

· 临床研究 ·

多发伤骨折的及时诊断与早期救治

Timely diagnosis and treatment of multiple traumatic injuries and fractures

薛政民

XUE Zheng min

【关键词】 多处创伤; 骨折; 诊断; 治疗 【Key words】 Multiple trauma; Fracture; Diagnosis; Treatment

多发伤骨折的诊治多年来是创伤外科的一大难题, 如何减少多发伤骨折的致残率与死亡率, 及时诊断与早期救治是治疗的关键, 作者根据蔡汝宾提出的“24 个部位法”^[1], 对我院 1985 年以来救治的 335 例多发伤骨折中就其资料完整, 有随访结果的 238 例, 从其临床特点, 诊断及治疗等方面情况讨论报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料: 本组男性 191 例, 女性 47 例, 年龄最大 76 岁, 最小 7 岁, 平均 38.5 岁。受伤原因: 交通伤 69 例, 坠落伤 53 例, 压砸伤 72 例, 机器伤 29 例, 其它伤 15 例。致伤部位: 最少 2 处, 最多 6 处, 平均每例 3 处。

1.2 合并伤: 合并颅脑损伤 27 例, 胸部损伤 17 例(气胸 8 例, 肺挫伤 6 例, 乳糜胸 3 例); 腹腔脏器损伤 8 例, (肝破裂 4 例, 肠破裂 2 例, 肠系膜损伤 2 例); 血管及神经损伤 38 例; 并发休克者 58 例, 占 24%; 开放伤 83 例, 占 35%; 肢体离断者 3 例。

2 治疗方法

238 例多发伤骨折中, 对 58 例合并创伤休克者首先抢救休克, 对 52 例脏器损伤中的 34 例, 在抢救休克的同时对脏器损伤做了手术处理。在休克基本纠正后进行彻底清创, 对 83 例开放伤在清创的同时对 67 例进行了内固定手术。对 128 例闭合骨折在 48 小时以内进行了内固定术。其早期处理主要骨干骨折达 244 处, 对 28 例由于骨折未涉及主要骨干进行了择期手术及非手术治疗。

3 治疗结果

(1) 死亡率 全组共死亡 9 例, 占 3.78%, 其中 6 例死于颅、脑外伤, 2 例死于高位截瘫、呼吸衰竭, 另 1 例死于脂肪栓塞综合征。(2) 内固定前 3 例并发脂肪栓塞, 术后 1 例并发脂肪栓塞, 2 例并发 ARDS, 合并泌尿系感染及褥疮各 5 例, (3) 骨折达解剖复位者 201 例, 达功能复位者 24 例, 有 4 例由于复位及固定不理想而行二次手术达到要求; 1 例髌脱位漏诊 6 个月而未做任何处理; 1 例股骨颈骨折漏诊, 术后行牵引治疗。(4) 骨折延迟愈合 4 例。3 例由于胫腓骨下段骨折, 伤口感染骨外露, 1 例尺骨骨折髓内针固定。术后伤口感染 14

例, 截肢 3 例, 系原发损伤严重被迫截肢。(5) 术后肘关节僵直 2 例, 膝关节僵直 3 例与早期不合理锻炼有关。

4 讨论

4.1 关于多发伤骨折的及时诊断问题 蔡汝宾^[1] 报告一组 666 例多发骨折发生漏诊 111 例, 漏诊率为 16.7%, 本组漏诊 6 例, 占 2.5%, 为防止漏诊作者认为以下几点可供参考: (1) 无论受伤轻重对全身各个部位均应做全面细致的检查; (2) 对交通伤及高处坠落伤等高能损伤应尽快确定有无脏器损伤, 并常规拍胸部及骨盆 X 线片, 腹部透视等; (3) 头部外伤无论其有无意识障碍应常规拍摄头颅正侧位片, 对有意识障碍的及时做颅脑 CT 扫描; (4) 疑有腹腔脏器损伤者应立即做腹腔穿刺; (5) 对脊柱骨折合并截瘫者, 因截瘫平面以下失去感觉, 应细致检查, 必要时摄 X 光片; (6) 拍摄骨干 X 光片时至少应包括一个可能涉及的关节; (7) 对肢体绞伤者应认真检查肢体各个部位。

4.2 关于多发伤骨折的早期救治问题 伴有重要脏器损伤的骨折病人是否急诊手术治疗首要问题是手术的风险性。传统观点认为急诊手术风险大, 主张保守治疗。保守治疗虽然简便易行, 但存在以下缺点: 骨折得不到可靠固定会加重局部软组织损伤进一步破坏骨折处血运, 影响骨折愈合; 骨折移位会造成周围血管神经损伤; 骨折疼痛不缓解, 加重病人痛苦; 由于长期卧床, 易出现褥疮、肺炎、脂肪栓塞、下肢静脉血栓形成等并发症; 由于搬动不方便, 影响其他脏器损伤的检查、治疗及护理。因此, 保守治疗的并发症和死亡率并未降低, 不但效果不理想, 反而给治疗和护理工作带来很多困难。

多发伤骨折损伤早期对主要骨干骨折施行坚强内固定是目前治疗的一大进展。Riska 和 Myllynen 报告 1967~1974 年 629 例多发损伤至少合并一处长骨骨折的病例, 其中 384 例骨折采用了非手术治疗, 结果发生脂肪栓塞 84 例(22%); 而 245 例采用手术固定骨折者, 11 例(4.5%) 发生脂肪栓塞。另一组 211 例(1975~1978) 采用了骨折早期手术固定, 发生脂肪栓塞者仅 3 例(1.4%)。国内李力群等^[2] 报告 159 例多发损伤对主要骨干骨折施行早期手术内固定, 结果未发生脂肪栓塞、ARDS、褥疮或下肢深静脉炎等并发症。本组 238 例多发伤发生脂肪栓塞 4 例, ARDS 2 例, 复查病历其在 48 小时内均未对主要骨干骨折施行内固定, 而早期对主要骨干骨折

施行内固定者无 1 例发生脂肪栓塞及 ARDS, 表明了伤后早期(特别是在 24 小时以内)对主要骨干骨折施行早期手术坚强内固定, 减少了脂肪栓塞及 ARDS 发生。

4.3 关于截肢问题 本组 3 例系原发损伤被迫截肢。由于骨科手术的发展, 使过去常需采用截肢术的肢体得以保留。造成截肢的主要原因是不可恢复的肢体血液循环和不可控制的感染。Hanson^[3]认为, 虽然科技发展了内、外固定技术及显微外科技术, 临床上越来越多地保留肢体, 但最终结果与人们所期望的目标相差很大, 保留的肢体功能不能达到令人满意的结果。Lang^[4]建议对于挤压伤、多段骨折, 受伤至血管重建时间 > 6 小时的肢体应行截肢术。Bondurat 等^[5]认为目前还没有一个较明确的截肢适应症标准, 需要一个客观的对肢体估价的方法以明确是否行截肢术。在他的文章中延迟截肢的残废率、手术次数、医疗费用、住院天数是一期截肢术的 2 倍, 死亡率是一期截肢术的 20.7 倍。并且延迟截肢的截肢水平比一期截肢术的肢体平面高。Georgiadis 等^[6]比较了共 16 例应用先进的游离皮瓣技术挽救的肢体与 18 例一期行膝下截肢的病例。发现前者的并发症、手术次数、住院时间、医疗费用、肢体完全负重行走时间均明显高于后者。前者的踝关节活动受限, 不愿工作, 认为自己是残废人及认为在工作及娱乐活动时困难多的人数也高于后者。结果是一期截肢的功能恢复令人满意。

4.4 关于多发伤骨折的早期康复问题 对于多发伤骨折, 目前特别强调早期康复的重要性。因为早期全身情况差, 多处损伤疼痛以及多处骨折合并软组织损伤, 组织损伤范围广泛发生粘连, 严重影响了伤后早期康复。本文曾有 5 例发生肘关节僵直与膝关节僵直, 均由上述原因造成。作者认为, 对于多发伤骨折首先应改善全身情况, 纠正贫血, 增进食欲及营养, 补充蛋白质都较重要。对术后患者应鼓励早期主动功能锻炼为主, 中晚期以主动锻炼与被动锻炼一同进行, 促进患者早日康复。

参考文献

- 1 蔡汝宾. 对多发伤骨折脱位几个问题探讨. 中华骨科杂志, 1991, 11: 181.
- 2 李力群, 蔡汝宾, 王晓静. 多发伤中骨折处理的方针. 中华创伤杂志, 1992, 8: 257.
- 3 Rutter JE. Intramedullary nailing of open femoral shaft fractures. Injury, 1994, 25: 419-422.
- 4 Lange RH. Open tibial fractures with associated vascular injuries: prognosis for limb salvage. J Trauma, 1985, 25(3): 203-208.
- 5 Bondurant FJ. The medical and economical impact of severely injured lower extremities. J Trauma, 1988, 28: 1270-1273.
- 6 Georgiabis GM. Open tibial fractures with severe soft tissue loss. J Bone Joint Surg, 1993, 75 A: 1413-1441.

(收稿: 2000 09 08 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

髂腰肌腱弹响 4 例

朱琦 王加利

(莱芜市人民医院, 山东 莱芜 271100)

髂腰肌腱在髂耻结节上滑动产生的弹响髌临床上极少见到, 常因为得不到早期诊断而延误了治疗。笔者临床遇到 4 例, 治疗体会如下。

1 典型病例

患者男性, 50 岁, 工人。跌倒即感到腰部疼痛, 可行走, 伤后第二天行走时右髂部痛伴弹响声, 渐重, 至不敢行走。休息后疼痛减轻, 但弹响在行走时依然出现。其弹响特点是: 每在右腿迈步、足跟抬起足尖将要离地时出现弹响; 弹响过后疼痛即刻减轻, 髌关节亦可屈至正常度数。发病 4 周后就诊。查体: 右髌关节主动伸屈有明显的“喀嗒”弹响声, 腹股沟处压痛, 当仰卧主动屈髌至约 45° 时腹股沟处痛加重并出现弹响声, 此时检查者用拇指压住腹股沟中点处, 可感到明显的弹跳感, 弹跳过后可屈髌至 90°; 当伸髌至大约 45° 位时又出现疼痛感和明显的弹跳声。大粗隆处未扪到条索状物。髌关节 X 光拍片检查无异常发现, B 超探测腹股沟中点处呈片状密度减低区。诊断为弹响髌(髂腰肌腱弹响)。用 1% 普鲁卡因 10ml 加强的松龙 2ml 在髌耻结节周围封闭, 每周一次, 连续 2 次, 局封期间卧床休息, 同时口服非甾体类药物和少量抗菌素。2 周后逐渐恢复正常活动。半年后复发, 疼痛程度较上一次轻, 但弹响声明

显, 又连续局部封闭二次疗效不明显遂于局麻下行髌耻结节剔除术。术中见髂腰肌腱与髌耻结节接触处明显变粗, 凿平了异常隆起的髌耻结节。随访 6 年, 未再复发。

2 讨论

2.1 弹响机制分析 通常髌关节伸屈时髂腰肌腱性部分可在髌耻结节上自由滑动, 不产生任何症状, 但当外力致使髂腰肌腱拉伤或髌耻结节局部遭受异常摩擦时, 便引起髂腰肌腱性部分的炎性水肿。此时局部可出现疼痛、迈步困难和弹响。在髌关节屈伸过程中, 髂腰肌腱被髌耻结节卡住即出现疼痛, 在滑过髌耻结节时出现弹响(此时可在腹股沟处扪到弹跳感), 当髂腰肌腱越过髌耻结节, 弹响消失疼痛减轻, 髌关节也可屈到 90°。炎症长期存在或反复发作, 使髂腰肌与髌耻结节接触部增厚, 疼痛和弹响可持续存在, 治疗亦变得困难。

2.2 诊断和治疗 与其它原因所致弹响髌不同点是腹股沟处有压痛、弹响的同时在腹股沟区可扪到弹跳感, 这是与其他弹响髌不同的主要区别点。抓住要点, 可明确诊断。早期强的松龙局部封闭常可收到满意效果, 反复发作局封无效时可考虑手术凿平髌耻粗隆异常的隆起, 使弹响不再出现。

(收稿: 2000 07 10 编辑: 李为农)