

纯穿两针时缺少外侧固定架的支承举力，所以位移比不上架时位移要大。

对尸体胫骨平台骨折的测定，由于是股骨对整个胫骨平台的作用，仅有部分的力转入骨折块，所以位移变化更小，200kg载荷时仅向下位移0.5mm，从三维位移看，对前后内外位移的状况均微不足道，可看出双爪固定架的良好性能，故与用固定架固定胫骨平台骨折时，

足以承受整个身体重量，可以推断当运用固定架后，可以嘱咐患者早期下地负重，缓慢行走，促进膝关节功能恢复，减少骨折病的发生。同时病人能早期生活自理，避免困卧病床。胫骨平台关节面得到磨造，取得良好的疗效。这种对局部组织损伤小，复位准确，固定稳妥，不固定关节，使关节能保持功能活动，不失为一种新的有效的治疗方法。

骨盆骨折合并肠破裂一例漏诊原因分析

湖北省麻城市中医院(431600) 宋 峰

我们收治一例粉碎性骨盆骨折合并多发性肠破裂病人，因对肠破裂发生漏诊。为供同道借鉴，现报告分析如下。

夏××，男，20岁，工人。主诉：外伤致下腹部剧痛伴下肢功能障碍，患者于半小时前因挖土时塌方，粘土将胸以下压住，经他人迅速救出，伤后自诉骨盆、下腹部剧痛，下肢不能站立，急送我院。入院时症见：神清，面色苍白，形体壮实，体态受限、腹胀、腹痛、下腹痛甚，下肢不能站立，动则痛剧。检查头面、胸部、双上肢骨骼、关节、肌肤均无异常，双下肢均未见骨折脱位象征，骨盆压痛明显，腹肌紧张，按之如鼓，下腹有压痛，无反跳痛。拍骨盆正位片，诊断为粉碎性骨盆骨折，胸腹联透未见膈下游离气体，腹部穿刺未见血液，连续每小时一次血常规未见异常，以骨盆骨折、内脏损伤待排而收入院。入院后予以布兜带固定，静滴止血、抗菌素等药物，症状逐步加重，神志恍惚，烦躁不安，腹痛加剧，入院后十二小时再次胸腹联透才发现大片游离气体，确诊为胃肠破裂予以手术探查。打开腹腔后见内有粪便，发现小肠有五处断裂，经手术缝合后痊愈。

肠破裂漏诊原因分析：

1.疼痛的部位与骨折部相近：患者伤后已确诊为骨盆骨折、患者腹痛在下腹部，与骨折部相近，而且骨盆骨折有时亦可牵引下腹疼痛，故此例肠破裂被骨盆骨折的现象所掩盖。

2.反跳痛一般为急腹症的重要体征之一，此患者伤后至手术十二小时内，经几十次腹查始终无反跳痛，加之其他原因，致使肠破裂漏诊，此病人无反跳痛是因大量气体存于腹腔，将损伤的肠壁与腹膜分离，加之肠液大量丢失，引起电解质紊乱，酸中毒抑制了中枢神经系统，所以始终无反跳痛体征。

3.胃肠破裂后一般可见膈下游离气体，但此例病人因饱食后受伤，胃肠存留食物较多，气体相对较少，加之透视的时间距受伤的时间较短，腹腔尚无过多的气体，故透视时未见膈下游离气体。

4.腹部穿刺无血液：肠壁虽有丰富的血管，断裂后有出血，但其出血量远比肝脾破裂为少，加之肠液外流，与所出的血液混合，故纵使能抽到血液亦必呈淡红色，此例病人经四次腹穿三次无血液，一次呈淡红色，因而发生漏诊。

(上接5页)

我们在治疗Ⅲ型胫骨干骨折中体会到，孟氏架具有如下优点：手术操作简便、费时少、对机体侵害小，伤后即可根据骨与软组织损伤情况及时予以固定；可分段穿针行牵引或加压固定骨折，并能通过调节螺杆纠正重叠、成角移位、使之恢复生理力线，得到均匀应力；可使软组织创面得到充分暴露，使创区免于受压、创口便于处理；穿针远离骨折线，使骨折

端无金属异物通过，减少了感染机会；一般不需超关节固定即可达到整复稳定骨折的目的。这将有助于关节功能的早日恢复。表2中列举的数据也进一步证实了孟氏架固定的优越性。因此，我们建议，在Ⅲ型胫骨干骨折的早期治疗中应首选孟氏架固定，次选跟骨牵引，一般不宜使用髓内针或钢板固定，更不宜单纯采用石膏外固定。

参考文献(略)。