

骨盆骨折及合并伤的诊断与处理

广东高州市中医院 (525200)

吴志明 杨进华 张甲佑 黄福东 张会忠 孙国强

1987 年 10 月至 1996 年 5 月, 我院收治骨盆骨折共 71 例, 其中髌臼骨折 17 例, 单纯骨盆骨折 24 例, 骨盆骨折合并伤 30 例。骨盆骨折合并伤, 是严重的多发性损伤, 疗效满意, 现介绍如下。

临床资料

本组 30 例, 男 16 例, 女 14 例。年龄 7~46 岁, 平均 29.7 岁。骨盆骨折合并休克 13 例, 膀胱损伤 2 例, 尿道损伤 7 例, 死胎 2 例, 颅脑损伤 2 例, 内脏损伤 10 例 (膈疝 2 例, 肝破裂 2 例, 脾破裂 3 例, 肾损伤 2 例, 肠系膜撕裂伤 1 例), 合并其他部位骨折、关节脱位 15 例 (腰椎骨折伴截瘫 2 例, 开放性骨折 5 例, 闭合性骨折关节脱位 8 例), 合并桡神经损伤 1 例, 腓总神经损伤 1 例。

治疗效果: 本组 30 例痊愈 26 例, 好转 2 例 (腰椎骨折伴截瘫 2 例, 下肢肌力恢复分别为 3 级或 4 级), 差 2 例 (1 例脊柱四肢共 11 处开放性、粉碎性骨折, 其中胫腓骨开放粉碎性骨折因骨缺损, 下肢短缩跛行。另 1 例因后尿道缺损, 修补无效)。

典型病例

病例 1, 杨某, 女 25 岁, 1994 年 1 月 25 日下午, 因翻车跌伤致双侧耻骨上下枝骨折并创伤性休克、死胎、膈疝 (胃、大网膜、结肠)、左胫腓骨开放性、粉碎性骨折。行抗休克, 膈疝修补, 接台胫腓骨清创复位石膏固定。五天后病情稳定, 死胎引产。痊愈出院。1 年后随访, 骨折骨性愈合。正常产下 1 男孩。

病例 2, 张某, 男 7 岁, 1994 年 8 月 15 日被车撞伤, 双侧耻骨上下枝、左侧坐骨骨折, 并创伤性休克, 脑震荡, 腹膜后血肿, 肠系膜裂伤, 尿道损伤, 双侧股骨干骨折。行抗休克, 肠系膜修补, 尿道会师膀胱造瘘术。双侧股骨髁上牵引。术后尿道狭窄, 扩张无效, 再行后尿道修补术。痊愈出院。

病例 3, 陈某, 女 23 岁, 1995 年 2 月 31 日车祸撞伤, 耻骨联合分离 7cm, 并创伤性休克, 脑震荡, 左股骨干骨折, 左胫骨平台骨折, 腓总神经损伤。抗休克, 行股骨切开复位, 梅花针内固定术, 耻骨联合切开复位, 钢丝内固定术。胫骨平台骨折, 行手法复位, 夹板固定。住院 2 个月, 痊愈出院。

讨论

1. 诊断要快速准确无遗漏: 骨盆骨折合并伤, 多因

交通或工伤事故所致的高能性多发性创伤。伤情复杂, 来势凶猛, 病情重笃, 因此病人来院后, 在抢救的同时, 就必须进行细致全面的体查。对其损伤的部位、性质和程度有初步的了解, 再予以 X 光、B 超、CT 等有关辅助检查, 然后快速、准确、无遗漏地作出诊断。根据笔者体会, 误诊、漏诊的原因有如下方面:

(1) 在多发性损伤中, 症状体征明显的损伤, 往往掩盖症状体征不明显的损伤。如骨盆、股骨或胫骨等骨折, 掩盖了合并有嵌插型的股骨颈骨折。肱骨下段骨折掩盖了桡神经损伤, 胫腓骨上段骨折掩盖了腓总神经损伤 (也可能是骨折后血肿压迫所致的缓发性神经损伤)。

(2) 脑、肝、脾、肾等实质器官损伤小出血缓慢, 胃肠穿孔小渗液缓慢, 早期症状体征未表现出来, 难以发现。

(3) 有些损伤少见, 临床医生经验不足。如病例 2, 凭 X 光报告, 将膈疝误诊为“气血胸”, 行胸腔闭式引流, 见有大网膜从引流切口排出时, 才知误诊, 即改膈疝修补术。

2. 先急后缓, 多科合作, 综合处理: 骨盆骨折及其合并伤。常见伤势严重而复杂。处理不当, 不仅遗留畸形, 影响功能, 甚可危及病人生命。MC·murray 提出一个处理多发性损伤的顺序方案^[1], 称 A-F 方案 1, 这个方案的核心是: 首先处理危及生命的损伤及并发症, 其次及时进行骨折的妥善处理。多发性损伤常涉及多学科专业, 因此在处理多发性损伤过程中必须多科合作, 各显其能, 综合治理 (如病例 1), 绝不能顾此失彼。

(1) 休克的处理: 休克是各种创伤危及生命的并发症, 如呼吸道通畅, 应首先处理休克。本组休克 13 例 (占 43.3%), 均由骨盆及其他部位骨折, 关节脱位, 尿道、膀胱、内脏损伤以及软组织广泛撕裂伤等所致的出血和剧烈痛引起的。患者来院后, 必须立即建立输液通道, 用二、三管快速、足量地补充血容量, 如输平衡液, 右旋糖酐, 全血等。并根据病情, 用多巴胺, 西地兰, 速尿等药物, 升压, 强心, 利尿, 预防心衰, 肾衰。

(2) 颅脑、脏器、开放性损伤及骨折关节脱位的处理: 休克纠正后, 即抓紧时机, 分别对颅脑, 内脏 (肝、

脾、肾、胃肠), 尿道, 膀胱等损伤的处理, 然后根据具体情况, 对骨折关节脱位妥善处理。

本组没 1 例死亡, 伤口均 1 期愈合。对合并的其他处骨折, 不论是手法复位固定或手术切开, 复位内固定, 经随访, 未发现骨折不愈合或畸形愈合。

(3) 垂直型骨盆骨折的处理: 王亦璠等^[1]在《骨与关节损伤》中, 对骨盆骨折的分型与处理作出详细论述。总而言之, 稳定型骨盆骨折的治疗效果是好的。垂直型骨盆骨折是骨盆骨折中创伤最严重的一种, 即伤侧半个骨盆连同下肢向上移位 (Malgaine 垂直骨折与 Malgaine 交叉骨折)。这严重的移位, 如处理不当, 将成为终身畸形。本院曾收治该型骨折 4 例 (没合并伤, 不列入本组), 经处理, 基本复位, 效果满意。处理方法是: 用布郎氏架加砂袋抵住健侧臀部, 伤侧行股骨髁上超重对抗牵引。用以克服伤侧腰腹肌强大的向上收缩力, 以达复位固定之目的。这牵引是安全有效的治疗

方法。但处理要及时, 牵引时间要充分 (12~14 周)。近两年, 笔者先后门诊过 1 男 1 女少年患者, 均经某院治疗过的陈旧性垂直型骨盆骨折。前者合并膀胱损伤, 在修补膀胱同时, 行骨盆切开复位固定, 复位固定不但没成功, 反招致骨盆后侧切口感染, 疤痕形成。后者合并气血胸, 入胸科治疗, 处理气血胸时, 没及时处理骨盆骨折, 失了时机。误治与失治, 遂至终身残废, 此为医者应吸取的教训。孙锡孚等报导^[2], 经皮加压螺钉内固定治疗髌髁关节骨折脱位 2 例, 效果满意, 值得学习。

参考文献

1. 王亦璠, 等. 骨与关节损伤. 第二版北京: 人民卫生出版社, 1995: 553.
2. 孙锡孚, 等. 髌髁关节骨折脱位应用经皮加压螺钉内固定治疗. 中华骨科杂志 1991; 11 (4), 249.

(收稿: 1996-10-22)

超肘夹板及丁字板固定治疗肱骨髁上骨折

河南省沈丘县白集中心医院 (466302) 胡勇明 谷敏 杨彪

我院骨科从 1986 年~1993 年采用闭合整复, 超肘关节夹板及丁字板固定治疗肱骨髁上骨折 46 例, 尤其是对肘内翻的预防, 取得了较好的效果, 报告如下:

临床资料 本组 46 例中: 男 29 例, 女 17 例; 年龄最大 15 岁, 最小 5 个月; 左侧 20 例, 右侧 26 例; 伸直型 40 例, 屈曲型 6 例; 尺偏型 28 例, 桡偏型 12 例, 无移位者 6 例。伤后就诊时间 1~3 天 25 例; 4~7 天 14 例; 7 天以后 7 例。有 2 例伸直型肱骨髁上骨折, 有肱动脉受压征象, 经及时复位后症状缓解。另有 2 例伤后 4~7 天来我院经闭合整复, 超肘关节夹板及丁字板固定不能维持固定, 采用经皮穿针内固定的治疗。

治疗方法 软组织肿胀不明显及中度肿胀者, 采用闭合整复超肘关节夹板及丁字板固定。两助手牵引上臂及前臂, 术者运用折骨, 挤压, 纠正尺偏桡偏及前后移位, 内髁及髁上近端的外侧各放一压垫, 超肘关节夹板放在肘关节前, 后, 内, 外侧, 约束带固定。(超肘关节夹板长度以腋后至桡骨茎突上为宜)。X 线观察骨折对位情况。位置良好后, 做一丁字板, (丁字板的制做: 长度以尺鹰嘴至掌指关节, 宽度 5cm, 厚度 1cm, 在远端钉一木棍, 木棍直径 18mm, 长度 8cm), 放在前臂尺侧, 前臂中立位, 拇指及其余四指握着木

棍, 外绕绷带固定。伸直型用 90° 夹板, 屈曲型用 135° 夹板。每天要多次观察约束带的松紧度及末梢血运。

患肢肿胀较甚或起水泡者, 先抗炎, 消肿, 适当复位固定, 待水泡消退后, 再采用整复超肘关节夹板及丁字板固定。对闭合整复, 位置不能稳定, 可在氯胺酮及臂丛醉下, 常规消毒皮肤, 铺无菌巾, X 线下两根克氏针交叉固定, 针尾埋入皮下, 2 个月后拔除克氏针。固定 25 天左右去除夹板, 锻炼肘关节, 或用中药外洗, 以恢复肘关节活动度。

治疗结果 随访时间最长 6 年, 最短 6 个月, 发生骨化性肌炎 1 例, 经中药外洗, 加强肘关节功能锻炼, 半年后恢复正常。肘内翻畸形 9 例, 无一例发生神经损伤及前臂 Volkmann 缺血挛缩, 关节活动度均正常。本组织肘内翻畸形发病率占 19.6%。

体会 因儿童骨折愈合快, 塑形能力强, 一般 25 天左右去除夹板, 锻炼肘关节活动度, 避免固定时间过长, 引超肘关节僵硬。对手法整复超肘关节夹板及丁字板固定不能维持位置者, 可在 X 线下行闭合穿针内固定治疗, 也要做到过枉矫正, 严格控制无菌技术, 尽量避开神经及血管。本手术 2 例, 有一例发生轻度肘内翻。

(收稿: 1995-02-14)