

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