

学习园地

骨盆骨折并发症的回顾性分析

河南省洛阳市第一人民医院 (471002) 李林涛

我院自 1983 年 1 月~1994 年 3 月, 收治骨盆骨折伴有并发症 98 例, 现分析讨论如下。

临床资料

98 例中, 男 66 例, 女 32 例; 年龄 4~65 岁, 以 18~45 岁的青壮年最多; 车祸伤 38 例, 砸伤 23 例, 挤压伤 18 例, 坠落伤 15 例, 直接撞击伤 4 例。

骨折类型: 根据骨盆环完整受损程度四型的分类方法: I 型: 无损于骨盆环完整性的骨折 31 例; 其中髂前上棘或下棘撕脱骨折 6 例, 坐骨结节骨折 3 例, 髂骨翼骨折 5 例, 第五骶骨骨折或尾骨脱位 4 例, 一侧耻骨单枝骨折 13 例; II 型: 骨盆环一处断裂骨折 28 例, 其中一侧耻骨双枝骨折 12 例, 耻骨联合分离 14 例, 一侧骶髂关节附近骨折脱位 2 例; III 型: 骨盆环两处以上断裂的骨折 21 例, 其中耻骨联合附近两处骨折脱位合并髂骨或骶骨骨折或骶髂关节脱位 18 例, 骨盆环多处骨折 3 例; IV 型: 髌臼骨折 14 例。髌关节中心性脱位 4 例。

合并损伤: 76 例为多发性骨折或多发伤, 分布在四肢及躯干不同部位 162 处, 最多 6 处伤, 其它脏器损伤 33 处。颅脑损伤 3 例, 大面积皮肤剥脱伤 4 例。死亡 4 例, 死亡率占 4%; 其中 1 例死于合并颅脑损伤, 1 例死于挤压综合症, 2 例死于严重的创伤性失血性休克。

疗效标准及结果

优: 行走正常、无痛, 无跛行, 恢复原工作及重体力劳动者 62 例; 良: 行走正常, 劳累后轻痛、无跛行, 可作一般劳动 21 例; 可: 行走过多疼痛, 轻跛行, 改作轻工作 7 例; 差: 需持拐活动, 经常性疼痛, 明显跛行, 不能工作 4 例。优良率占 88%。

讨 论

1. 骨盆骨折与休克: 骨盆骨折引起休克的主要因素是出血, 这与骨盆腔丰富的血液供应有关。对于骨盆骨折应把防治休克放在首要位置。抗休克的关键是早期输血输液的速度, 提倡早、快、足地扩充血容量。根据临床的粗浅体会, 迅速建立二条静脉通道快速加压大量的输血输液, 以上腔静脉通道为好, 下腔静脉系统容易滞流, 故不易采用。早期大量的输血输液, 可以达到自然压迫止血作用。

2. 骨盆骨折与多发伤: 骨盆骨折所遭受的暴力强

大, 常伴有多发伤, 伤势严重、伤情变化快、失血量大。本组 76 例为多发性骨折或多发伤, 占骨盆骨折的 78%, 应引起高度重视。因此, 骨盆骨折伤员必须全面细致、反复检查及观察, 才能及早发现并相应处理严重的多发伤。由于严重多发伤有时会掩盖骨盆骨折的表现, 或者对其严重程度和潜在危险认识不足, 而引起漏诊。所以, 对此类伤员应想到骨盆骨折存在的可能。多发伤的处理应抓住威胁病人生命的两个重要因素: ①大出血和休克造成的循环功能衰竭。②呼吸道阻塞或呼吸功能紊乱所引起的心肺功能衰竭。

3. 骨盆骨折与下尿路损伤: 由于解剖学的相邻关系, 男性尿道长而复杂, 最易伤及; 女性尿道短而直, 损伤机会少。其损伤机制可能与撕裂伤或骨折断端刺破所致。诊断依据: 伤后不能排尿, 尿道流血, 血性尿液, 或尿外渗而确诊; 对于伤后腰、臀、会阴, 股部水肿凹陷, 腹壁亦出现水肿要特别重视。在怀疑诊断时, 应进行导尿管造影, 可避免误诊。根据导尿管梗阻位置判断损伤部位, 依诊断情况采取相应的解救办法。

4. 腹膜后血肿与腹腔内出血: 二者在临床上需认真鉴别。因在无较大血管损伤时, 腹膜后血肿多以保守治疗为主, 而合并腹腔脏器大出血时, 常须立即手术。骨盆骨折后血液可沿腹膜后疏松结缔组织间隙蔓延至肾区、膈下, 巨大的腹膜血肿可致腹膜刺激症而出现腹胀, 腹疼, 肠鸣音减弱或消失, 与普外急腹症相似。诊断性腹穿有助于鉴别, 穿刺进针以病人侧卧后, 较定位准确, 深度适宜, 避免了穿刺针穿破肠腔及进入后腹膜, 血性腹液而确立腹腔内出血。

5. 肛周及直肠损伤: 国内外文献还未曾报导。耻骨、坐骨骨折可刺激直肠, 耻骨联合分离或骶髂关节严重脱位, 可造成直肠的撕裂伤, 而骶尾椎骨折往往出现肛周剧疼。对于直肠损伤的病人, 肛门中常常有血性分泌物, 肛门指诊有助于这一诊断, 应常规执行。

6. 骨盆骨折的治疗应强调良好而及时的复位, 恢复骨盆的形状和生理功能, 这对控制出血和疼痛, 减少骨盆的异常活动有举足轻重的治疗作用。按照 Trunkey 骨折分类法, 区分稳定性与非稳定性骨折而选择治疗方法。

(收稿: 1995-05-09)