

下几点: ①及时手法复位、夹板固定, 维持牵引下打入骨牵引或先行骨牵引再整复, 对肿胀明显、横断重叠超过 3cm 以上者, 先行骨牵引, 1 周内完成整复。②整复时术者必须手摸心会, 动作轻巧, 如无骨擦音, 考虑有软组织嵌入, 或确实不能复位, 手术治疗为好。③整复 10 天内需每隔 2~3 天行床边摄片, 以后 1~2 周复查, 随时调整牵引重量、棉压垫高低、约束带松紧情况。④牵引期间目测患肢力线, 老年患者因骨质疏松, 防止胫骨结节骨质劈裂。⑤避免过早负重, 防止成角畸形

或再骨折。摄片显示有骨痂出现, 可在小夹板保护下扶拐逐渐用力行走。一旦骨折端出现红肿疼痛, 应摄片复查停止活动; 如负重 2~3 周后, 无异常情况出现可去小夹板。

参考文献

- 1 段西峰, 展鹏远, 刘志刚. 股骨中上段骨折的中立位牵引探讨. 中国骨伤, 1996, 9(1): 16.
- 2 梁立, 朱焱, 卢剑. 严重骨折内固定术后应用小夹板治疗的临床观察. 中国骨伤, 1995, 8(4): 19.

(收稿: 2002-01-17 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

## 高能量多发性损伤漏诊分析

柳海平 李盛华

(甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050)

我科自 1993 年 1 月~2001 年 6 月共收治有发生漏诊现象的高能量多发性损伤病例 12 例, 其中发生于本院者 4 例, 发生于外院者 8 例, 兹就此 12 例病例分析报告如下。

### 1 临床资料

本组 12 例中男 8 例, 女 4 例, 年龄 23~65 岁; 车祸致伤者 7 例, 高处坠落伤者 3 例, 塌方压砸伤 2 例; 其中股骨干骨折漏诊股骨颈骨折者 3 例, 下颌骨骨折胫腓骨粉碎性骨折漏诊股骨髁部无移位骨折者 1 例; 双小腿开放性骨折、多发性肋骨骨折并血、气胸而漏诊肩锁关节脱位 III 度者 1 例; 股骨干骨折而漏诊髌关节中心性脱位者 2 例、漏诊髌关节后脱位者 2 例; 多发性肋骨骨折漏诊 L<sub>2</sub> 压缩性骨折者 1 例; 同侧股骨粗隆间骨折、肱骨近端骨折而漏诊对侧股骨颈无移位骨折 1 例; 骨盆骨折、左足跗跖关节骨折脱位而漏诊右侧股骨头骨折 1 例。漏诊时间最短 2 周, 最长 11 个月; 其中合并脾破裂者 2 例, 合并颅脑损伤者 2 例, 合并创伤性失血性休克者 4 例。

### 2 讨论

高能量损伤因其暴力大、损伤重且往往合并颅脑、胸腹部等多脏器、多部位的损伤, 因而临床救治中顾此失彼现象屡有发生。从本组病例分析此类损伤发生漏诊原因多是: ①高能量多发性损伤一旦发生, 往往合并有休克及颅脑损伤因此以抢救生命为首要, 故一般急送就近医院就诊, 有时由于接诊医院缺乏相关科室或接诊医生缺乏抢救多发性损伤病例的经验, 对此类损伤认识不足, 有时可造成漏诊现象发生; ②高能量多发性损伤患者病情都比较危重, 接诊后医务人员把全部精力都投入到抢救患者的生命, 挽救患者主要脏器的生理功

能上, 经过紧张的抢救, 患者转危为安后, 医生高度紧张的心情得以放松, 有时满足于已发现的肢体功能障碍及畸形, 而疏于再次全面检查; ③由于四肢骨干部骨折部肢体肿胀、疼痛、畸形等体征明显, 肢体功能障碍显而易见, 而关节或近关节部位的损伤由于部位深在或肿痛不显, 故易被其所掩盖; ④对于一些不能用已发现的骨折畸形所能解释的畸形, 缺乏更进一步的分析及检查, 如上述有 2 例股骨干骨折行切开复位髓内针内固定术后患肢仍处于外旋位, 总认为系患者患肢置放体位之故, 对髌部的轻微疼痛认为系髓内针尾所致。未对髌部进行细致检查, 致使股骨颈骨折漏诊长达半年以上; ⑤X 线拍片检查时, 摄片部位局限, 未能包容相邻关节部位, 拍片质量不高, 阅片不仔细, 注意力主要集中于骨折移位明显处。如多发性肋骨骨折胸片不够大, 肩锁关节未纳入片中; 股骨干骨折、摄片未包含髌关节等, 故造成漏诊。

高能量多发性损伤病情复杂, 漏诊率高, 因此在诊疗过程中, 我们时刻应注意: ①提高对高能量多发性损伤的认识, 明确此类损伤的复杂性; ②急诊时以挽救生命为主, 可进行侧重检查, 病情平稳后, 必须进行全面的系统的检查; ③要重视每一有症状、体征部位的检查, 对于与损伤部位及类型不相符合的畸形必须认真查找其原因, 这样既可及早发现新的损伤, 又能防止漏诊现象发生; ④对于高能量损伤所致的四肢骨干部骨折, 摄片时要尽量包含上、下关节, 这样既可减少漏诊又可了解骨折的严重程度; 阅片要仔细, 对于有可疑而因 X 片质量不高、不能确定者, 要及时再拍片复查, 必要时可行 CT、MRI 检查, 谨防漏诊。

(收稿: 2001-12-12 编辑: 李为农)