

肪栓塞等并发症发生的机会;(4)术后保留股骨颈,假体如因磨损、松动或其他原因需要翻修时,可以进行如初次的有柄人工关节置换,简化翻修操作,确保翻修效果。

3.3 无柄人工髋关节的研发应用已有 20 余年,上海复兴医疗器械有限公司研制的第三代无柄解剖型人工髋关节是在第一、二代基础上依据国人髋部骨质的特征与髋关节受力状态加以分析后研制出来的,具有专用配套工具及规范的手术步骤(一心、二塑、三平、四罩)。手术操作中应注意下面几个问题^[6]:(1)根据自己的习惯和熟悉情况决定手术入路及患者体位,因保留股骨颈的原因,髋臼的显露较常规的有柄关节置换有一定困难,需充分发挥三把髋臼拉钩的作用。(2)因坏死股骨头的不规则和中心定位器设计上的缺陷,股骨颈的中心点不易找到,术中应尽可能多的切除关节囊壁,充分显露股骨颈,必要时可先用偏大的塑骨器将股骨头塑小再找中心点,“一心”是该手术的最关键步骤。(3)选择大小合适的塑骨器进行塑骨,否则过大导致罩体与股骨颈及大小粗隆不能紧密结合,易造成松动;而过小则导致股骨颈及大小粗隆基底部皮质骨过多破坏易引起骨折。(4)安装罩杯体时要顺应股骨颈的角度和方向,使罩体的上边脚与大转子吻合,下边脚落在小转子上方稍偏前的位置,防止“歪带帽”现象。(5)因罩体构造比较“庞大”,容易在屈曲和过伸时与髋

臼发生撞击,因此在无柄全髋关节置换时对髋臼安装的位置及角度要求更高,有研究^[6]认为外翻角安放在 45°、前倾角在 10°左右为好;有时撞击与否也和可调节球头的长短有关,所以术中应常规活动关节检查,如有撞击及时调整。

综上所述,笔者认为无柄人工全髋关节置换在治疗中青年晚期股骨头缺血性坏死中具有优势,该手术在临床上是常规有柄人工关节置换术的很好补充,值得推广使用;但该假体在临床的应用时间还不是很长,本组病例数量及随访的时间均有限,故远期疗效还有待进一步观察。

参考文献

- 1 李 强,罗先正,王志义,等.人工髋关节置换术后评估方法的研究[J].中华骨科杂志,2001,21(12):721-725.
- 2 王世海,曹 飞,张旭辉.小切口无柄髋关节置换治疗中青年股骨头坏死 16 例[J].实用医药杂志,2010,27(4):321-322.
- 3 陆永强,徐跃根,金才益,等.无柄人工全髋关节置换治疗青壮年晚期股骨头缺血坏死 11 例[J].现代中西医结合杂志,2009,18(18):2183-2184.
- 4 李鼎斌,杨 渊,沈茂荣,等.无柄人工髋关节置换术的临床体会[J].广西医学,2006,28(11):1794-1795.
- 5 钱本文.无柄髋关节才是真微创(MIS)[J].中国矫形外科杂志,2006,14(3):174-176.
- 6 林月秋,徐永清,王元山,等.无柄人工髋关节置换 40 例[J].中华创伤杂志,2006,22(11):820-823.

[收稿日期 2013-01-10][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

学术交流

骨盆骨折合并腹盆脏器损伤的救治体会

廖纪稳, 周仲侠, 韩小平

作者单位: 830002 新疆,乌鲁木齐市友谊医院青年路医院骨科(廖纪稳,周仲侠); 830011 新疆医科大学第五附属医院骨科(韩小平)

作者简介: 廖纪稳(1965-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:临床骨科疾病的诊治。E-mail:1754071238@qq.com

[摘要] 目的 总结骨盆骨折合并腹盆脏器损伤的救治体会。方法 对 2000~2012 年该院收治的 25 例严重骨盆骨折合并腹盆脏器损伤患者的临床资料进行回顾性分析。结果 25 例患者中,早期手术治疗 23 例,其中 22 例获得随访。治疗效果优 12 例,良 10 例,死亡 3 例,优良率为 88%。结论 早期正确诊断和处理合并伤可提高骨盆骨折合并腹盆脏器损伤患者的生存率。

[关键词] 骨盆骨折; 脏器损伤; 救治

[中图分类号] R 68 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)08-0786-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.08.19

Treatment of pelvic fracture combined with abdominal organ injuries LIAO Ji-wen, ZHOU Zhong-xia, HAN Xiao-ping. Department of Orthopaedics, Youth Road Hospital, Friendship Hospital, Urumqi, Xinjiang 830002, China

[Abstract] Objective To study the treatment for the pelvic fracture combined with abdominal organ injuries. **Methods** A retrospective analysis was performed on clinical data of 25 patients with severe pelvic fracture combined with abdominal organ injuries admitted to our department from 2000 to 2012. **Results** Among 25 patients, 23 underwent early stage surgery, 22 of them had followed up records, 12 patients of them gained excellent treatment outcomes, 10 gained good outcomes, three patients died, the excellent and good rate was 88%. **Conclusion** Early diagnosis and treatment of combined trauma after pelvic fracture can significantly increase the survival rate of patients with pelvic fractures combined with abdominal organ injuries.

[Key words] Pelvis fractures; Organ injuries; Treatment

腹盆腔内有重要脏器,骨盆骨折可以发生合并损伤,若暴力强大时,除发生骨盆骨折外,还可以引起头、胸、腹、盆腔等内脏的多发性损伤,其后果常较骨折本身更为严重,应高度重视。早期正确处理是救治成功的关键,特别是不稳定性骨折合并多发性损伤,病死率高达30%~58%^[1]。本文回顾性分析2000~2012年我院收治的25例严重骨盆骨折合并腹盆腔脏器损伤患者的诊治情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组25例患者,其中男21例,女4例,年龄12~62岁,平均年龄35岁。按照骨盆骨折Tile分型,TileA型5例,TileB型14例,TileC型6例;其中合并结、直肠损伤5例,小肠及肠系膜损伤4例,后腹膜血肿7例(1例手术治疗死亡),肝脏破裂2例,脾脏破裂2例,尿道损伤3例,2例因伤势过重合并重度休克入院后诊断未明确即死亡。

1.2 治疗方法 25例患者均有腹痛、腹胀等症状,均行诊断性腹腔穿刺,X线、B超、CT等检查。本组在积极抗休克同时,23例患者采取手术,2例因伤势过重未能采取手术治疗,其中16例早期行骨盆外固定架固定,9例骨盆兜外固定。合并伤手术治疗的有肝修补术加局部切除术2例,脾切除术2例,尿道会师术3例,结、直肠I期修补术2例,造瘘术3例,小肠及肠系膜修补术4例,骨盆外固定支架固定同时行介入选择性髂内动脉栓塞止血1例,腹膜后出血腹膜破裂修补术4例,腹膜后出血单侧髂内动脉结扎术2例。12例患者延期行骨盆切开内固定术。

1.3 疗效判定标准 根据骨折复位情况、疼痛、步态、肢体长短、髋关节活动度等分为优、良、中、差四类。(1)优:解剖复位,肢体等长,行走自如,无疼痛。(2)良:复位满意,术后偶感疼痛,肢体短缩<0.5 cm,行走正常,髋关节活动正常。(3)中:复位基本满意,术后轻、中度疼痛,快行困难,肢体短缩0.5~2.0 cm,髋关节活动受限。(4)差:复位不满

意,疼痛明显,行走困难,肢体短缩>2.0 cm,髋关节活动受限^[2]。

2 结果

本组25例患者中,早期手术治疗23例,其中22例获得6~8个月的随访。治疗效果优12例,良10例,优良率为88%。死亡3例,其中2例因伤势严重,失血过多导致休克,继发多器官衰竭死亡;1例合并腹膜后巨大血肿,误诊为腹膜内出血,行剖腹探查术,使已经休克的患者再次受到手术打击,终因休克加重死亡。

3 讨论

3.1 骨盆骨折与腹盆腔脏器损伤 严重骨盆骨折合并乙状结肠、直肠、小肠、尿道损伤均形成开放性骨折,故应早期应用抗生素和破伤风抗毒素治疗。本组25例患者中21例因交通事故致伤,而且伤势严重,均为合并伤或伴发伤的多发伤者,病死率高,经及时诊断处理,获得满意疗效。因此,不同损伤原因所致的骨折和脏器损伤有各自不同的特点,熟悉这些特点,有利于早期准确诊断^[3]。

3.2 骨盆骨折与多发性损伤 骨盆骨折合并多发性损伤时病死率(30%~58%)明显高于单纯骨盆骨折(1.2%),最常见合并伤在腹盆部^[1]。常因暴力大、损伤范围广和大出血等使病情变化快,若检查不仔细,观察病情不严密,仅注意骨盆骨折而忽视了其他脏器损伤,易发生漏诊。本组死亡3例均为严重骨盆骨折伴有重度失血性休克患者,入院时仅注意骨盆骨折,对合并脏器损伤严重程度判断不足,错过了最佳手术抢救时机。因此,骨盆骨折必须全面反复检查,尽早发现和合并伤,可明显提高治愈率。

3.3 骨盆骨折与休克 骨盆由多块不规则骨组成,松质骨居多,骨折后出血较多,并且临近髂上动脉极易受损伤,而且盆腔后壁是腹膜后间隙,有丰富的血管丛,血管丛损伤亦是引起骨盆骨折合并失血性休

克的主要原因之一。对于单纯性骨盆骨折应把防治休克放在首位。对休克患者应遵循先抢救严重骨折及脏器合并伤引起的生命危险后,再做全面影像学检查的原则^[4]。要及早、尽快、足量的扩充血容量,争取在伤后 2 h 内快速输液、输血。

3.4 骨盆骨折与早期外固定 骨盆骨折治疗的首要目标是稳定骨盆环、控制血压、减轻疼痛和防止后期畸形的发生^[5]。重度骨盆骨折患者多为复合伤、多发伤,在抢救生命的前提下,外固定应尽量快速、简单、牢靠,可有效控制休克,避免再损伤,为进一步诊疗骨盆骨折及其他复合伤、多发伤创造有利条件。

3.5 腹膜后血肿与腹膜内出血的鉴别 腹膜后无较大血管损伤时,腹膜后血肿多以保守治疗为主,而合并腹腔脏器损伤大出血时,又必须尽早采取剖腹探查手术治疗。腹膜后巨大血肿可以引起腹膜刺激症状,患者有腹胀、腹痛、腹部压痛、反跳痛、腹肌紧张及肠鸣音减弱等表现,这需与腹腔内出血相鉴别。腹腔内诊断性穿刺有两种情况容易引起误诊:(1)腹膜后血肿极大,向前隆起,与前腹壁接近,因普通注射针头作腹腔内穿刺时,即可进入血肿,抽出大量血液。(2)用较长的注射针头作穿刺时,易于进入腹腔后血肿,抽出大量血液。另有腹膜后巨大血肿也可有少量血液渗入腹腔。所以腹膜后血肿,腹腔穿刺包括灌洗阳性(其中有 16% 假阳性),若因误诊

为腹腔内出血,错误地行剖腹探查手术,则会让已经休克的患者再次受到手术的打击,加重其休克,甚至可造成死亡。对于骶丛血管破裂多采用压迫或电烫或缝合止血,必要时采取髂内动脉结扎或 C 型臂下经股动脉选择性髂内动脉栓塞术,栓塞止血该方法简便、安全、有效,可明显降低病死率和并发症,成功率可达 50.0% ~ 87.1%。需要反复确定诊断。

3.6 骨盆骨折与尿道损伤 本组尿道损伤 3 例均为后尿道损伤。对伤后有血尿、尿痛、排尿困难、膀胱膨胀、会阴部血肿或导尿管不能插入者需考虑合并尿道损伤的可能。本组病例均早期作尿道会师术,效果满意。

参考文献

- 1 王满宜. 骨盆骨折治疗的研究现状[J]. 中华创伤杂志, 2008, 24(3): 161 - 165.
- 2 仝金宝. 重度骨盆骨折外固定架的急诊应用[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(13): 1673 - 1674.
- 3 高劲谋. 多发伤的早期救治[J]. 中华创伤杂志, 2010, 26(1): 80 - 82.
- 4 高劲谋. 骨盆骨折合并脏器损伤救治[J]. 创伤外科杂志, 2011, 13(4): 289 - 291.
- 5 李文锋, 侯树勋, 任东风. 应用外固定器治疗侧方挤压损伤型骨盆骨折[J]. 临床骨科杂志, 2006, 7(9): 837 - 839.

[收稿日期 2012 - 12 - 14][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

学术交流

广西 2009 ~ 2011 年美沙酮维持治疗门诊服药人员脱失原因调查分析

黄玉满, 沈智勇, 蓝光华, 李荣健, 杨 继

作者单位: 530028 南宁, 广西壮族自治区疾病预防控制中心

作者简介: 黄玉满(1980 -), 男, 研究生学历, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 艾滋病现场防治。E-mail: 1801111@qq.com

[摘要] 目的 分析广西 2009 ~ 2011 年美沙酮维持治疗(MMT)门诊服药人员脱失的原因, 为提高服药依从性提供参考。方法 利用统一设计的《社区药物维持治疗服药者脱失情况调查表》, 采取电话询问、家庭随访等方式对 374 名脱失人员或其家属进行调查。结果 脱失原因主要为: 原因不明 118 人(31.6%), 违法犯罪 101 人(27.0%), 死亡/疾病/怀孕 58 人(15.5%), 强戒或劳教 37 人(9.9%)。结论 原因不明、违法犯罪、死亡/疾病/怀孕、强戒或劳教是 MMT 脱失的主要原因, 针对性地对门诊服药人员采取相应的干预措施, 以降低脱失率, 提高依从性。

[关键词] 美沙酮维持治疗; 脱失; 原因分析