

二、三阶段的软骨板损伤, 均应早期手术, 手术宜采取对脊柱稳定性损伤小, 清理病变容易、彻底的侧前方手术入路, 术中除严密按步骤操作外, 尤其应注意咬除椎板时, 因椎板与脊髓间无脂肪组织缓冲, 且病程久者粘连重, 操作应谨慎小心, 止血要彻底, 一般不用骨凿, 避免剧烈震荡。切除和咬除突出的椎间盘和软骨板时, 动作要轻柔、仔细, 切忌粗暴牵拉、碰触脊髓, 以免加重脊髓损伤。

参考文献

1. 蒋位庄, 尚天裕. 少年软骨板破裂症. 中华骨科杂志, 1982, 2 (1): 34
2. 王全平, 陆裕朴. 腰椎软骨板破裂症. 中华骨科杂志, 1994, 14 (4): 195
3. 郭世级. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1988. 187

(收稿: 1995-10-30; 修回: 1996-05-28)

股骨骨折梅花针固定术后并发脂肪栓塞一例

韩 红

甘肃省高台县医院 (734300)

患者, 女, 31 岁, 因外伤后 5 小时以右股骨骨折收住。入院后查一般情况尚可, 经拍片证实为右股骨中上段粉碎性骨折, 患者既往无心肺疾患, 查血红蛋白为 145g/L。经积极术前准备, 给抗炎输液治疗后, 于入院后第 3 日上午 10 时入手术室在腰麻下行梅花针髓内固定术, 术中选用 8mm×340mm 梅花针 1 枚, 顺利打入一次成功, 骨折断端对位对线良好, 术中出血约 500ml, 手术始终血压、脉搏、呼吸平稳, 手术历时 1 小时 30 分, 术后安返病房, 给补液、抗炎、止血处理, 病情无异常变化。术日当晚患者体温上升至 39℃, 给物理降温, 肌注安痛定, 静点地塞米松等处理后, 体温渐下降。次日晨体温 38℃, 患者神志清楚, 精神尚可, 并能进食。至中午 12 时病人突然出现呼吸急促而困难, 张口呼吸, 口唇发绀, 神志恍惚, 两肺可闻及干湿性啰音, 心率 130 次/分, 即刻给持续吸氧, 静滴西地兰 0.4mg, 给保留导尿, 肌注速尿 40mg, 头部置冰袋, 静滴地塞米松等处理, 至 15 时, 病情仍未改善并继续加重, 继而神志不清, 呼吸 35 次/分, 心律 130 次/分, 查血红蛋白 95g/L, 二氧化碳结合率 143mmol/L, 尿素氮 3.1mmol/L, 钠 137mmol/L, 钾 3.33mmol/L, 氯 100.5mmol/L, 钙 1.9mmol/L, 心电图示 ST-T 段下移。考虑为脂肪栓塞急性肺水肿, 给 10%GS250ml 加多巴酚丁胺 40mg 缓慢滴入, 输新鲜血 350ml, 白蛋白 10g, 5%碳酸氢钠 250ml, 地塞米松等处理后, 病情略好转, 可说简单语言, 肺部啰音减轻, 但持续半小时后

病情突然恶化, 渐渐昏迷, 至 19 时突然呼吸心跳停止, 从口鼻流出少量稀血水样分泌物, 经积极抢救无效而死亡。

讨 论

脂肪栓塞是创伤骨科最严重的并发症, 多见于长骨干骨折以后, 是骨骼创伤后髓腔脂肪滴进入血流, 在脏器或组织内形成栓塞而引起的一系列复杂症候群, 它的发生原因主要是骨折创伤, 尤以股骨干骨折最多见, 其次为骨科手术, 软组织损伤以及其它一些原因, 如烧伤、感染、酒精中毒等。无临床表现或症状轻微者常被忽略, 临床表现明显者症状危急, 死亡率高。由于它的临床表现多种多样, 如突然死亡、休克、昏迷、急性肺水肿, 或出现“肺炎”, 所以早期常被忽略而延误抢救时机。本病一般都有潜伏期, 为 12 小时至 6 天, 89% 的病例在 18 小时内发病。本病例发生于伤后 79 小时, 临床表现、体征符合脂肪栓塞的诊断标准。所以对骨折病人, 尤其是长骨干骨折的病人, 无论是行手术疗法或非手术疗法, 都必须密切观察, 加强监护, 妥善固定, 一旦发生脂肪栓塞的临床表现, 应立即进行抢救, 积极纠正缺氧, 最好行气管和机械通气, 改善血液动力学, 补充全血及电解质, 尽早使用肾上腺皮质激素, 适当应用利尿剂以及改善微循环的药物。总之对本病应早期发现, 及时治疗, 尽量减少死亡率。

(收稿: 1996-08-19)