

入院。入院检查：左小腿上、中段胫前大面积皮肤撕裂、出血，创口约 $3 \times 15 \text{cm}$ ，边缘不整，骨质粉碎外露，局部畸形，肌肉挫伤。创面有煤粉污染。X 线摄片示左胫腓骨中段粉碎性骨折，部分骨缺损，有多个异物阴影。入院后即在连续硬膜外麻醉下，彻底清创，去除无血供的游离骨片；胫骨中段缺损达 7cm 长，腓骨亦呈 2 段骨折，取腓骨中间一段截成 7cm 长，插入胫骨上下断端髓腔内，用小“v”型针作髓腔内固定；伤口处理用肌肉形成术来解决，即剥离腓肠肌内侧头，在肌腹与肌腱连合处切断，通过皮下隧道将其远端拉到缺损区缝合于皮缘上。术后 1 周创面行点状植皮，3 周后创面消失。2 个月后 X 线摄片复查，植骨区有少许骨痂生长，1 年后走路基本正常。

例 3. $\times \times$ ，女 25 岁。从 2 米高处跌下致左小腿畸形、裂伤出血 2 小时入院。入院检查：左小腿中下段前内侧有一 $4 \times 5 \text{cm}$ 皮肤裂口，胫骨畸形、外露。X 线摄片示胫腓骨中 1/3 段粉碎性骨折，胫骨缺损。按常规清创后，清除无生机之骨块。胫骨缺损 3cm。按例 2 同样的方法取腓骨一段 3cm 植于胫骨断端。伤口用皮瓣转移方法缝合复盖暴露之骨质。术后石膏托外固定。10 天后游离点状植皮于创面。住院 40 天出院。11 个月后 X 线摄片骨修复良好，弃拐杖走路。

讨 论

我们对上述 3 例胫骨开放性骨折并骨缺损以一期大块植骨内固定治疗，由于采取了以下措施，收到满意效果：(1) 严格遵循清创术原则清创，并重视和妥善处理伤口。小腿在解剖上有其特点，前面软组织少，仅有皮肤复盖；胫骨下 1/3 段，往往因血液供应不良，易发生感染或骨折不愈合。这对治疗开放性胫骨骨折并骨缺损增加了不少困难。在大多数情况下，不能以直接缝合伤口来复盖骨质，必须用减张缝合、各种皮瓣转移、游离植皮、肌肉形成术等方法闭合伤口，这样可保证骨折处的血液供应，使手术成功；(2) 选择简单而牢固的骨折内固定。作者体会以用髓内针或交叉钢针作内固定为好；(3) 早期应用足够的抗菌素。因为局部细菌生长繁殖需要一定时间，及早用药有利于发挥其抑菌或杀菌作用，防止了感染的发生。我们首选氨苄青霉素和庆大霉素联合应用，这两种药既有效，又经济。

(收稿：1995-03-15)

急性白血病并发多发性骨折 误诊一例

陕西神木县华能精煤大柳塔职工医院 (719315)

尚小卫

王 \times ，男，14 岁，因腰和双下肢疼痛伴发热 10 月余入院。患儿于入院前约 10 个月曾滑倒一次，当时能自行行走，月余后觉腰和双下肢疼痛伴有不规则发热、食欲差，曾诊断为腰椎结核、浸润性肺结核及肺门淋巴结结核。应用抗痨治疗一月无效。此后腰及双下肢疼痛逐渐加剧，活动受限，由跛行至不能站立。既往体健、无关节痛及出血病史。

入院时体检：T37℃，P140 次/分，R30 次/分。巩膜无黄染。颌下及腹股沟处均可扪及蚕豆大淋巴结，活动、无触痛。肝于肋缘下 3cm，中等硬度，无触痛。两膝关节呈屈位，伸屈活动障碍，两股骨下段为轻度成角畸形，似有假关节形成，局部均有触痛，脊柱自颈椎以下均有棘突压痛，骨盆挤压征 (+)。

实验室检查：RBC117 万/ mm^3 ，Hb3g%，WBC12800 个/ mm^3 ，NC41%，LC59%，血沉 65mm/小时。X 线检查：颅骨普遍轻度骨质疏松，胸部各肋骨、锁骨、肩胛骨疏松；两肺门阴影增粗，肺纹理增宽；骨盆及两侧股骨胫腓骨及双足均见明显对称性陈旧性骨折。

入院时诊断：成骨不全。入院后经用抗菌素，维生素 D₂ 及少量多次输血并行双下肢牵引，以及内服中药等治疗，病情一度好转，继而症状复发逐渐加重，体温持续 38℃ 左右，双下肢浮肿，脾肋下 4mm，质软无触痛。于入院一月后行髂骨骨髓穿刺，涂片查见有核细胞增生明显活跃。原始淋巴细胞和幼淋巴细胞 94.5%，淋巴细胞 1.5%，中性晚幼粒细胞 0.5%，中性杆状核粒细胞 1%，中幼红细胞 1.5%，晚幼红细胞 1%；原始及幼稚细胞核结构呈网状或小块状，核仁 1-2 个，胞浆量较少，过氧化酶染色 (-)，巨核细胞减少。确诊为急性淋巴细胞性白血病或血源细胞性白血病。自此改用激素、抗生素、及支持疗法，症状未见好转。2 月后因出血及感染而死亡。

讨论：本病例初由于腰及下肢疼痛跛行，不规则发热，血沉增快，X 线检查见肺部有结核病灶及脊柱有腰椎结核样改变，而误诊为结核。经抗痨治疗无效后，因骨骼系统 X 光片示普遍性骨质疏松，骨质破坏和多发

性对称性病理骨折以及巩膜浅兰色，又考虑为成骨不全。直至骨髓检查后才明确诊断为白血病。造成本病一再误诊的原因，主要是由于我们对本病认识不足，着重于骨科方面检查和依赖拍片的结果，而对于血液系统疾病考虑较少，检查不够全面。

(收稿：1995-03-15)

低分子右旋糖酐严重过敏死亡一例

河南省焦作市人民医院 (454151)

郭斌 新方运 郭卡

××，男，5岁。1991年10月4日入院。入院检查：一般情况良好，心肺无异常，右手食、中、环指外伤性缺如，掌部瘢痕挛缩，拇指与小指屈曲状贴于瘢痕处。诊断：右手外伤性瘢痕挛缩畸形。1991年10月9日在氯胺酮分离麻醉下行瘢痕松解，腹部带蒂皮瓣移植术，手术顺利。术日当天，患儿病情稳定。术后第一天，因患儿不配合，伤肢虽给予石膏固定，仍牵扯皮瓣，且皮瓣较狭长，皮瓣尖端，颜色紫暗，故给加用低分子右旋糖酐 250ml 静点，液体输入后体温高达 39.5℃，经对症处理后体温下降。术后第二天，继续应用低分子右旋糖酐，液体输入不久，体温高达 40℃，患儿烦躁、呕吐，继之出现意识障碍，血压下降，立即停止输入右旋糖酐液体，物理降温，抗休克治疗，患儿病情继续加重，呼吸心跳停止。经抢救无效而死亡。

低分子右旋糖酐是显微外科必备的抗凝药物之一。随着显微外科技术的飞速发展和普及，低分子右旋糖酐的应用越来越多。低分子右旋糖酐能引起许多不良反应，较常见的是皮肤反应，心肾反应，另外还有对血液系统的影响和消化系统反应，但因严重过敏反应是免疫反应，导致原因可能有：(1) 右旋糖酐本身是一种强有力的抗原，因此具有抗原性。它存在于商品的食糖中并且在人的胃肠道可发现所产生右旋糖酐的微生物。因此小部分人虽然从未接受过右旋糖酐，而循环中却存在着多糖的沉淀素，这就是有些人发生变态反应的原因。(2) 右旋糖酐输液成品不纯，包括混有多糖大分子及蛋白质，当多糖大分子或蛋白质仅为痕迹量时，亦可产生过敏反应。本例患儿为带蒂皮瓣移植，不是低分子右旋糖酐应用的绝对适应症。临床中应提高对低分子右旋糖酐不良反应的深刻认识，严格掌握适应症，

特别是在幼儿使用时，更应十分慎重。

(收稿：1995-03-06)

外伤性双侧髋关节后方脱位一例

福建泉州市正骨医院 (362000) 张志民

×××，男，19岁。1994年3月20日乘坐货车副驾驶位发生撞车事故，即感双髋疼痛，活动丧失而来诊。检查时见双下肢平伸不短缩，呈内旋畸形，足尖内倒，髌骨亦旋向内前侧，双下肢不能外旋，髋关节呈弹性固定，双侧大转子处平坦，双臀触及后脱的股骨头。骨盆正位 X 线片示：双髋关节间隙基本正常，股骨头似髋臼内，股骨颈内侧缘与闭孔上缘所连的弧线亦正常，唯一的异常特征是小转子变小，股骨颈变短。依据明显外伤史，结合临床症状及体征，诊断为双髋关节脱位。

治疗：手法复位(左右髋分别进行)。患者仰卧，先行左髋关节复位，两助手分别牵拉腋窝部及左踝部作对抗牵引，另一助手双手按压髌前上棘，术者右手按压左侧髌前上棘，左手从膝内侧持膝关节向上提，使膝关节屈曲，并将左下肢外旋，即复位成功。再行右髋关节复位，操作同左髋关节(术者左手按左髌前上棘，右手持膝部)，复位成功。X 线片示双侧股骨头位于髋臼窝内，股骨小转子及股骨颈呈正常解剖位。复位后双下肢外展 30°，中立位，行 4kg 重量皮牵引 4 周，使损伤的软组织获得良好的愈合。并进行股四头肌及踝关节功能锻炼，8 周后下地扶拐不负重行走。4 个月后随访，行走自如，双髋活动功能正常。

(收稿：1995-03-15)

腓窝小豆骨压迫腓总神经一例报告

解放军第 251 医院 (075000)

张会生 刘振利 王素平*

××，男，20岁，学生。主因左大腿摔伤后肿痛，活动受限，以“左股骨中上 1/3 骨折”于 1994 年 4 月 20 日收住院。经过术前各项检查，于 4 月 25 日在腰麻