维普资讯 http://www.cqvip.com

HBeAb +, HBcAb +, HB - PreS1 +, HCVAb -, RPR -, HIVAb +(初筛), HIV抗体确认报告为阳性。CD细胞检测报告: CD3 + CD4/CD3 + 24, CD3 + CD4 + 251, CD3 + CD8 + /CD3 + 74, CD3 + CD8 + 784, 结论为免疫功能低下。AIDS病毒载量检测: 1.288E + 05拷贝/ml。

1.3 手术治疗

经术前准备后, 在持续硬膜外麻醉下行直肠癌根治术。手术清除肠系膜下动脉根部淋巴脂肪组织, 切除直肠肿瘤以及肿瘤以下全部直肠系膜, 用双吻合器吻合乙状结肠和直肠。

2 结果

术后4 d肛门出现排气, 小便自解, 5 d开始进食, 手术切口甲级愈合。术后11 d出现肠梗阻, 经保守治疗而愈。术后未化疗出院。病理报告: 直肠局限溃疡型管状腺癌。

3 讨论

艾滋病, 尤其是艾滋病毒携带者, 因其无临床症状, 血液传染性更强。因此为避免院内感染和保护医务人员, 根据此例患者治疗体会到: 对需手术治疗的青壮年病员术前应常规检查艾滋病抗体, 确诊后需请传染科专家会诊, 明确艾滋病病情是否适合立即手术, 或先行抗病毒治疗再手术。手术人员在思想上对该病应有充分的认识, 但不必恐惧。手术组应选手术技术娴熟、平时配合默契、皮肤无损伤的人员。手术要戴护目镜保护眼结膜。戴双层手套, 切忌术中被缝针、刀、剪等器械误伤。术前必须准备好病毒阻断剂, 放置于手术室, 一旦术中发生误伤、暴露, 立即服用。麻醉方式宜选用持续硬膜外麻醉, 以避免污染呼吸机。术中对低值易耗品尽量使用一次性物品。手术器械可用常规器械, 但不宜使用腹腔镜。术中所弃垃圾集中焚毁。艾滋病毒对常用含氯消毒剂、乙醇、甲醛、湿热等很敏感, 因此, 术中使用的器械不出手术室, 擦试后化学药液浸泡即可杀死病毒。地面用含氯消毒液处理即可。术后病员住隔离病室, 所用的敷料、穿刺针、输液器等物品集中焚毁。地板每日以含氯消毒液处理。医务人员对病员进行诊疗应戴手套。护理人员对病人生活护理、基础护理以及操作治疗时, 一定要规范化, 将健康教育贯穿其中, 对患者或家属进行艾滋病知识的健康讲解, 使其解除恐惧心理, 积极配合治疗。规范化操作是减少交叉感染、防止职业性感染的保证。只有医护人员自身素质的不断提高, 真正掌握了艾滋病的相关知识和娴熟的操作技能, 才能克服恐惧心理, 增强责任感, 提高医疗护理质量和水平。

(编辑: 左艳芳)

阴道助产术式的选择与体会

王 琼, 徐 波, 王 力 (达州市中心医院住院部妇产科, 四川 达州 635000)

[关键词] 阴道; 助产; 产钳
[中图分类号] R717 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2005)04 - 0278 - 02

作为助产士不仅要掌握各种助产技能, 而且要熟悉各种助产术式对母婴产生的不良影响。为了提高一次性助产成功率, 降低母婴损伤率, 作者对自1998年1月至2001年12月在我院头位阴道分娩2 318例, 先后选用产钳、单叶产钳、胎头吸引器等进行阴道助产的病历进行回顾性分析、总结, 报道如下。

1 资料与方法

本组头位阴道分娩2 318例, 其中行阴道助产159例, 助产率6.86%: 产钳54例(33.9), 单叶产钳65例(40.88%), 胎头吸引器40例(25.16%)。三种助产术式的产妇年龄、身高、体重、胎产次、骨盆经线、新生儿体重均无显著性差异。

2 结果

在胎头吸引器助产的40例中, 产妇阴道裂伤2例(5%), 阴道血肿1例(2.5%); 新生儿皮肤擦伤4例(10%), 头皮血肿25例(62.5%), 颅内出血3例(7.5%)。在产钳助产的54例中, 产妇阴道裂伤13例(24.07%), 宫颈裂伤2例(3.7%), 阴道血肿1例(1.85%); 新生儿皮肤擦伤1例(10%), 头皮血肿1例(1.85%)。单叶产钳助产65例, 致产妇阴道裂伤2例(3.08%); 新生儿皮肤擦伤2例(3.08%)。

3 讨论

产钳和胎头吸引是临床常用的阴道助产方法。产钳具有"钢盔样"保护作用, 但产钳放置于胎头两侧, 不能旋转胎方位, 位置一旦发生偏移, 易损伤胎儿面部皮肤或器官。产钳放置于产道内所占面积大, 牵拉过程中易损伤阴道黏膜组织, 甚至引起软产道撕裂伤或会阴侧切口加深延长。本组54例使用产钳, 有13例发生阴道撕裂伤, 发生率高达24.07%, 足以证明其不足, 因此, 助产士往往心有余悸, 导致剖宫产率升高。胎头吸引器助产, 虽不增加胎头娩出径线, 对母体产道损伤小, 但放置胎头吸引器到胎儿娩出的过程所花时间比产钳长1 ~ 4 min, 它主要是利用在胎儿头皮上产生的强大负压吸引力达到助产的目的, 这样就使头皮及颅骨承受很大的压力及牵引力, 极易导致头皮血肿、颅内出血, 甚至颅骨变形、胎儿死亡等多种并发症。本组40例使用胎头吸引器助产, 25例发生头皮血肿、3例颅内出血, 发生率高达70%, 后者可能不可避免的对新生儿脑组织的生长发育带来不利影响, 特别是在胎儿缺血缺氧的情况下, 胎头吸引器助产时间长, 对新生儿的损害更是无法估量。

[收稿日期] 2005 - 02 - 15 [修回日期] 2005 - 04 - 18

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