

Acad Orthop Surg, 1999, 7: 209-216.

5 徐莘香, 刘一, 王锡山, 等. L 梯形加压钢板治疗股骨髁上的骨折及其力学原理. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(1): 2-3.

6 Helfet DL, Lorich. Retrograde intramedullary nailing of supracondylar femoral fractures. Clin Orthop, 1998, (350): 80-84.

7 Muller EJ, Ostermann PAW, Wick M, et al. Fixation of distal femoral fractures with a retrograde intramedullary interlocking nail. Injury, 1999, 30: 31-36.

8 DeCoster TA, Brown G, Robinson B. Retrograde nailing of femur shaft fracture for special indications: ten years experience. Orthop Trans, 1997-1998, 21: 1353-1356.

9 范卫民, 陶松年, 王道新, 等. 双加压“L”形钢板的设计及临床应用. 中华骨科杂志, 1996, 16(9): 552-553.

(收稿: 2002-01-10 编辑: 李为农)

## • 短篇报道 •

# “浮膝”损伤 15 例治疗体会

王希宁 牛庆礼 王光辉 张景华  
(石炭井矿务局医院, 宁夏 753300)

浮膝损伤是指外伤引起的同侧股骨和胫骨骨折, 有人亦称之为“漂浮膝”。1993~1998 年我们共收治 15 例, 疗效满意, 总结报告如下。

### 1 临床资料

15 例中男 11 例, 女 4 例; 年龄 16~50 岁; 左侧 8 例, 右侧 7 例。其中开放性骨折: 股骨 1 例, 胫骨 6 例。伤后 30 分钟~1 小时就诊 12 例, 1~2 小时就诊 3 例, 随访 1~5 年。合并伤: 颅脑损伤 2 例, 多发性肋骨骨折 4 例(其中 2 例伴血气胸), 骨盆骨折 3 例, 同侧股骨颈骨折 1 例, 对侧胫骨骨折 3 例, 合并小腿皮肤脱套伤及软组织缺损 2 例。15 例患者均存在不同程度的创伤性失血性休克。

### 2 治疗方法

首先处理严重的并发症, 把抢救生命放在首要地位。待病情稳定后再作各处骨折的处理。15 例股骨全部切开复位, 其中钢板固定 3 例, 加压钢板固定 4 例, 髓内梅花针固定 5 例, 带锁髓内针固定 2 例, 1 例合并股骨颈骨折的病人应用加长伽玛钉固定。胫骨骨折双侧共 18 处, 3 处行夹板或石膏固定, 钢板固定 5 处, 单侧外固定架固定 7 处, 带锁髓内针固定 3 处。2 例小腿皮肤及软组织缺损的病人将骨折对位采用外固定支架固定后, 后期植皮或作转移皮瓣修复创面, 术后 1~2 周开始应用 CPM 装置行膝关节功能锻炼。

### 3 治疗结果

15 例病人全部抢救成功, 无一例死亡。其中 12 例病人骨折愈合良好, 未遗留任何肢体残废, 膝关节活动功能恢复满意; 1 例股骨骨折钢板固定的病人因过早及过度功能锻炼, 术后 2 个月时发生螺丝钉松动, 骨折端成角畸形, 经再次手术改用髓内针固定及植骨后而痊愈; 2 例胫骨骨折钢板固定的病人, 因骨延迟愈合, 石膏固定时间过长, 最后虽然骨折愈合, 但膝关节功能恢复较差, 分别为 0°~70° 和 0°~30°。

### 4 讨论

在骨折的处理方面, 由于损伤同时涉及同侧的大腿和小腿, 创伤严重, 多为粉碎性骨折, 损伤的局部和整个下肢都失

去了骨的支撑作用, 稳定性差, 在处理骨折时要根据不同情况及局部的解剖特点, 综合考虑, 不同的骨折类型, 用不同的固定方法。简单、牢固、创伤小是最基本的方针策略, 有时为达目的, 需要内外固定相结合。股骨干骨折的处理非常重要。由于股骨附着肌肉多, 周围软组织丰厚, 骨折端更容易发生成角畸形。为减轻肢体残废程度以及为后期膝关节功能的恢复创造条件, 在病情稳定后优先将股骨骨折尽早施行牢固的内固定是非常必要的<sup>[1]</sup>。股骨中上段骨折尤其粉碎性骨折, 用髓内针固定较好, 如果应用带锁髓内针不但固定牢固, 还可以抗旋转, 防止短缩畸形, 更利于早期进行膝关节功能锻炼, 中下段骨折宜用加压钢板或“L”型钢板固定。本组 1 例合并股骨颈骨折经应用加长伽玛钉固定, 不但两处骨折兼顾而且稳定性好。由于胫骨位置表浅, 在胫前面仅位于皮下, 往往易造成开放性骨折, 有时还伴有皮肤及软组织缺损。可按目前常用的 Gastilo 分类方法分别进行处理。I 型: 清创后按闭合性骨折处理; II 型: 如果受伤时间短、伤口污染程度轻, 可以在清创后作内固定治疗, 否则按 I 型处理; III 型: 常规一期清创往往不彻底, 伤口需 II 期闭合, 这种情况应用骨外固定架处理最理想。对胫骨闭合性骨折, 无明显移动, 可予以夹板或石膏固定, 避免手术进一步加重机体创伤。

术后早期功能锻炼是一个不容忽视的问题。在临床治疗中忽略了功能锻炼影响疗效甚至发生再骨折的情况并不少见, 不但增加后期治疗的难度, 病人往往对再次治疗失去信心。早期的功能锻炼可以促进肿胀消退, 减轻肌肉萎缩, 对骨折的愈合亦有促进作用, 更重要的是可以减少关节粘连<sup>[2]</sup>, 为后期关节功能的恢复创造条件。本组病例在术后 1~2 周即开始应用 CPM 装置进行被动功能锻炼, 明显减少了关节僵直、粘连等并发症的发生。

### 参考文献

1 刘沂. 多发伤骨折的处理. 骨与关节损伤杂志, 1999, 14(2): 142.

2 王亦璠, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 108-118.

(收稿: 2001-04-02 编辑: 连智华)