维普资讯 http://www.cqvip.com

另一方面，胎头吸引器产生的负压集中在胎头的产瘤上，容易滑脱，助产失败，反复滑脱，必然其他方式助产或剖宫产，给母婴造成更大的损伤。因此，胎头吸引器助产弊多利少，不利于优生优育。

应用单叶产钳助产具有操作简单，易学，胎儿娩出快，对母婴损伤小等优点。单叶是以胎儿枕骨所处的一侧为准，娩出时以枕骨下方为支点。单叶助产着力点不固定，牵拉时钳叶所压胎头不在同一点上，不易造成头皮损伤，更不会损伤胎儿面部皮肤和器官，单叶助产时，产叶在产道所占面积和空间是产钳的1/2，一般不造成软产道撕裂伤或切口延长，对产妇损伤小，本组仅两例发生轻度阴道撕裂伤，无其它并发症发生，对新生儿无伤害。单叶产钳着力点不牢固，在胎儿颅骨部未达盆底时易滑脱为其不足。因此，胎头已拨露者应常规选用单叶产钳助产，胎儿最低部达 S = +3 以下，但尚未拨露者可先选用单叶试娩，牵拉有困难时，立即放置另一产叶。

（编辑：蒋登金）

张力带固定并喙锁韧带修补术治疗肩锁关节脱位34例临床分析

郑世春 （沈阳市骨科医院，辽宁 沈阳 110044）

[关键词] 肩锁关节脱位；张力带；喙锁韧带；
[中图分类号] R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)04-0279-01

肩锁关节脱位约占肩部损伤的12%，它常伴有肩锁、喙锁韧带的损伤。临床上对重度肩锁关节脱位的治疗方法很多，其目的是控制锁骨外端向下复位[1]，近年来大多数学者主张手术治疗。我科自2000年5月至2004年2月应用克氏针、钢丝张力带内固定，同时行喙锁韧带修补术治疗肩锁关节脱位34例，取得了满意的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组34例，男30例，女4例。年龄18～63岁。左肩锁关节15例，右肩锁关节19例。就诊时间2 h～1周。本组病例均有外观肿胀、皮下淤血、拒动、患肢外展上抬受限等临床症状。体征：锁骨外端上翘，顶压皮肤，形成阶梯状畸形，按压锁骨外端有上下浮动感。

1.2 手术方法

平卧位，患部肩后垫扁枕30度，臂丛神经阻滞麻醉，自锁骨外1/3，经肩锁关节至喙突切口，暴露肩锁关节及锁骨外端，直视下清除破碎的关节软骨碎片，机化的血肿块，用手按压浮动的锁骨外端，肩部上抬，使肩锁关节对合，将2枚2.0 cm克氏针通过肩锁关节进入锁骨3 cm处，不穿透骨皮质，距锁骨外端5～6 cm处在锁骨矢状面中间打入一小孔，用8号钢丝穿过，并且两端交叉，分别绕过克氏针根部收紧打结，剪去克氏针尾端，并弯成90°角，包埋在软组织内，检查肩锁关节复位满意后，将肩锁韧带缝合，经三角肌内侧缘显露喙突，将断裂的喙锁韧带修补，术后三角巾悬吊。2周拆线，逐渐练习肩部活动，8周后，去内固定物，半年之内，避免重体力劳动。

2 结果

34例中，肩关节功能完全恢复30例，占87%。术后无痛，无畸形，肩外展正常，上举受限在20度之内为良。本组4例，占14%，无内固定物松动。

3 讨论

肩锁关节由锁骨远端与肩峰内侧面构成，关节囊较薄而松弛，其上下部分增厚，形成肩锁韧带，主要控制肩锁关节水平方向的移动。喙锁韧带由喙突上面至锁骨下面，主要控制锁骨垂直方向的活动。三角肌和斜方肌在锁骨及肩峰上附着的纤维，进一步加强了肩锁关节的稳定性。重度肩锁关节脱位，伤后锁骨和肩峰各受胸锁乳头肌的牵拉和上肢的重力形成上下移位，形成典型的阶梯肩[2]。手术治疗的目的，就是为骨性构成、韧带构成、肌肉构成这三种解剖特殊性创造出稳定愈合的条件。由于本术式采用了两枚克氏针固定了肩峰和锁骨，抵消了由于肢体的重量和肌肉的牵拉而在两者之间引起的旋转应力和剪切力，而钢丝的"8"字交叉加压固定，使肩锁关节上方的张力侧变为压力侧，消除了水平移位的应力，从而使复位后的肩锁关节得到了充分有效的固定，也有利于软组织修复。

克氏针、钢丝张力带固定治疗肩锁关节脱位要达到3个基本要求：①肩锁关节及其碎片要充分的显露。②对新鲜的肩锁韧带、喙锁韧带要修复。③肩锁关节复位后，能获得充分的稳定。符合上述3点要求能有效地稳定肩关节，克服常见的针尾滑脱，又防止了向内移位。张力带固定并喙锁韧带修补术治疗肩锁关节脱位操作简便，不用外固定，为术后患者早期功能锻炼创造了条件，减少了肩凝症的发生，防止了肩部肌肉的萎缩。

[参考文献]

[1] 王亦璁，孟继懋，郭子恒．骨与关节损伤[M]．第2版．北京：人民卫生出版社，1996.305-310.
[2] 周成福，梁岱瑛，李长德．钢丝带固定治疗陈旧性重度肩锁关节脱位[J]．中华骨科杂志，1995;15(2):93-94.

（编辑：左艳芳）

[收稿日期] 2005-03-13 [修回日期] 2005-04-20