

# 股骨和胫骨多段骨折的诊治

王春<sup>1</sup> 袁晓达<sup>1</sup> 高德永<sup>1</sup> 刘景生<sup>2</sup> 董宝贵<sup>3</sup>

(1. 营口经济技术开发区医院, 辽宁 营口 115007; 2. 辽宁中医学院附属医院, 辽宁 沈阳; 3. 勃利县医院, 黑龙江 勃利)

自 1986 年到 1995 年 10 年间, 我们收治 29 例股骨和胫骨多段骨折患者, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 29 例患者, 男 24 例, 女 5 例, 年龄最大 62 岁, 最小 14 岁, 以青壮年最多。股骨多段骨折 7 例, 胫骨 23 例, 其中 1 例为左股骨与胫骨均为多段骨折, 1 例为双胫骨多段骨折。有 2 例为 3 个折断处即 4 节段骨折。中间骨折节最长 18cm, 最短 2.5cm。粉碎性多段骨折达 12 例。31 处多段骨折 19 处为开放性骨折。合并血管及神经损伤 3 例, 合并颅脑、胸及腹部损伤及其它处骨折达 16 例。并发休克 14 例, 出现筋膜室综合症 6 例, 并发脂肪栓塞 1 例。

## 2 治疗方法

伤后 8 小时内行切开复位骨折内固定 14 例, 因颅脑、胸腹等伤太重于 3 周内手术者 3 例。手法整复石膏或夹板外固定及清创缝合创口后石膏外固定和骨牵引 12 例。手术采用“V”型针、梅花针、矩形针髓内固定, 必要时辅以钢丝捆扎 14 个骨折部位; 单用长钢板固定 3 个部位, 钢板与螺钉分别固定远近折断 2 个部位。I 期髓骨取骨植骨 3 例。4 例伴筋膜室综合症和 2 例皮肤张力过大的胫骨多段骨折内固定同时行筋膜室切开减压、两侧皮肤减张创口 I 期缝合, 1 例开放性胫骨多段骨折皮缘挫伤较重行 I 期邻近皮瓣转移, II 期植皮覆盖减张和转移皮瓣创面。内固定术后有 16 个肢体辅以石膏托或夹板。

## 3 治疗结果

非手术治疗 12 例均为胫骨多段骨折, 5 个月内骨折均已临床愈合。1 例胫骨愈合后呈“S”状轻度弯曲, 但无短缩, 力线也好。骨折愈合后复查发现有 3 例踝背伸轻度受限。7 个部位的股骨多段骨折全部手术治疗, 创口均 I 期愈合。1 例左股骨干多段骨折行梅花针内固定钢丝捆扎, 24 天后才发现同侧股骨颈骨折移位, 到外院拔出髓针、行加长加压钢板固定股骨干、加压钉骨圆针合用固定股骨颈骨折, 半年后骨折愈合。其它 6 例股骨多段骨折术后无畸形、无短缩、无不愈合或延期愈合。14 个部位的胫骨多段骨折中 1 例合并重度颅脑损伤, 行颅内血肿清除和胫骨髓针内固定术后三天死于中枢衰竭。其余 13 个手术固定骨折创口 I 期愈合 9 个, 3 例皮缘坏死, 换药后愈合 1 例, 另 2 例有骨外露行邻近皮瓣转移而愈。1 例创口轻度感染经换药而愈。1 例胫骨多段骨折用矩形针内固定, 骨愈合后胫腓骨向外成角 10°。1 例胫骨两断处均为斜行骨折, 用梅花针固定后虽对线尚好, 但上折断处重迭移位 1cm, 术后用踝套牵引后骨折近解剖复位。6 例胫骨多段骨折并筋膜室综合症患者有 4 例手术内固定同时行筋膜室切开减压, 另 2 例发现较早患者用甘露醇脱水治疗后高压

症状消失。12 个部位的胫骨多段骨折手术内固定患者除死亡 1 例外, 延迟愈合 3 例、无不愈合发生, 踝关节轻度功能受限 2 例。

## 4 讨论

4.1 四肢长骨的多段骨折是指同一骨干的两处及两处以上骨折, 但它绝不是两个简单骨折的叠加。由于其创伤重, 并发症多, 多发伤及复合伤也多, 所以其诊断和处理远较一般骨折复杂。回顾 29 例股骨和胫骨多段骨折其诊治过程有以下体会: 1. 局部暴力强、软组织损伤重、骨折移位明显, 形成开放性骨折和潜在开放性骨折明显增多, 这既增加了创口和骨感染的机会, 也由于皮肤严重挫伤, 更使术后皮缘坏死骨外露的机会增多。本组中尽管有 2 例皮肤减张缝合, 1 例行局部皮瓣转移, 仍有 3 例皮肤边缘坏死, 2 例被迫再行 II 期皮瓣转移均说明此点。

4.2 由于严重的局部创伤, 增加了筋膜室综合症的发生, 特别是闭合性骨折和骨折未与外界相通的较小裂口的骨折发生率更高。本组中 6 例筋膜室综合症全部发生在小腿, 应引起注意。早期诊断和治疗甚至预防筋膜室综合症至关重要。本组中有 2 例筋膜室综合症发现较早, 得以恰当治疗。我们认为早期应用甘露醇是有效的; 预防性地应用甘露醇对损伤较重疑似筋膜室综合症是可行的; 而手术内固定时行皮肤、筋膜室切开减张并 I 期关闭固定切口是很好的治疗多段骨折并筋膜室综合症的方法。

4.3 多发伤及复合伤多, 涉及科室多, 初诊时未必由专科医师检查, 漏诊机会增多。本组中术前漏诊 1 例多发肋骨骨折, 1 例股骨多段骨折第一次拍片仅显示下段骨折, 因开放性创口与骨折位置相差较远, 再拍片证实为多段骨折, 遂行梅花针内固定。术后复查拍片时又发现股骨颈骨折, 到外院改增手术, 增加了患者痛苦是为教训。

4.4 由于局部创伤重, 又多合并其它部位损伤, 所以休克多, 病情凶险。此时必须分清主次, 弄清危及生命的主要原因, 本着先救命再保肢体的原则治疗。有时先将创口缝合, 或清创时予以简单整复外固定, 待病情稳定后再治疗骨折不失为明智之举。

4.5 近年来多段骨折的局部处理有早期切开复位内固定<sup>[1]</sup>趋势, 但也有人认为闭合复位, 应用夹板、石膏外固定或牵引多可使骨折复位<sup>[2]</sup>。本组中 7 例股骨多段骨折均行切开复位内固定, 除 1 例股骨颈骨折漏诊术后转诊外, 其它效果均较好。因此认为: 股骨多段骨折由于创伤重, 肌肉拉力大, 移位多明显, 手法整复极其困难, 也难以维持复位, 应以内固定为主。而胫骨多段骨折时往往髓内供血已经切断, 如再行切开复位内固定, 势必影响骨膜的血供, 影响骨折的愈合。我们同

意手术中尽量少剥离骨膜的观点,以减少骨延迟愈合和不愈合的发生。对移位不多,较易复位的胫骨多段骨折整复后用石膏、夹板或牵引为佳。本组胫骨多段骨折24个肢体手术和保守治疗各12肢体,从结果上看,非手术组效果较好,但从伤情和治疗过程看两者不可偏废,因手术组多为手法整复不佳和有开放性创口及有其它并发症者,两者伤情差异较大。应用何种内固定,与手术效果密切相关。我们体会:股骨胫骨的中上段骨折用梅花针、V型针为好,中远折段以矩形针为好,但股骨下段必须选择宽、厚、长的矩形针,以防强度不够。有人认为Ender针固定股骨多数骨折效果较好<sup>[3]</sup>,但其固定强度令人忧虑。对中间折段较短应用长钢板,斜行骨折和粉碎性骨折外捆钢丝都是可行的。所以认为:多段骨折手术与否,何时手术,应用何种内固定应根据骨折部位、损伤程度、全身

状况、骨折类型及当地医院条件、术者个人经验综合考虑。

4.6 理论上讲内固定主要目的之一是使骨折牢固固定,以利关节活动,但对多段骨折有时难以达到,此时术后一定时间内辅以外固定,有助于骨折愈合。本组病例开放性骨折较多但创口明显感染及骨髓炎没有发生,这可能与我们认真清创,创口及皮肤用洁尔灭冲刷有关。

参考文献

[1] 王亦璁,孟继懋,郭子恒主编. 骨与关节损伤. 第2版. 北京:人民卫生出版社,1992. 357-698.  
 [2] 常文助. 高速暴力致同侧肢体多段骨折. 中医正骨,1992,4(1): 28.  
 [3] 张光铂,刘成刚. 下肢长骨多段骨折的治疗. 中华骨科杂志,1996,16:208.

(收稿:1997-03-31 编辑:李为农)

•学习园地•

颈性眩晕的诊断和鉴别诊断

刘青云  
 (南京市回民医院,江苏 南京 210004)

颈性眩晕为椎动脉颈段受颈部疾病影响造成血流障碍所致。颈性眩晕在临床上是一种较为常见的疾病,现将我们四年来对椎动脉第2、3段引起颈性眩晕的诊断体会报告如下。

1 临床资料

本组160例中第2段80例,第3段80例;门诊病人154例,住院病人6例;男68例,女92例;第2段最小年龄50岁,最大年龄79岁,平均64岁;第3段最小年龄25岁,最大年龄58岁,平均40岁,以30~50岁居多数。症状表现为眩晕、恶心、呕吐、眼球水平震颤、视力减弱、模糊、晕厥甚至猝倒等。发病因素与颈段病变有关。体征第3段颈2椎旁环枕肌有深压痛,第2段无。第3段扪之颈2棘突有偏移,第2段无。X线检查:第2段颈椎正侧位片示颈椎正常生理弧度消失或过曲,椎动脉容易受邻近骨赘增生压迫,左右斜位片示横突孔变窄,钩椎关节增生,由于钩椎关节增生压迫椎动脉,往往症状是发作性的,而且是头转向一定方向引起发作,这可与第3段作区别。第3段颈椎张口位寰齿、寰枢关节间隙不等,齿突偏移,颈2棘突偏移。第2段在治疗上用牵引、手法松解颈、肩部软组织,整复小关节。第3段用手法顶推偏斜颈2棘突,使之恢复正常解剖位置。

2 讨论

2.1 将椎动脉在解剖上分为四段对于诊断和鉴别诊断具有至关重要意义。椎动脉入节6颈椎横突孔,出第1颈椎横突孔为第2段,此段椎动脉在椎旁行走受横突孔限制,当椎间盘变性狭窄时钩椎关节增生向外突出容易引起第2段颈性眩

晕。如头转向一侧时,刺激压迫椎动脉,使椎动脉产生扭曲、痉挛或受压,使血流不足,椎——基底动脉供血不足,出现颅脑缺血的各种症状,故头转向一侧时出现眩晕常是对侧有病变。颈椎正侧位片、左右斜位征象容易与第3段相区别。

椎动脉第3段自出第1颈椎横突孔之后,弯曲度较大,向后弯绕颈、侧块和后弓上方切迹,而进入大孔形成近似四个直角,更容易受到外界影响,是产生颈性眩晕常见部位。影响第3段血运不畅的因素有许多,如长期低头工作,颈部频繁性转动等等,均可导致寰枢韧带松弛,软骨退变,使寰枢椎体不稳,血管弹性减退,血管管腔变窄,椎枕肌群的痉挛,环枕后膜增厚等造成对椎动脉的挤压,使椎动脉第3段发生扭曲、椎动脉变细或梗阻,也是产生眩晕的重要原因。X片示颈椎张口位寰齿、寰枢及枕寰关节间隙左右不等,颈2棘突偏移等是与第2段病变引起的颈性眩晕鉴别依据。但是对于椎动脉一侧先天性闭锁、锁骨下动脉一侧畸形等不属本病范围。

本组根据160例第2、3段颈性眩晕患者的临床体征,结合X线检查,提出颈性眩晕与椎动脉第2、3段的关系较之第1、4段更为密切,肯定了椎动脉第2、3段是颈性眩晕的主要发病部位,同时也评价了X片在诊断椎动脉第2、3段引起眩晕上的临床价值。

2.2 椎动脉第2、3段在年龄统计资料上有明显差别,随着年龄的增长第2段发病病例逐渐增加,而在发病的因素上第2、3段也有明显差异。针对不同部位、不同的病因,在治疗上也有不同。

(编辑:李为农)