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

维普资讯 http://www.cqvip.com

前最好尸体上浇 75% 的酒精，进行消毒。肢解骨骼时动作要轻柔，防止撕碎和刀子划伤。注意药品的管理，防火。

2. 收集骨骼标本时，务必每一套骨骼各用一个容器装好，椎骨可用细绳按椎骨的正常顺序连在一起，左右手足骨应分别用纱布包好扎牢，防止骨骼处理时丢失、混杂，并在纱布包的布条上写明尸体号、年龄、性别和侧别。处理骨骼时最好将各套分开，以免混乱。

3. 以往常采用 5% 的氢氧化钠或 5% 的硫酸浸泡，然后的沸水煮。这种方法由于药品浓度过大，对骨质损伤过大，稍有不注意，就会把骨骼煮烂。现用 1% 的氢氧化钠浸泡加长时间恒温水煮，处理生的骨骼颜色好，质地硬，特别是骨两端的松质骨保持完好。

4. 长骨脱脂是脱脂最难的问题。由于粗大的长骨骨髓腔内所含的脂肪较多，一般不能轻易脱干净。脱脂前最好在长骨的两端较隐蔽处或骨块较肥厚的部位适当钻 2 ~ 3cm 的小孔，然后用脊髓穿刺针经小孔将丙酮或乙醚注射入骨髓腔，这样可以加速脂肪的溶解，骨髓腔里的脂肪更易被排出。另外，由于丙酮的密度比水的低，骨骼所含水分渗出沉在桶底，致使在脱脂桶最下部的骨骼就不能完全脱脂，如果我们桶的底部放一个高 2 ~ 3cm 的支架，然后把骨骼人在支架上，那么脱脂就较完全。脱脂溶剂应将骨标本充分淹没。当丙酮溶剂因多次使用脂肪溶解度过高时，则产生浑浊和粘稠，应更换新溶剂。由于丙酮成本低、无色、挥发性好，常为首选。过去也用汽油和工业酒精，但常用的汽油纯度不高，处理后的骨骼发黄，酒精既能溶解脂肪也能对蛋白质起固定作用，效果不好，所以一般不采用。

5. 过氧化氢双称双氧水。是一种强氧化剂，它能释放出原子氧而使有色物质分解，且它氧化分解的气体（氧气）加速了分子的运动，有利于骨表面杂质的排出。双氧水价格低廉，易得，使用浓度 5% ~ 10% 对骨质几乎没有损伤，所以漂白剂最好选用双氧水。同时，双氧水溶液应将标本完全淹没。

6. 取拿标本时要轻拿轻放，防摔裂。脱脂后的标本应用流水充分漂洗 1 ~ 2 小时，凉晒骨骼时不要暴晒，因为肩胛骨、坐骨等薄的骨质很容易晒裂。骨的表面处理很有必要，增加了骨标本的防潮、防霉变，提高表面光洁度、表面强度和加强骨的坚固度等效果。清漆刷要均匀，不宜太厚。收集制作好的骨骼标本应标号登记，避灰保存。

（收稿：2000-12-30）

剖宫产同时行子宫肌瘤切除术的探讨

曹丽秋* 于鸿飞**

剖宫产时，遇有较大的子宫肌瘤，传统的处理方法是不予切除。长期以来，对这一处理原则是否恰当，很少有人质疑。自 1993 年 8 月至 2000 年 10 月我院为 27 例妊娠合并较大子宫肌瘤（直径 > 5cm）患者，在剖宫产同时行肌瘤切除术，现就这一术式的可行性进行探讨。

一、资料和方法

1. 一般资料：年龄 24 ~ 38 岁，平均 33.1 岁。初产妇 21 例，9 例有不育史，4 例有习惯性流产史，全中病例均于产前诊断为子宫肌瘤合并妊娠，孕前诊断 7 例，孕期诊断 20 例。宫体肌瘤 19 例，子宫下肢肌瘤 5 例，粘膜下肌瘤 3 例。分娩时间为 37 ~ 42 周，其中选择性剖宫产 20 例，急症剖宫产 7 例。术中见单发子宫肌瘤 13 例，多发 14 例。

2. 手术方法：手术均于腹膜内进行，先行剖宫产，然后切除外，余 24 例均先缝合剖宫产切口，然后切除肌瘤，切口设计、切除方式与非妊娠期肌瘤切除法相同，采用稀释催产素（10 IU/20 ml）于肌瘤四周及底部封闭注射后切除肌瘤。

二、结果

手术平均出血量 340ml，≥500ml 者 4 例（114.8%），本组无新生儿窒息及围产儿死亡，术后产妇均恢复良好。26 例病理诊断为子宫平滑肌瘤，1 例为子宫肌腺瘤。

三、讨论

1. 剖宫产时切除肌瘤的可行性：剖宫产时切除肌瘤的主要顾虑为足月妊娠时子宫高度充血手术可能造成严重甚至无法控制的出血。对于子宫增大及位于下段的肌瘤，术中止血困难，止血方法应采用催产素注射。手术中发现，足月妊娠时子宫肌瘤的边界清晰，容易分离，且子宫对催产素较敏感。故本组病例中，手术平均出血量比同期单行剖宫产的平均出血量仅增加 100 ~ 200ml，与非妊娠期子宫肌瘤切除术相比较，手术难度无明显增加。

2. 剖宫产时切除肌瘤的必要性：子宫肌瘤影响产后子宫恢复，盆腔感染的机会增加。剖宫产时切除肌瘤，可使大多数的单发肌瘤患者及近半数的多发肌瘤患者避免子宫切除术。

3. 子宫肌瘤合并妊娠时分娩方式的选择 妊娠合并肌瘤易发生胎位异常，如臀位、肌瘤阻塞产道、宫缩乏力，因而对于子宫肌瘤合并妊娠患者，剖宫产的指征应当适当放宽，而不应顾忌手术难度及出血而勉强经阴道分娩。特别是子宫肌瘤较大或位于下段时，选择剖宫产同时肌瘤切除术是比较恰当的。

（收稿：2001-01-09）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市中心医院妇产科
** 伊春市林业中心医院