维普资讯 http://www.cqvip.com

护理外，还要注意从静脉输入高营养液体，如复方氨基酸、血浆、多种维生素和微量元素，保证每日足够的热量，促进正氮平衡，预防腹壁裂开、肺炎、褥疮等并发症的发生。本组病例全部治愈出院，经3～5年随访病人生活和工作质量良好，无异常变化。

参考文献

1. Skandalakis JE. Smooth muscle tumors of the stomach.Surg Gynecol Obstet. 1960,110:3.
2. 王全生. 巨大平滑肌肉瘤并发急性上消化道出血3例. 天津医药肿瘤学附刊，1982,2:17.
3. 管洪文. 空肠平滑肌瘤合并上消化道出血3例. 天津医药肿瘤学附刊，1982,2:212.
4. 李玉坤. 胃肠道平滑肌肉瘤28例诊治分析. 实用外科杂志，1993,13(4):210.
5. 韦伟，裘法祖. 胃平滑肌肿瘤良恶性的鉴别诊断. 中国实用外科杂志，1995,15(12):739.
6. 仲剑平. 胃疾病. 中国外科年鉴. 北京：人民卫生出版社，1987:94.
7. 郑进军，张同琳，张自顺. 胃平滑肌肉瘤31例临床诊断分析. 实用外科杂志，1993,13(4):213.
8. Morrissey K. Muscular tumors of the stomach: clincal and pathological study of 113 cases.Ann Surg. 1973,178:148.

（收稿：2001-09-03）

髁支撑钢板内固定治疗股骨髁粉碎性骨折

黎志宏* 肖放军**

1999年10月至2000年9月，作者采用髁支撑钢板加松质骨螺钉内固定治疗8例股骨髁粉碎性骨折，效果满意，现将报道如下。

一、资料与方法

1．临床资料

（1）一般资料：本组8例，均为男性，年龄26～48岁（平均35.3岁），均为闭合性粉碎性股骨髁骨折，其中一例合并髌骨粉碎性骨折。新鲜骨折6例，陈旧性骨折畸形愈合2例。受伤原因：车祸7例，高空坠落伤1例。

（2）手术方法：连续硬膜外麻醉下作膝关节外侧切口，清除关节内积血及碎裂物，必要时加作内侧小切口，屈曲膝关节牵引小腿，对合内外髁及髁上骨折处，复位碎骨块。陈旧性骨折先切除骨痂，分离骨折块，清理骨痂及疤痕组织后复位，将髁支撑钢板矫形使之符合股骨下段外侧轮廓，安置于股骨髁外侧，选三枚以上松质骨螺钉从髁外侧钻入固定，有骨缺损者取同侧髂骨植骨，合并髌骨骨折者行髌骨开放复位张力带内固定。术后视骨折及骨折固定情况行膝关节长腿功能位石膏托固定，4～6周后去石膏作膝关节主动活动锻炼。

（3）内固定材料：由AO公司提供的标准髁支撑钢板 Condylar Buttress Plate(steel) 9孔，11孔，13孔。

二、结果

8例病人随访4～15个月。根据膝关节伸屈活动范围、X片关节面对合情况、骨的旋转力线、前后力线和短缩情况、有无内外翻畸形、肌萎缩及步态情况综合评定疗效。5例膝关节屈伸范围90度以上，骨关节面对合佳无畸形，3例X片骨关节面对合好，膝关节屈伸60°～90°，生活可自理。本组无伤口感染，骨折延迟愈合和关节强直，效果理想。

三、讨论

股骨髁骨折是关节内骨折，其对膝关节的影响主要有两个方面，一是骨折移位关节面不平滑，可导致创伤性关节炎；二是内外髁不均衡致膝内翻或外翻，使下肢轴线失去正常。股骨髁粉碎性骨折更是一种严重的关节内骨折，处理困难，治疗效果差，其原因在于：①关节面移位、关节软骨损伤，后期可产生创伤性关节炎和关节粘连；②外伤和手术使股四头肌及其扩张部损伤引起膝关节粘连，妨碍功能恢复；③股骨髁间和髁上骨折愈合时间有差距，外固定时间过长；④感染或多次手术使关节肌肉粘连、挛缩；⑤忽视早期功能锻炼；⑥骨牵引等保守治疗难达到骨折端尤其关节面的准确复位且制动时间长。因此，本症的治疗应强调关节面的解剖复位，坚强牢靠的内固定，正确而细致的手术操作和早期功能锻炼。髁支撑钢板厚2.5mm，坚强牢固，松质骨螺钉使髁间对合紧密。二者结合使用，较之普通钢板坚强稳固，较之双钢板双骨栓损伤小，较小槽形角钢板有髁间对合紧密等优点，使骨折愈合快，并发症少，可早期锻炼关节，利于功能恢复。

术中除注意严格对合关节面及骨折端外，还要避免加重软组织，特别是伸膝装置及韧带的损伤。在整个治疗过程中，要求注意以下几个方面：①切口不宜偏前，以减轻股四头肌粘连；②彻底清除积血、碎骨片、坏死组织、破裂半月板等；③尽可能修复韧带、关节囊等，消除膝关节不

* 作者单位：410011 湖南省长沙市中南大学湘雅附二医院骨科
** 作者单位：410600 湖南省宁乡县中医院骨科

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