

骨盆骨折及其合并伤的早期诊断和处理

解放军第225医院 肖兴义 葛长义 东治广 孙良才

骨盆骨折及其合并伤是一种常见的创伤、但因诊断较复杂、治疗上尚有不少问题，早期处理不当，可危及患者生命、故对此应予以重视，我院从1970年5月至1988年5月共收治骨盆骨折及其合并伤92例、现报告如下：

临床资料

1. 性别与年龄：本组男55例、女37例。年龄最小10岁，最大78岁，其中10岁—19岁9例，20—50岁青壮年居多、72例、占本组78.3%，50岁—78岁11例。

2. 致伤原因，地震伤23例、石头砸伤37例，车祸27例、挤压伤7例、坠落伤4例。

3. 骨折性质：骨盆共有198处骨折、平均2.15块，其中稳定性骨折48例、不稳定性骨折44例，占47.82%。

4. 合并伤：创伤失血性休克37例、腹膜后血肿(RH)52例、占56.52%，腹腔脏器损伤18例、泌尿系损伤16例、脊柱骨折伴截瘫9例、四肢骨折、脱位31例、严重脑挫裂伤4例、胸部挫伤、多发肋骨骨折7例、坐骨神经损伤3例，其它4例。

5. 治疗结果：平均住院天数77.3天，治愈出院53例、病情稳定出院36例。死亡3例(合并多器官衰竭死亡2例、合并高位截瘫死亡1例)。

讨 论

一、伤情估价及救治顺序

严重骨盆骨折及其合并伤的患者，伤情危重复杂、来势急，患者大多数不能提供明确主诉，在这种情况下，如果强调确诊后再治疗，必然失去救治时机、如果伤情不明就采取治疗措施，势必造成治疗不当，我们认为在患者入院最初十分钟内，主要诊治致命伤，应立即脱去患者衣裤、对颅脑、呼吸道、胸腹等主要脏器进行全面检查、同时测定生命体征、并根据血压、脉搏、尿液及血色素等项数据，对患者的创伤程度和失血量做出初步估价、根据David Sabiston提出的重

度损伤早期处理原则，入院后立即实施紧急处理：(危及生命、如颈部损伤，窒息，完全性上呼吸道阻塞等)。急救处理：(张力性气胸，开放性气胸，多发肋骨骨折等)和创伤失血性休克的处理。本组行紧急处理4例、急救处理5例、37例创伤失血性休克患者均在十分钟内建立了输血、输液双通道，收到了较好的救治效果，本组的死亡率下降到3.3%。

二、抗休克治疗—输液复苏

抗休克治疗是处理创伤失血性休克的关键，严重的骨盆骨折引起了低血容量休克时不仅有大量血液丢失，同时也有大量的细胞外液进入第三间隙、致使血容量锐减、血液浓缩、电解质紊乱。此时应首选近似细胞外液的平衡液最为合适，当快速输入100—200毫升后，常常使血管内水与电解质得到初步纠正、微循环痉挛得以解除，高粘稠度的血液被稀释，血压得以回升。这种晶体扩容、复苏方法是胶体在血容量严重不足时所不能起到的作用、本组37例休克患者前4小时平均输入晶体2450毫升。较好的使患者循环系统达到一定充量，缓解了凶险的病情，为下步救治和组织血源赢得了时间。但是，需要指出的是，骨盆骨折合并RH和腹腔脏器损伤的患者因大量失血，造成组织缺氧是休克的主要原因之一，晶体复苏，可以扩容使血压回升，但不能从根本上改善组织缺氧。输血可使危重患者氧耗量恢复正常，一般情况下，100毫升全血可携带19—20毫升氧，其中1/4立即被组织所利用，故血红蛋白低于7—8克，血球压积低于30%时，应予输血。

三、合并腹膜后血肿(RH)的诊断和处理

合并有腹腔内脏损伤的RH诊断通过剖腹探查即可确诊。而单纯的RH，常因合并颅脑、脊柱，四肢等严重损伤容易掩盖RH的临床表现，给早期诊断处理带来一定困难。我们认为RH早期引起低血容量性休克和肠麻痹但尚缺少进行性腹腔内脏损伤出血症状时，应高度怀疑RH的可能，其主要诊断依据：1.淤斑、腰痛、腰三角饱满。2.表现不同程度的内出血性休克，腹肌紧

张,腹胀或肠麻痹。5.X光片:腰大肌阴影模糊或消失,可出现不同程度的肠腔积气影。4.直肠指诊:有触痛,骶前区膨满波动。5.B型超声检查:是一种准确无损伤的早期诊断方法,常能提供RH的位置范围。6.腹腔穿刺。

骨盆骨折合并RH的治疗意见颇不一致,有的学者主张,一旦出现低血容量休克时,应马上行剖腹探查术,并剖开腹膜后血肿止血。如果无效时应行双侧髂内动脉结扎手术。〔3〕我们认为骨盆骨折所引起的RH多为骨盆区,造成出血原因多为骨盆或脊柱骨折断端出血、或因骨折端刺破邻近器官组织或骶丛血管导致严重RH,这种盆腔区RH当达到一定的张力后,只要减少不必要的搬动,正确实施骨折固定,出血可以停止。采用双侧髂内动脉结扎做为治疗RH的方法,多数情况下是不可取的,因为手术切开有了一定张力、包裹很严的RH、破坏了已形成的压迫止血作用,如对合并前列腺、膀胱静脉丛及骶静脉丛损伤的患者,采取这种方法,有加重出血可能。本组92例骨盆骨折合并RH52例,其中18例因有腹腔内脏损伤临床表现行剖腹探查术(术中证实RH均有程度不同张力,但未作处理)经抗休克治疗,采用兜袋、牵引、复位或石膏固定等保守治疗,辅以云南白药,安络血、六氨基己酸等止血药物,收到满意效果。血肿常在24—36小时内达到高峰,腹胀,肠麻痹症状3—5天可逐渐缓解。

四、合并腹腔内脏损伤的诊断和处理

骨盆骨折合并腹腔内脏损伤的发病率约占9.4—29.1%,本组为19.6%,早期常因合并其

它部位损伤贻误诊断治疗,本组92例骨盆骨折中,术前诊断腹腔内脏损伤出血的21例,经手术证实18例符合,3例剖腹探查未发现腹腔内脏损伤,其误诊主要原因,收集病史不细致,缺乏全面动态地观察病情变化。为此,对骨盆骨折怀疑有腹腔内脏损伤的患者,应详细询问外伤史,同时要连续性动态地观察病情变化,重点观察有无进行性腹膜刺激征状和内出血,应常规拍腹部X线平片,如果发现腹膜后有充气时常提示腹膜后腔脏器穿孔,如腰大肌阴影消失和肾影异常征象多提示RH可能。本组3例RH误诊的另一个原因是诊断性腹穿假阳性,腹穿对诊断腹腔脏器损伤颇有帮助,但在骨盆骨折合并RH时应谨慎从事,为防止腹穿假阳性最好办法是设法避开骨盆区血肿,选择上腹部做为穿刺点,边穿边抽,如抽出粉红色血样或黄混浊样液体,诊断即可成立,应果断地按急诊处理,剖腹探查止血,修复内脏,如果对腹穿结果有怀疑时,应变换体位多次不同点腹穿,防止诊断性腹穿假阳性,贻误诊断治疗。

参考文献

1. Sabiston DC, Davis—Christopher Textbook of Surgery UOU, Bth Ed Philadelphia London Poruhto UUB Saunders CO 1986, 294.
2. 吴建斌、多发外伤、国外医学军事医学分册 1986.1.2
3. 卢伟 外伤性腹膜后血肿(附41例报告) 中国急救医学 1978.4.13

(上接第8页)

疗效观察

治愈65例(肿块、疼痛及临床症状消失)。好转11例(自觉症状消失,肿块缩小)。无效2例(肿块、疼痛治疗前后无明显变化)。

病例介绍

范××,男性,24岁、职工,左第二肋软骨疼痛,有一半球型隆起,约为1×1.5×1.5厘米大小,表面皮肤正常,不红不热,咳嗽或活动时痛剧,触诊有轻度压痛,边缘分界清楚,与皮肤不粘连,肿块无活动感,X线及化实验室检查无异常发现。诊断为非化脓性肋软骨炎。经强的松龙封闭和白芥子外敷治疗无效,改中药治疗。查舌质淡,舌苔薄白、脉弦、兼有胸闷不舒,善太息,疼痛每随情志变化而增减。综上所述,此乃情志不舒,肝失条达,疏泄失职,肝气郁结,血流不畅,气滞血聚所致,证属气滞型,治以疏肝理气,通络止痛之法,拟柴胡15克,青皮9克,金

铃子9克,炙乳香6克,炙没药6克,鸡血藤9克,夏枯草9克,炮穿山甲12克。三付。复诊,疼痛消失,肿块缩小,守方续进二付,肿块消失,余症皆除。一年后随访无复发。

小结

一、本组病例均采用先辨病,后辨证,辨病辨证相结合的原则,运用中医中药治疗,治愈65例,好转11例,有效率为97.4%。

二、本病多为外感热邪及内伤忧怒致“血气稽留”、“津液涩渗”着而不去,渐结成疾。本组病例中因情志失调发病者39例,占5%。热邪外侵者13例,因慢性劳损发病者24例;发病原因不明者2例。

三、根据《内经》“通则不痛”“坚者消之”“结者散之”的原则,治疗以疏肝理气,化淤通络,消痰散结之法。

由于我们病例尚少,理论所限,谬误难免,现把它整理出来,以求得更多的批评和探讨。