

◁ 论 著 ▷

自动复位法治疗成人股骨干骨折

中国中医研究院骨伤科研究所 尚天裕

骨折治疗,大体上分为三大流派:手术、非手术和有限手术(半侵入)。无论那种疗法都有其适应症,也都存在着一定的缺点。应根据具体骨折,设备条件,技术能力和个人经验,辨证施用。但多数学者一致认为,如非手术疗法能取得同样效果,还是采用非手术疗法为宜。人们应做那些非做不可的手术,而不要做那些想做或能做的手术。手术会损伤骨折部的血运,降低骨折自身的修复能力,将闭合性骨折变成开放性骨折,从总体而言,会出现一些合并症,造成一些不良后果,在我国目前条件下,更应慎重。

股骨干骨折是个难题,多数西方学者认为是手术疗法的适应症。我从事中西医结合工作已卅年,从大量的临床实践中体会到中西医结合疗法对股骨干骨折,可收到简、便、廉、快、好、省的效果。现介绍出来,供大家参考,尤其在基层希望能加以试用推广。

一、股骨干骨折多可以自动复位

股骨长,周围软组织厚,肢体重,肌肉多,牵拉力强。过去认为整复困难,固定不稳,容易发生向外、前成角畸形及骨折不愈合。这是事实,是对骨折治疗中的不利的一面,但什么事都是一分为二,我们治疗疾病,就在于根据疾病发生发展的客观内在规律,为病人战胜疾病创造条件,向有利的方面转化。现在我们就是利用肢体的重力,局部外固定的杠杆力,必要的牵引力,肌肉收缩活动的内在动力,通过病人有节制的练功活动,把这些以往认为不利的因素转化为骨折整复、固定的积极作用。肌肉丰富,收缩力大,骨折自动复位的能力也愈强;肢体重,骨干长,杠杆作用大,其机械性生物适应能力也强。

股骨干骨折是指粗隆下2—5厘米及股骨髁上2—5厘米处骨折,可分上、中、下三段。而以上1/3骨折整复、固定最困难。按照传统说法,上1/3骨折,短小的上骨折段因受髂腰肌、臀中、小肌及外旋肌的牵拉,而产生屈曲、外展、外旋移位。为了迎合这种移位;以远骨折段牵就近骨折段,常规把肢体放在屈曲、外展及轻度外旋位,这

样做往往达不到预期效果,因为外展越大,内收肌群也越紧,结果骨折多向外成角。这是一种静态观点来处理骨折,违犯肢体的运动力学原理;同时也没有充分利用骨折上下段的解剖、生理特点。我们知道股四头肌除股直肌起于髌前下棘外,股内、外侧及中间肌均起于股骨粗隆间线附近及股骨粗隆线的内外侧唇,股骨髁上的骨牵引力可通过股四头肌直接作用于骨折近段,克服其屈曲、外展、外旋移位,使之恢复到中立位,因此,对股骨干骨折,除非骨折断间有肌肉夹入,或股骨斜形骨折背对背移位,需用解脱及迴旋手法加以矫正外,其他无论是上、中、下的各型骨折(横断、斜面、螺旋、粉碎、多节),都可以采用中立位牵引。下1/3或股骨髁上伸直型骨折做胫骨结节牵引,其他都做髁上牵引。

二、局部夹板可以有效地将骨折固定

(一) 固定器械

1.夹板:前、后、内、外侧各一块。前侧板的两端都要向外卷起,上达腹股沟,下抵腓骨上缘。后侧板较长,上端呈勺状,兜住坐骨结节,边沿向外卷曲,不要压迫臀部皮肤。下端达腓窝,也要向后卷曲,不要压迫腓窝的血管、神经。内侧板较长于外侧板,上端呈凹形分X状,跨在内收肌的前后缘。外侧板两端亦向外卷曲,上自大粗隆下缘,下抵股骨外髁。

2.纸压:一律用4~6×1厘米的方型平整。

3.牵引弓。

(二) 操作技术

1.穿牵引针:常规备皮,消毒及铺消毒巾。患者仰卧,患肢中立位,腓骨朝上,膝下垫枕,膝关节屈曲150°,除下1/3伸直型髁上骨折外,都做髁上骨牵引。在腓骨上缘1.5厘米处,在局麻下,由内侧向外穿针。穿针时,一助手由踝部牵拉患肢,另一助手戴消毒手套由外侧推稳固定处下骨折段。针一定要穿在股骨干的中心轴上,不偏前,不靠后,不上下倾斜,要达到这个要求,穿针时还须注意以下四点:(1)穿引针进入皮内抵股骨内髁皮质骨外面后,先沿股皮质作前后试探,找准股骨干的前

后中心轴线。先穿透内侧皮质骨，进入髓腔。(2)取下手摇钻，调正穿引针的方向，与股骨干垂直，与膝关节面平行，而后将针顶稳在外侧皮质骨内面。再按上摇钻，穿透外侧皮质骨。(3)此时推稳固定下骨折段的助手要适当用力保持力线，以免下骨折段外移，将针穿歪。(4)若发现牵引针内低外高，不与骨干垂直或膝关节面平行，要将针退回髓腔，调整方位，从新再穿。

2. 肢体中立位，不用多马氏架，可膝下垫枕，保持膝关节微屈(150°左右)。安装牵引弓，将针绷紧，放上牵引重量。牵引力线一定要与股骨干纵轴线一致。若针有偏斜，一般是外高内低，可以通过让牵引弓稍倾斜，以求得到针正的方法来补救。

3. 局部固定。若局部肿胀较著，要外敷消肿膏，放上棉垫，松松缠绕绷带，按骨折原始方向放好纸压垫，再捆好夹板。

4. 牵引重量。一般为体重的1/7(若八公斤)，横断骨折还可以稍大一些。遵照“欲合先离，离而复合”的原则，只有先将重叠矫正，才能矫正侧方移位。

每日用皮尺测量对比两腿长度，测量时要在同一体位。一旦两侧等长，一般在一周内，再经X线拍照证实后，就要把牵引重量减轻到维持量(4—6公斤)。一般4—5周原始骨痂形成，即可去掉牵引，单纯夹板固定。中、上1/3骨折一定要加用外展板，防止骨折向外成角。下1/3骨折用超膝关节夹板固定。病人可以扶双拐下地先不负重步行，而后逐渐负重，直到骨折临床愈合后，将夹板解除。也可以在骨折自动复位后，以大腿平衡固定牵引架代替悬垂牵引，有利于病人更早期的下地。

三、功能锻炼是骨折自动复位力的来源

要做好病人的思想工作，解除其思想顾虑，又要把治疗方法，步骤，预期效果讲给病人，让病人

能自我管理，密切配合，如何保持局部固定，随时调正布带的松紧，在医护人员的指导下进行有节制的功能锻炼。一般在骨折早期，局部有外伤性炎症反应，仅可做股四头肌的收缩锻炼和踝关节的背伸跖屈活动。从第二周开始，可让患者以健足蹬床，两上肢支撑，引体向上，使臀部离开床面，以达到让膝髌关节活动的目的。从第三周可两手拉牵引床上的吊杆，健足蹬在床上，收腹、抬臀，使躯干与患肢呈一平线，以加大膝髌关节的活动范围。从第四周起患者可手扶牵引床梁在床上站立起来，有骨痂形成不怕重叠再移位，就可去掉牵引，在夹板固定下，扶拐下地活动。

四、病人是治疗骨折的主力

中医有“骨为干，肉为墙，骨肉相连，筋能束骨”的说法，表面上看来治疗是目的，实际一切治疗措施都是针对软组织的，因为骨移位是被动的，而肌肉收缩活动是主动的。在骨折未愈合之前，骨折断端之间的活动是绝对的，而固定只是相对，对骨折愈合不利的活动，要严格加以控制，使之减小到最低限度，而对骨折有利的活动，要尽情加以发挥。股骨干骨折自动复位疗法是最好的例子。在牵引及局部夹板固定下，从治疗一开始就让沿着股骨长轴强劲的股四头肌进行舒张活动，而对内收外展肌的活动严格控制，通过肌电测量也证实了这一点。在病人练功时在上下骨折断端形成一个动态平衡，只要保持牵引力线良好，重量适当，形成一种等张牵引，就可以保持断端持续接触，避免了过去静态平衡所带来的过牵或重叠。现在是以肌肉的动而求骨折断端相对的静，而不是过去以肢体的静态平衡来谋求断端的稳定，以动求静和以静制动从生物力学上存在着原则上的区别。若在治疗过程中因管理不善，或病人练功不得法，一旦发现向外前成角，即刻在麻醉下，行手法再折术，加以矫正。

(上接8页)

因此，精与津液的化生，能使皮肤润泽，肌肉丰满，脑髓补益，骨髓充盈，筋骨劲强，肢体与关节运动自如，从而达到人身阴阳相对平衡，调节有度的生理状态。

证治：精津液三者多因虚损致病。其因多为：

一、遗泻过度，肾失所藏。

二、脉络重创，亡血暴脱。

三、温热久灼，阴液枯竭。精脱者，症见耳聋目瞑，面色无华，腰酸膝软，短气息微，治以益肝填精，

主龟鹿二仙胶。发于失血之伤，主肾愈汤，或人参养营汤。源于妄梦遗精，主三才封髓丹或金锁固精丸。津脱者，症见腠理升泄，汗出溱溱，唇干舌燥，便干尿少，治以益气养阴，主生脉散合增液汤。液脱者，症见脑转耳鸣，胫酸不举，关节响声，屈伸不利，治以滋肾养肝、主六味地黄汤，加枸杞、女贞子等。

总之，为适应当前中医治疗骨伤的需要，尤需取精于古，致力于今，集思广益，阐宏发微，力争中医药在骨伤内外证治上，出现新的飞跃，对人类健康事业作出更大的贡献。