

骨盆骨折 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E9_AA_A8_E7_9B_86_E9_AA_A8_E6_c22_303626.htm 名称骨盆骨折所属科室骨科临床表现(一)患者有严重外伤史，尤其是骨盆受挤压的外伤史。(二)疼痛广泛，活动下肢或坐位时加重。局部肿胀，在会阴部、耻骨联合处可见皮下瘀斑，压痛明显。从两侧髂嵴部位向内挤压或向外分离骨盆环，骨折处均因受到牵扯或挤压而产生疼痛(骨盆挤压分离试验)。(三)患侧肢体缩短，从脐至内踝长度患侧缩短。但从髂前上棘至内踝长度患侧常不缩短股骨头中心脱位的例外。在骶髂关节有脱位时，患侧髂后上棘较健侧明显凸起，与棘突间距离也较健侧缩短。表示髂后上棘向后、向上、向中线移位。诊断患者有严重外伤史，尤其是骨盆受挤压的外伤史。X线检查可确诊。并发症1. 腹膜后血肿。骨盆各骨主要为松质骨，盆壁肌肉多，邻近又有许多动脉丛和静脉丛，血液供给丰富，盆腔与后腹膜的间隙又系疏松结缔组织构成，有巨大空隙可容纳出血，因此骨折后可引起广泛出血。巨大腹膜后血肿可蔓延到肾区、膈下或肠系膜。病人常有休克，并可有腹痛、腹胀、肠鸣减弱及腹肌紧张等腹膜刺激的症状。为了与腹腔内出血鉴别，可进行腹腔诊断性穿刺，但穿刺不宜过深，以免进入腹膜后血肿内，误认为是腹腔内出血。故必需严密细致观察，反复检查。2. 尿道或膀胱损伤。对骨盆骨折的病人应经常考虑下尿路损伤的可能性，尿道损伤远较膀胱损伤为多见。患者可出现排尿困难、尿道口溢血现象。双侧耻骨支骨折及耻骨联合分离时，尿道膜部损伤的发生率较高。3. 直肠损伤。除非骨盆骨折伴有阴部开放性损伤时，直肠损伤并不是常

见的合并症，直肠破裂如发生在腹膜反折以上，可引起弥漫性腹膜炎；如发生在反折以下，则可发生直肠四周感染，常为厌氧菌感染。

4. 神经损伤。多在骶骨骨折时发生，组成腰骶神经干的骶1及骶2最易受损伤，可出现臀肌、绳肌和小腿腓肠肌群的肌力减弱，小腿后方及足外侧部分感觉丧失。骶神经损伤严重时可出现跟腱反射消失，但很少出现括约肌功能障碍，预后与神经损伤程度有关，轻度损伤预后好，一般一年内可望恢复。治疗应根据全身情况，首先对休克及各种危及生命的合并症进行处理。

(一) 休克的防治。患者因腹膜后大量出血，常合并休克。应严密观察进行输血、输液、骨盆骨折的输血可多达数千毫升，若经积极抢救大量输血后，血压仍继续下降，未能纠正休克，可考虑结扎一侧或两侧髂内动脉，或经导管行髂内动脉栓塞术。

(二) 膀胱破裂可进行修补，同时作耻骨上膀胱造瘘术。对尿道断裂，宜先放置导尿管，防止尿外渗及感染，并留置导尿管直至尿道愈合。若导尿管插入有困难时，可进行耻骨上膀胱造瘘及尿道会师术。

(三) 直肠损伤，应进行剖腹探查，做结肠造口术，使粪便暂时改道，缝合直肠裂口，直肠内放置肛管排气。

(四) 骨盆骨折的处理

1. 对骨盆边缘性骨折。只需卧床休息。髂前上棘骨折病人置于屈髋位；坐骨结节骨折置于伸髋位。卧床休息3~4周即可。
2. 对骨盆单环骨折有分离时，可用骨盆兜带悬吊牵引固定。骨盆兜带用厚帆布制成，其宽度上抵髂骨翼，下达股骨大转子，悬吊重量以将臀部抬离床面为宜。5~6周后换用石膏短裤固定。
3. 对骨盆双环骨折有纵向错位时，可在麻醉下行手法复位。复位方法是病人仰卧时，两下肢分别由助手把持作牵引，用宽布带衬厚棉垫绕过会阴部

向头侧作对抗牵引，术者先将患侧髌骨向外轻轻推开，以松介嵌插，然后助手在牵引下将患侧下肢外展，术者用双手将髌骨嵴向远侧推压，矫正向上移位，此时可听到骨折复位的“声”，病人改变健侧卧位，术者用手掌挤压髌骨翼，使骨折面互相嵌插。最后病人骶部和髌骨嵴部垫薄棉垫，用宽15~20厘米胶布条环绕骨盆予以固定。同时患肢作持续骨牵引。3周后去骨牵引，6~8周后去固定的胶布。固定期间行股四头肌收缩和关节活动的锻炼。三个月后可负重行走。

4. 对有移位的骶骨或尾骨骨折脱位可在局麻下，用手指经**内将骨折向后推挤复位。陈旧性尾骨骨折疼痛严重者，可在局部作强地松龙封闭。

5. 髌关节中心性脱位，除患肢作骨牵引外，于大粗隆处宜再作一侧方牵引。予以复位。

6. 对累及髌臼的错位性骨折，手法不能整复时，应予以开放复位内固定，恢复髌臼的解剖关节面。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com