维普资讯 http://www.cqvip.com

胆道造影，以确定胆石清除与否，术后肝创面应放置充分的引流，合理应用抗生素、补充液体、热量及维生素，胃肠减压，注意纠正酸碱失调电解质紊乱，出院后随访。

二、结果

17例病人，全部治愈出院，有1例出现胆瘘，经充分引流后治愈。

三、讨论

肝内胆管结石是胆道结石中发病率较高且较难处理的问题，要求术者对肝、胆的解剖及手术技巧均应较熟练，尤其右半肝手术，位置较深，出血量大，原则不好掌握，技术难度大，肝内胆管重建技术至关重要，我们认为，肝内胆管结石的外科治疗，以"解除梗阻、去除病灶、通畅引流"做为手术的基本原则是非常正确的，通畅引流至关重要，去除病灶是手术的治疗核心。未经充分矫正的肝胆狭窄和结石存留是外科手术失败的最主要原因。肝胆管的狭窄好发于肝门部胆管分叉处，我们采用了充分的肝叶切除，肝内胆管切开取石术，而且对胆道重建进行了有意义的改进：1.我们不但将有结石的肝内胆管狭窄部分扩张部切开、整形，而且将肝内部狭窄的肝管切开；2.胆肠吻合不但将结石部位的肝管同空肠吻合，而且将肝门部切开的肝管同空肠吻合，这样宽敞的吻合充分的解除了胆道的梗阻，减少了术后结石的复发率，临床效果显著，这也是我们对这一术式改进的关键技术。手术的目的不但是为了切除右后叶的结石时，采取了右前切除，显露右前后叶肝管的结合部，并切开取石。这一手术的并发症，以胆瘘及胆道感染最多，通畅的胆肠吻合是减少胆瘘的关键。对胆道感染我们体会，只要合理应用抗生至少及充分的引流是可以避免或控制的。术后复发肝叶切除虽可以去除肝内的局灶性病变而获得最的的效果，但肝叶切除尚不能根除在余下肝脏，再发生结石的可能性，我们这组中就有一侧肝左叶结石的病人术后胆右叶再发结石。所以肝叶切除术后，对胆道系统的结石仍需做系统持续性的治疗。

（收稿：2001-01-12）

钢板内固定治疗锁骨骨折65例体会

刘 杰* 姜炳春* 英 强* 于敬贺*

我院从1993年以来共治疗住院的锁骨骨折病人169例，其中行切开复位普通钢板内固定术并完成全程随访的65例，通过与克氏针固定治疗锁骨骨折比较，具有术后并发症少，恢复快，效果满意特点，现结合病例分析将治疗体会进行报告。

一、临床资料

1.一般资料：本组普通钢板内固定术治疗锁骨骨折65例中男性占55例，女性占10例；最小年龄14岁，最大年龄74岁，平均34岁；锁骨骨折右侧31例，左侧34例；伤后入院时间为0.5h～14d不等，平均12h，伤后2h～18d手术，平均76h；平均住院时间为14d。本组病例均在术后全程随访。

2.致伤原因及分类：(1)致伤原因：摔伤58例，车祸4例，物体直接击伤3例。(2)根据X线片分类：锁骨外1/3段骨折22例；中1/3段骨折23例；中外1/3交界处骨折20例。(3)根据骨折形态分类：斜形骨折28例，粉碎性骨折25例，横行骨折12例。骨折线两极端距离0.5～3.0cm，平均1.9cm。(4)其它副损伤：伴有锁骨周围组织（肩锁关节脱位、肺尖部破裂、气胸、臂丛神经损伤等）损伤的共8例，占总数的12.3%。

3.手术方法简介：仰卧位，肩背部垫高，使头后仰，并且使患侧稍高，头向健侧偏斜、旋转。采用肌间沟麻醉。常规消毒、铺无菌巾。以骨折处为中心，沿锁骨轴线切开、分离软组织至骨膜，剥离部分骨膜，清除骨折端血肿，分离嵌入骨折端的软组织。解剖复位后用4～6孔普通钢板固定，一般固定在锁骨的上方（外1/3段）和前上方（中内段）。如果骨折线在弯曲处，需要事先预弯钢板，使钢板与锁骨帖附。对于粉碎性骨折、弯曲处及中段骨折，有时加用1～2股钢丝捆扎固定，以加强抗剪切力、扭转力的作用。

4.治疗结果：本组病例术中均解剖复位，术后三角巾颈臂悬吊患肢2周。2周后指导肌肉、关节主动活动练习；4周加强肩关节内收、外展、前曲、后伸、内外旋转等功能练习。8周门诊复查X光片。术后2例骨不连接（占3.1%），经2次钢板内固定植骨手术治愈；5例因再受伤或上肢用力过猛引起拔钉、钢板断裂（占7.7%），成角畸形愈合2例，余3例经"∞"字绷带固定治愈。65例均门诊定期随访4周～18个月，平均8个月，X线片均示骨痂明显生长，8～12周总临床愈合。骨折总愈合率96.9%，无功能障碍。

二、讨论

锁骨骨折在手法复位"∞"字绷带固定或锁骨固定带固定失败时，多数属于不稳定性骨折，宜采用手术治疗。以往手术我们多采用切开复位克氏针内固定（1～3根克氏针），发现术后并发症较多，有类似报道也说明了其弊端。在我们接治的169例病人中，经克氏针（切开或经皮）固定的78例中术后出现针弯5例（占6.4%），断针3例（占3.8%），褪针刺激（刺破）皮肤达19例（占24.3%），畸形愈合6例（占7.7%）、骨不连接4例（占5.1%）。总并发症达47.4%。分析上述并发症的发生原因主要是因锁骨的解剖及生物力学特点决定的。锁骨弯曲不规则、应力方向的复杂，产生剪切力、扭转力，使复位和维持固定存在一定困难。克氏针在髓腔内的占位不完全而缺乏牢固性和稳定性，抗剪切力、扭转力不强，导致锁骨的轴向扭转、成角、骨折线处于微动状态，故引起上述针弯、断针、褪针、畸形愈合及骨不连接等术后并发症。我们认为钢板与螺纹钉的结合固

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

定，有水平与垂直两个方向的力作用，并在骨表面帖附牢固，增强了抗剪切力、扭转力的作用，克服了克氏针单一平面的作用力而引起的不稳定弊端。同时，我们也体会到对不同的骨折部位应采取不同的手术方式：如锁骨外侧、内侧1/3骨折，可以单独4～6孔普通钢板固定，中段及弯曲处，加用钢丝固定，以加强抗剪切力、扭转力的作用。而对于多段或粉碎性骨折及合并锁骨周围韧带损伤时，需要结合实际进行复位及应用不同的有效固定，才能促进骨折尽快愈合，减少和避免并发症的发生。

（收稿：2001-01-19）

新生儿缺氧缺血性脑病产科原因58例分析

郭 峰* 郭 莹* 郝淑娟*

新生儿缺氧缺血脑病（hypoxic-ischemic encephalopathy，HIE）是围产期新生儿因缺氧、缺血引起的脑部疾病，是引起围产期儿死亡和伤残的主要病因之。现将我院1998年1月～2000年12月共分娩1182例，HIE58例，发生率标准，报告如下。

一、临床资料

1.胎儿窘迫与HIE：1182例，发生胎儿窘迫190例，其中HIE22例，HIE发生率为11.58%，无胎儿窘迫992例，其中HIE36例，发生率3.63%，两组比较有非常显著差异（P<0.01）。

2.新生儿窒息与HIE：窒息组共95例，发生HIE19例，发生率为20%，无窒息组1087例，发生HIE39例，发生率3.59%，两组比较有非常显著差异（P<0.01）。

3.有明确的可导致胎儿宫内缺血缺氧的异常产科病史，如脐带绕颈，绕身，前置胎盘或胎盘早剥，产妇患有严重妊高征以及产程延长等共652例。发生HIE42例，发生率为6.44%，无高危妊娠征530例，发生HIE16例，发生率为3.02%，两组比较有显著差异（P<0.05）。

4.分娩方式与HIE阴道手术产114例，发生HIE20例，发生率17.54%，非阴道手术产（正常产、剖宫产）1068例，发生HIE38例，发生率3.56%，两组比较有非常显著差异（P<0.01）。

二、讨论和结果

1.随着头颅CT、彩色B超等影像学的广泛应用，HIE的发病率逐年提高，由于HIE是引起围产儿死亡和伤残的主要病因，所以对如何预防和治疗HIE非常重要。

2.本资料显示有异常产科病史，尤其有胎儿宫内窘迫、新生儿窒息和阴道手术助产病史，围产儿HIE的发病率显著增高，因此，我们必须加强产前检查，有异常情况及时处置，严密观察产程，及时发现胎儿宫内窘迫，适时终止妊娠，正确掌握阴道手术产指征与技术，减少HIE的发生有重要意义。

（收稿：2001-02-01）

* 作者单位：161200 黑龙江省富裕县人民医院

未经防腐固定尸体骨骼的制作体会

张集建* 张天飞*

骨骼标本的来源有三个方面：一是未经防腐固定的骨骼；二是已经防腐固定，尸体解剖后剩下的骨骼；三是从坟墓野地收集的骨骼。如要想制作高质量骨骼标本，最好选用未经防腐固定的骨骼。但是以往处理过程比较费事，前后一般都需要3个月以上。作者经过多次摸索，总结出一些经验，并且将制作过程大大缩短。现作者将制作过程和体会作简要的介绍。

一、材料和方法

1.选材和肢解：用未经防腐固定尸体制作骨骼标本，最好选用25～50岁的无畸形和外伤的新鲜尸体，先将一些与骨联系不紧的内脏器官（如肺、胃、肠、肝脏、肾脏、脾、胰等）取下固定，以留用其它标本用材料，然后将软组织大部剥除，最后将骨骼逐一肢解。

2.浸蚀软组织：将游离的骨骼放入盛有1%氢氧化钠溶液的陶瓷缸或塑料桶中浸泡3d左右；然后取出分次放入一较小的长方形塑料槽（长度能容纳股骨，高度能容纳颅骨为宜）中，加入清水，将塑料槽放入水浴锅中加热至70℃，小的长骨，扁平骨和不规则骨约有3～4h，粗大的长骨约需7～8h。

3.清洗和脱脂：将骨上的软组织清除，洗净后凉干。凉干后的骨骼标本放入盛有丙酮的加盖塑料桶中脱脂7d（四肢长骨约10d）。

4.漂白：将脱脂好的骨骼放入10%的过氧化氢溶液中漂洗2～3d即可。

5.表面处理：将漂白好的骨骼标本清洗晒干。骨表面均匀涂刷清漆1次即可。最后将制作好的骨骼标本收集储藏。

二、讨论

1.工作人员在分解尸体时应穿隔离衣，戴乳胶手套。分解

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学基础医学部外科应用解剖与手术学教研室