 1999. 700-702.

（收稿：2001-04-27）

腹壁横切口腹膜外剖宫产术80例分析

杨 微* 刘春凤** 蔡卫东**

剖宫产是处理高危妊娠的一种重要方法，作为现今最常用的手术之一。1907年Frank完成了最早的腹膜外剖宫产[1]。本院开展腹膜外剖宫产已有十余年历史，在此基础上我们将新式剖宫产术的一些方法应用于腹膜外剖宫产术中，取得了较好效果，现报道如下。

一、资料与方法

1．一般资料：自2000年4月至2000年12月从本院160例剖宫产产妇中随机分成两组；观察组（新式腹膜外剖宫产术组）80例，年龄22～37岁，平均28岁；对照组（腹膜外剖宫产术组）80例，年龄20～35岁，平均28岁。两组孕妇均为初产妇，年龄孕周比较无明显差异。两组均以头盆不称、胎儿窘迫、臀位、骨盆狭窄、骨盆畸形、脐带绕颈、高龄初产妇等为手术指征，手术原因无明显差异且有可比性，麻醉均采用连续硬膜外麻醉。

2．手术方法：腹膜外剖宫产术均采用顶侧联合法。对照组：在Pfannenstiel皮纹上横弧形切开皮肤及皮下脂肪，长约10～13cm，“V”型剪开筋膜，钝性分离腹直肌，剪开锥状肌，顶侧联合法下推膀胱达反折腹膜下1cm，在子宫下段上部中部交界处切一小口，刺破羊膜囊，吸尽羊水，钝性分开子宫切口，手取胎儿，胎儿娩出后，宫体注射催产素20U，胎盘剥离，清理宫腔，“Ⅱ“号肠线连续缝合子宫全层，反转褥式包埋浆肌层，筋膜及皮下脂肪用丝线间断缝合，1号丝线皮内缝合皮肤，六天拆线。观察组：在Pfannenstiel皮纹上1～2cm处横形切开皮肤后，用手术刀于切口中间向下切开皮下脂肪层2～3cm达筋膜层，再将筋膜切开2～3cm长的小口，钝性分开皮下脂肪组织及筋膜约14cm，此时皮下脂肪被拉开，血管壁的弹性可以耐受牵拉的力量，在皮下脂肪中走行的血管神经组织完整保留下来，关腹时可以看到两侧完整保留的走行在皮下脂肪中的腹壁浅静脉，由此减少了神经血管的损伤，减少了开腹时的出血，有利于伤口术后恢复[2]。用血管钳于正中分开腹直肌，术者及助手各用双手食、中指重叠后向两侧拉开松解腹直肌，缝合子宫时用“Ⅱ”号肠线连续锁边缝合子宫全层，无需包埋，其余方法同上。

3．观察指标：观察切皮至胎儿娩出时间，手术时间，新生儿Apgar评分，切口愈合，感染情况，并行随诊。

4．统计学处理

计数资料用X^2检验，计量资料以$(\bar{x} \pm s)$表示，用t检验。

二、结果

1．术中情况比较见表1。

表1 两组术中情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	手术时间（min）	切皮至胎儿娩出时间（min）
观察组△	80	30.2±1.4	5.27±0.51
对照组	80	41.2±1.6	9.16±0.61

注：与对照组比较，△P<0.01

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院妇产科

** 双鸭山市计划生育委员会