DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.03.021

新生儿产伤性骨折

王礼章 （第二附属医院 妇产科）

在分娩过程中，因处理不当偶可导致新生儿产伤性骨折。从骨折的部位来分，有颅骨骨折，锁骨骨折及四肢骨折。我院自1977年2月～1987年2月共发生12例，其中锁骨骨折7例，肱骨骨折3例，股骨骨折2例，分析讨论如下：

一、锁骨骨折 是产伤性骨折中最常见的一种，我院自1977年2月～1987年2月阴道分娩8004例，发生锁骨骨折7例，发生率为0.87‰。此种骨折多发生于巨大儿经阴道分娩，出肩困难、接产技术不够熟练或对胎儿大小估计不足，遇到娩肩困难时惊慌失措，不顾一切强行牵拉肩部，使胎肩娩出时受到剧烈挤压所致。此外也可发生于臀位牵引时，偶可见于正常产。本文7例孕妇均系第一胎矮胖体型；而胎儿体重除1例为3950g，其余6例均在4000g以上，最大者为4750g。产程中大多因宫缩乏力进展缓慢，加用催产素静脉滴注，胎儿在较强的产力作用下，迅速下降，前肩挤向骨盆的耻骨联合下，使脆弱的锁骨极度弯曲，加之助产者强力牵拉，与产道阻力及保护会阴阻力相互对抗，致使极度弯曲的锁骨发生骨折。

7例中4例产时听到骨折音，疑有锁骨骨折，其中拥抱反射消失仅2例。其余3例均在出生后洗澡时发现肩下垂，患侧上肢活动受限，局部肿胀才疑有锁骨骨折；7例均经X光照片确诊。

处理：骨折轻微、对位良好者不需固定，如有错位可给婴儿腋部置一棉垫，用绷带固定患侧上肢于胸壁外侧，两周后即愈合，或取仰卧位，使患肩借自然重力向后伸，减轻骨折移位，促使骨折愈合。

预防：关键在于正确估计胎儿大小及头盆关系，熟练地掌握接产技术，当儿头外旋转后，再轻压儿头向下，使前肩娩出于耻联下，儿肩娩出时，保护会阴不宜用力过大，轻提后肩即可娩出。近年来人民生活改善，巨大儿日益增多，而巨大儿双肩径大于双顶径，肩性难产往往发生，根据情况可适当放宽剖腹产指征，可预防肩性难产所致的产伤。

二、肱骨骨折 多发生于臀位助产，娩出上肢不当或进行内倒转术，强力牵拉上肢所致。头位分娩则甚少见，而本文3例中，头位分娩2例，均因娩肩困难，助产者惊慌失措，在未旋转情况下，改用牵拉后肩，此时肱骨受压于耻骨联合下而致骨折。另1例为臀位分娩，胎肢上举，未予适当旋转用强力牵拉上肢骨干而造成肱骨骨折。

此3例肱骨骨折婴儿出生时均有一侧上肢拥抱反射消失，但局部无明显肿胀，当时未引起重视，出生后1～3天才发现局部肿胀、弯曲畸形，触及患肢时，小儿哭啼，才经X线照片确诊。

处理：臀位分娩时应熟练掌握分娩机转，不宜过早牵拉胎体，让宫颈开全，胎肩充分入盆，则不致发生胎肢上举，旋转不当，过早牵拉，均可发生举肢。接产时应以消毒中包住儿臀、双手握髋部，拇指在骶部、四指在前（勿挤压腋部）将胎体向逆时针方向旋转，同时稍向下牵拉，前肩及臂自然从耻骨弓下脱出，再将胎体顺时针方向旋转娩出后肩及臂，此法易掌握且可预防上肢骨折。

不容忽视的是另2例肱骨骨折是头位分娩肩难产而造成。2例均因娩肩困难时未经旋转而牵拉后肩，盲目上提胎头使臂位于耻联下而造成骨折。当胎头娩出后，接产者应以食中二指在耻骨弓下方从胎儿前肩背部找到肩峰，宫缩时向外下按压前肩，使双肩径位于出口斜径及耻骨弓下方，再缓慢沿颈椎轴牵拉胎头，使前肩娩出。

三、股骨骨折 我院发生2例均为足先露剖宫产所致。因双足入盆较深，未沿骨盆大径线牵拉娩出胎儿下肢，先拉出交叉的后下肢而造成股骨干骨折。另外在麻醉不满意情况下手术困难也易发生股骨干骨折；阴道分娩，臀牵引时用手拘拉下肢亦可造成股骨骨折。

本组2例在手术过程中助手听到骨折音，因缺乏经验，以致在生后2～3天局部出现肿胀畸形，

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

患肢缩短经X光照片方确诊为股骨上段骨折。虽经牵引悬吊治疗未能奏效，后改手术切开复位髓内针固定而痊愈。

预防：1.臀位剖宫产应由有经验的产科医师施行，手术时牵拉入盆的下肢，应先以一手入盆扪清是否有下肢交叉，若有交叉切忌先拉位于后方的下肢。若无交叉则用食指及中指压向盆内的儿腿腘窝，使股骨长轴在骨盆入口的斜径或横径娩出。2.牵拉胎儿应牵拉关节，避免拉骨干，可以防止骨折发生。3.应有良好的麻醉使肌肉充分松弛，有利手术顺利进行。4.腹部切口及子宫切口应够大，以利牵拉胎儿。总之掌握臀助产手法十分重要。

四、颅骨骨折及脊柱骨折　在近代产科中极为罕见，但在头盆不称或产钳使用不当，偶可发生颅骨凹陷性骨折或在肩性难产以及臀位后出头困难时，强力牵拉可致脊柱分离甚至骨折，亦是接产中应引起重视的问题。

总之，新生儿产伤性骨折是完全可以避免的，只要临床医师熟练正确地掌握助产技术，操作时注意稳、准、轻，切忌盲目和粗暴，新生儿产伤性骨折是可以预防的。

感染性心内膜炎的药物与手术治疗评价

祝善俊　史鉴运△　李隆贵　何作云　徐日兴△　张载高△　刘欲团△（第二附属医院　循环系）

感染性心内膜炎（infective endocarditis，简称IE）仍是较常见的心脏病。在抗生素尚未问世前，IE[1]的死亡率高达98%。死亡的主要原因是难以控制的感染。随着抗生素的发展及应用，病死率虽已大为降低，但各种严重并发症仍为目前威胁患者生命的主要问题。本文目的探讨内外科联合（药物+手术）治疗，降低IE的病死率、并发症发生率和预后的情况。

临床资料

一、资料来源　从1978～1986年，同期心内科住院病人5 285例，其中确诊为IE的病人52例，占0.98%，男性30例，女性22例（1.4:1），年龄6～53岁（中值25.2岁）。基础心脏病：风湿心脏病34例（二尖瓣病变13例，主动脉瓣病变2例，双瓣病变19例）；先天性心脏病18例（室间隔缺损9例，动脉导管未闭6例，房间隔缺损+二尖瓣脱垂1例，法乐氏四联症2例）。

二、诊断依据　1.典型临床表现：原有基础心脏病出现不明原因发烧1周以上伴有心脏杂音动态变化、脾大、栓塞、贫血或杵状指等；2.血培养阳性；3.M型或二维超声心动图发现心瓣膜或心壁有赘生物；4.手术或尸检证实。

三、两组治疗方案的疗效比较　本组资料取自前后两个时期的IE病例，其年龄、性别及临床病情严重度条件基本接近的两组资料进行比较。

1978年～1982年确诊IE33例，其中瓣膜损害及血液动力学障碍与手术组指征条件类似者21例，经内科治疗后，治愈10例，治愈率为47.6%，死亡11例，死亡率52.4%。

1983年～1986年确诊IE19例，其中符合手术指征者8例，后者用药物+手术治疗，治愈7例，治愈率87.5%，死亡1例，病死亡率12.5%。

联合治疗组的临床处理及结局见附表

△胸外科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net