

侧端有向内侧倾斜嵌入时,应加以手法矫正。对于损伤严重,皮肤、软组织挫伤,有张力性水泡形成的,我们一般不主张立即行手法复位外固定或手术。而采取尺骨鹰嘴骨牵引,配合外展支架治疗。其好处是:(1)有利于肿胀的消退和皮肤创面的换药。(2)在牵引的同时,易于对骨折进行复位。当然,也要避免过牵而造成骨折延迟愈合。而手术则适宜于陈旧性骨折或有神经、血管损伤的病例。

4.2 肘内翻畸形的早期预防:我们随访的 126 例患儿,合并肘内翻的有 11 例。约占总随访率的 8.7%,10~30 的肘内翻有 8 例。均在伤后 1~2 年,畸形稳定,无继续变化,而肘关

节屈伸功能基本恢复后行肱骨髓上楔形截骨术矫正。对于肘内翻畸形的早期预防,正确的 X 线摄片是个关键。另外,在整复肱骨髓上骨折时,应特别注意矫正尺偏畸形,甚至可以矫枉过正。对于尺偏型髓上有折,我们在正确整复后,在骨折远端肘部内侧加入塔形垫。

参考文献

- [1] 陆裕朴,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学.第 1 版,北京:人民军医出版社,1991.583.
- [2] 朱盛修.小儿肱骨髓上骨折的治疗分析.中华骨科杂志,1981,62:170.

(收稿:1997-07-02 编辑:李为农)

• 病例报告 •

耻骨支骨折致出血性休克 2 例

周东升¹ 王伯珉¹ 姜九岭²

(1. 山东省立医院,山东 济南 250021; 2. 安丘县医院,山东 安丘)

例 1,张××,男,40 岁,住院号 399282,因车祸骑跨伤 1 小时,急诊入院。当时查体:神志恍惚,烦躁,心率 118 次/分,皮肤湿冷,呼吸浅快,口唇紫绀,肱动脉压为 0,腹膨隆,下腹部及会阴、阴囊、股内侧广泛瘀血,骨盆挤压征(+),双侧腹穿抽出不凝血,尿管插入失败。入院诊断:出血性休克、骨盆骨折、腹部脏器闭合性损伤、尿道断裂。急行抗休克治疗,术前共输血 5400ml,血压升至 12/9kPa。在继续输血的同时,普外科先行开腹探查肝、脾、肠,泌尿外科探查肾及膀胱,均未发现破裂及出血处,但发现腹腔内积血较多,腹膜破裂。骨科探查,发现左耻骨支骨折断端髓腔及内侧静脉窦出血活跃,呈“泉涌”状,出血原因明确,遂用 4 孔钢板复位,固定耻骨支,明胶海绵填充骨折缝,出血停止,血压平稳上升,休克得以纠正。术中清除积血及出血共约 5000ml,输血 5600ml,术后输血 800ml,该伤者伤后 24 小时共输血 11800ml。术后拍片示左耻骨支、坐骨支骨折。

例 2,陈××,男,36 岁,住院号

400146,因坠落伤致骨盆骨折,伤后 8 小时入院。X 光片示:右耻骨支、坐骨支、髂骨翼骨折,移位不明显。入院时血压平稳(13/10kPa),心、肺、腹检查无异常。伤后 20 小时,突然出现冷汗、面色苍白,意识丧失。查:双肺呼吸音清,无罗音,心率 128 次/分,律整,血压 6/4kPa,腹平软,即给升压药,腹穿二次均为阴性,心电图示窦性心动过速。首先考虑骨盆骨折处出血,因为腹穿呈阴性,且此例病人离例 1 相隔时间短,马上快速输血(双通道),在 40 分钟内输血 1600ml,并用骨盆兜带加压捆绑,血压升为 9/6kPa 后,一静脉通道继续输血,一通道输入止血药,再输血 800ml 后,血压升至 14/10kPa,经严密观察 3 小时,血压稳定,未行探查及内固定,抢救中共输血 2400ml。考虑为骨折端缓慢持续出血,累积量大所致。

讨论
本文所述 2 例,分析其原因有医生对耻骨支骨折的认识不足,出现休克时,医生大都首先考虑肝、脾等腹腔脏器破

裂,未考虑耻骨骨折。手术探查时,忽视骨折处探查,在例 1 中即是由于先探查脏器,延误了骨折处的止血,致使休克未得到尽早纠正。腹膜破裂而致局部压力降低,不利于压迫出血,加之广泛皮下出血引致出血性休克。

耻骨支骨折并发出血性休克的治疗首先是补充血容量,应用抗休克药物,若伤员对抗休克治疗无反应或快速输血 1600ml 左右,休克无明显改善或一度改善后又加重者,应及时手术探查。对于耻骨骨折,未并发后环骨折,无移位或移位不明显者,如例 2,伤后短时间内无休克发生,也应密切观察,引起重视。我们认为,预防耻骨骨折并出血性休克,有以下几项措施:①耻骨支骨折后,应考虑到有出血性休克的可能;②留意观察 24 小时,并严格检查伤员生命体征,随时注意病情变化,做好抢救准备;③经一定时间输血后(1600ml),休克未纠正时,要及时探查,寻找出血点止血。④在开腹探查时不应忽略骨盆骨折的探查,尤其是耻骨支骨折。

(编辑:房世源)