

膜外麻醉的浓度为1.5%，利多卡因为1.2%。同时局麻药如引起惊厥最轻的是普鲁卡因，其次是利多卡因。我们用0.5%普鲁卡因或0.25%利多卡因60ml是安全的。术前常规口服鲁米那0.1可减少精神紧张，导管置于骶管内要回抽，在无血液和脑脊液的情况下方可注药，术中注意观察导管是否置入硬膜外间隙的方法是：注

入5~10ml药液后，如患侧有酸麻胀热的感觉或产生明显神经根刺激征。导管口有明显液搏动，说明插管正确。如下肢出现有脊髓麻醉现象，应终止注药，密切观察，积极处理。术中及术后注意观察呼吸、血压、脉搏的变化，是否有抽搐等，做到及时发现意外情况，及时处理。尽量减少失误和减轻失误和并发症。

四例莫耳盖尼骨折诊治失误原因分析

河南省内乡县医院 (474350) 李振武 苏景林

莫耳盖尼骨折是骨盆环前后弓双重垂直骨折或脱位，为严重的不稳定骨折，若不及时正确的复位，易留残疾。1985年以来，我院共治疗莫耳盖尼骨折42例，其中4例由于诊治失误，形成迟发性后遗症，现介绍如下。

例1. 女，35岁。5个月前因骨盆骨折在外院行布兜悬吊牵引治疗，现行走后右臀部疼痛，右下肢麻木。查体：右侧髂前上棘至脐间距小于左侧2cm，右髂后上棘较左侧凸出明显，右侧髂后上棘距脊柱间距较左侧短，骨盆挤压右侧骶髂部疼痛且右下肢麻痛，盖氏征右侧阳性。骨盆X线正位片示：右侧髂嵴较左侧高，右侧髂骨翼较小，闭孔变大，右侧耻骨上下枝骨折重叠畸形愈合，骨盆环变形。诊断：莫耳盖尼骨折（Ⅱ型），经6个月的理疗，骶髂关节封闭，神经营养药物应用，下肢麻木症状消失，过度活动右臀部仍有疼痛感觉。

例2. 女，20岁，1个月前因创伤性休克，右股骨干骨折在本院抗休克，股骨骨折切开复位加压钢板内固定治疗，1个月后患者自述右足不能背伸。查体：右侧髂前上棘到脐间距大于左侧1.5cm，右下肢腓绳肌肌力Ⅲ级，胫前肌肌力Ⅱ级，伸拇伸趾肌肌力Ⅱ级，足呈下垂畸形，骨盆X线片：右侧髂骨翼增大，耻骨棘过度凸出，闭孔消失，骶髂关节间隙增宽，骶髂关节面高于左侧，耻骨联合分离。诊断：莫耳盖尼骨折（Ⅳ型），经麻醉下牵引床牵引复位，神经营养药物应用，10个月后下肢神经功能恢复。

例3. 女，25岁。10天前因骨盆骨折伴膀胱

破裂在外院行膀胱造瘘，骨盆悬吊下肢皮牵引治疗，拍片后骨盆畸形较前加重转本院。查体：左侧髂前上棘到脐间距小于右侧4cm，原始骨盆X线正位片示：骨盆环无变形，左侧髂骨有斜形骨折线通过骶髂关节，左耻骨双段骨折，有一1cm游离骨块，左坐骨枝骨折，经悬吊牵引后X线片示髂骨骨折间隙增大伴骶髂关节间隙增宽，骶髂关节面较右侧低，耻坐骨骨折分离移位，骨盆环变形。诊断为：莫耳盖尼骨折（Ⅰ型），经麻醉下手法整复，髂前上棘及双侧股骨髁上骨牵引治疗12周后痊愈出院。

例4. 男，22岁。因莫耳盖尼骨折（Ⅱ型）在某院麻醉下手法整复，股骨髁上骨牵引治疗，6周后去牵引下床负重活动，出院3周后出现左侧骶髂部疼痛，下肢跛行来本院。查体：左内踝到脐间距比右侧短3cm，骨盆正位X线片示左侧髂嵴较右侧高，左侧骶髂关节面较右侧高，右侧骶髂关节间隙4mm，骨盆环变形。入院经大重量股骨髁上牵引，1个月后短缩畸形矫正。

讨 论

1. 对莫耳盖尼骨折没有根据受伤机制、临床体征，结合X线片进行分型治疗，采用了错误的治疗方法，加重骨盆变形。

2. 莫耳盖尼骨折多由强大暴力自骨盆前后方或侧方挤压引起，往往合并严重出血性休克，骨盆内脏损伤，或因经验不足，体检不仔细，只注重明显的症状、体征而造成漏诊。

3. 莫耳盖尼骨折盆腔内出血多，骨盆环变形，若不早期整复或复位不良，造成血肿机

化, 骨折畸形愈合, 巨大骨痂形成, 骨盆扭转变形, 引起骨盆出入口狭窄, 形成迟发性骶髂部疼痛, 神经损伤或卡压及腰背部疼痛等后遗症。

4. 莫耳盖尼骨折, 骶髂关节往往夹有断裂的韧带或碎骨折片, 复位后骶髂关节不稳定, 愈合慢, 甚至出现迟缓愈合或不愈合, 治疗上如单采用股骨髁上牵引只能纠正短缩畸形, 不能防止髂骨旋转移位。若配合髂前上棘牵引, 可使骶髂关节稳定, 牵引时间往往需要

12周以上, 过早解除牵引及负重活动, 会造成畸形复发。

5. 莫耳盖尼骨折后骨盆变形, 拍片时体位不易放正, 易造成假象, 若只注重X线片不结合临床体征会造成分型治疗错误。

鉴于以上原因, 对莫耳盖尼骨折应做到详细询问受伤机制, 仔细检查临床体征, 认真分型治疗, 保证早期复位, 牢固固定, 才能获得坚强愈合。

地方性氟骨症调查报告

广东省潮阳县卫生防疫站 (515100) 陈德伟

潮阳县是粤东沿海典型的饮水型地方性氟中毒流行区, 现将氟骨症调查结果报告如下。

调查方法

在地方性氟中毒病区调查的基础上, 采用水氟分层抽样体检氟斑牙超过30%的病区8岁以上居民5~10%, 随机抽样进行骨盆、一侧前臂、小腿正位X线拍片诊断氟骨症。水氟检测采用氟离子选择电极法, 相应指标检测按《生活饮用水水质检验方法》。

1. 氟骨症患病情况: 病区居民体检850人, 有氟骨症明显症状体征(关节, 腰腿痛, 脊柱僵直变形, 关节屈曲及肌肉萎缩)者293人, 占34.5%。X线拍片167人, 诊断氟骨症58例, 患病率为34.7%。其中硬化型45例, 疏松型2例, 混合型11例。临床分度: I°33例, II°18例, III°7例。

2. 饮水氟含量检测: 检测25个镇164个村不同水源水样367份, 水氟含量在0.01~14.1mg/L之间, >1.0mg/L的有178份, 占47.3%, 分布于15个镇99个村。水含氟量超标均为井水(“地气井”即自流井)和温泉水。山泉水、山坑水、水库水、溪水水含氟量较低, 均未超标。

3. 氟骨症与水氟含量和相应指标的关系: 氟骨症与水氟含量呈完全等级正相关($r_s = 1, P < 0.05$), 病情随水氟含量增高而加重。病区水氟含量与水总硬度、钙、镁、pH值未见明显相关(r_s 分别为0.625、0.3、0.1、0.3,

$P > 0.05$)。而氟骨症与水中氟与硬度、钙、镁pH值的比值有关(r_s 分别为1.1、0.9、1, $P < 0.05$)。比值大, 发病率也增高。表现氟骨症除主要与水氟含量有关外, 还受水氟与水硬度、水钙等比值的影响。

4. 氟骨症与居住年限的关系: 本组病例中, 发病年限最短12年, 30年内发病占17.2%, 30年后发病占82.8%。饮水含氟量为1~1.9mg/L、3.23~3.99mg/L、9.12mg/L时, 发病最短年限分别为30年、20年和10年后。当地出生者与外地迁入者发病开始最短年限分别为21年和12年。前者20年后发病的占7.3%, 30~40年后发病的占46.4%, 50年后发病的占46.3%。后者10年后发病的占23.8%, 20年后发病的占76.2%, 未见50年后发病的。表明居住年限越长, 发病越多, 发病开始年限随水氟含量的增高而缩短。外地迁入者发病年限较当地缩短, 这可能与氟在体内蓄积, 迁入者对氟的侵害较敏感, 耐受性低有关。

5. 氟骨症与性别、年龄关系: 男女患病率分别为39.5%和33.8%, 无显著性差异($\chi^2 = 0.3301, P > 0.05$)。年龄最小21岁, 最大74岁, 患病率随年龄的增大而增高, 与年龄呈完全正相关($r_s = 1, P < 0.05$)。

讨 论

该县氟骨症是由于饮水中氟含量过高所
(下转第42页)