

经验交流

创伤性浮膝

(附22例报告)

广东省东莞市中医院骨科 叶伟洪

创伤性浮膝 (Floating Knee) 是指同侧股骨和胫骨外伤同时发生的骨折。当前、交通事故日益增多,特别是摩托车事故引起的创伤性浮膝,并不少见。而且常常合并有颅脑、躯干等处的损伤。1980年至1987年我们收治22例,均采用中西医结合方法治疗,效果满意。现报告如下:

临床资料

一、一般情况:本组22例,其中男16例,女6例;年龄最小10岁,最大57岁。20~30岁,占62%。

二、致伤原因:交通事故16例,坠跌伤3例,压砸伤3例。

三、骨折类型及复合伤症:开放伤10例,闭合伤12例;一处粉碎性骨折16例,二处粉碎骨折4例。上肢骨折3例,胸腰椎压缩骨折2例,同侧拇趾离断伤1例;本组并发休克6例,颅脑伤4例;腹腔脏器内出血1例,下肢皮肤大面积撕脱伤2例,小腿筋膜间隔区综合征1例,腓动脉断裂伤1例,腓总神经和挠神经损伤各1例。

四、骨折部位:二处骨折近关节6例,不近关节即骨干骨折7例;一处骨折近关节四例。

治疗方法与结果

本组22例分别采用开放、闭合和半开放三种方法治疗。①股骨、胫骨都切开复位、内固定6例;②股骨切开内固定,胫骨闭合复位小夹板外固定或配合跟骨牵引9例;③胫骨切开复位内固定,股骨牵引复位小夹板固定2例;④股骨胫骨均用牵引加手法复位,小夹板固定

5例。治疗结果:22例除一例死亡外,均获治愈。合并症有:一例胫骨迟缓愈合,二例胫骨骨髓炎。随访半年~3年,优9例,良5例(优良率66.6%),可4例,差3例。差者主要是膝关节屈伸功能明显受限。

讨 论

一、休克与合并伤的处理

本组22例中,交通事故占16例(72.7%),居首位,所以创伤性浮膝被称为是摩托车盛行区的“流行伤”。交通事故多属高速严重暴力致伤,伤情多较复杂。一般认为,二处严重的大骨折,失血量可达总血量的20~40%⁽¹⁾。本组并休克者6例(占27.3%),所以对浮膝病人要密切注意休克的发生,尽量减少对病人不必要的检查和搬动。对失血性休克,最有效的治疗仍是迅速恢复组织的灌流量,多通道快速补充血容量。

车祸伤员除了容易发现的多发骨折外,更要注意颅脑和胸腹骨盆等合并伤。这些合并伤都会危及生命。一旦漏诊,将可能导致伤员死亡。本组死亡病例,就是1980年作者在外院工作时的一车祸伤员,女性,46岁。受伤后半小时被送到医院,右下肢多段骨折,皮肤大面积撕伤,并已出现休克代偿期情况,当时接诊医生只顾及伤肢开放伤的处理,忽视腹部必要的检查观察,致腹腔脏器破裂大出血发现过迟,结果抢救无效死亡。可见早期发现和及时处理重要脏器合并伤的重要性。

二、治疗方法的选择

对创伤性浮膝的复位固定,治疗上可大体分为开放与闭合,即切开复位内固定与手法或

牵引复位外固定两种。印度医学教研进修学院骨科Bansal Vp等分析了58例浮膝的疗效，认为股骨切开复位、Kuntscher针内固定，胫骨非手术治疗的效果最好⁽²⁾。国内学者则有不同的看法：张氏认为单肢体股骨、胫骨干双骨折应尽可能行双骨折的内固定；如行单骨折的内固定则以胫骨为好⁽³⁾。邢氏等发现骨牵引手法复位加夹板疗效的优良率最高⁽⁴⁾。王氏认为用双牵引的疗法好⁽⁵⁾。我们体会：股骨、胫骨均较稳定，且为闭合骨折，可以选择双向牵引加手法复位小夹板固定的方法，但此法床边照片多，骨位稳定性较差，容易顾此失彼，卧床时间也长。如开放损伤、或不稳定骨折，则选择股骨切开复位，胫骨非手术疗法为佳。因为股骨血运比胫骨丰富，不愈合率低。另一方面，股骨肌肉丰富，手法复位较胫骨难。股骨中段和中上段以梅花针髓内固定为首选，下段或髁上部，则可选择角翼接骨板或交叉克氏针。本组一例股骨下段严重粉碎骨折、胫骨开放骨折，我们给予股骨髁上牵引复位，胫骨切复、钢板内固定，结果骨折愈合；但并发胫骨骨髓炎。另一例是车祸伤，同侧股骨、肱骨骨折，胫骨开放骨折，并脑震荡，挠神经损伤。我们用股骨切开复位，角翼钢板固定，胫骨切开复位，交叉克氏针固定治疗，结果股骨4个月愈合，但胫骨一年才获愈合。

三、膝关节屈伸功能的恢复

本组22例，7例二处不近关节骨折，肢体功能均达优；一处近关节骨折9例，除一例死

亡外，8例有2例功能优，4例良，2例可。而二处近关节骨折者6例，功能差占3例，可2例，良仅一例。也就是说，疗效差的全部是二处近关节骨折患者。患膝的屈伸范围仅得0~30°，这二例差者，除了二处近关节骨折外，伤情还较重，且有合并伤；在一定程度上妨碍了肢体练功活动。我们通过临床观察，体会到早期内服活血化瘀中药，后期伤肢的按摩和中药煎汤熏洗，以及帮助伤员树立战胜伤残的信心，鼓励伤员刻苦坚持肢体功能锻炼，能提高疗效。由于膝关节是人体关节中负重多，运动量大，构造最复杂的关节⁽⁶⁾，而且膝关节僵硬的矫治效果，常常不理想，所以如何提高创伤性浮膝的屈伸功能，增加患膝的活动度，需要进一步加以探讨。

参 考 文 献

- [1] 广州中医学院主编：中医伤科学，上海科技出版社，1980，70。
- [2] 邓相华摘译：浮膝一同侧股骨和胫骨骨折国外医学，创伤与外科基本问题分册1985：4，251。
- [3] 张承敏等：创伤性浮膝13例报告，骨与关节损伤杂志1988，3：2。
- [4] 邢士濂等：同一肢体骨并胫骨骨折的处理，骨与关节损伤杂志1988，3：2。
- [5] 王书德：中西医结合治疗同侧股骨干及小腿骨折，中华骨科杂志，1987，7：2
- [6] 毛宾尧等主编：膝关节外科，第一版，北京，人民卫生出版社，1987：1。

(上接9页)

假设椎体倾斜到45°时小关节复位，按扛杆公式计算，受累椎体复位所需扭转力(F)：

$$\begin{aligned}
 F \cdot L &= F_1 \cdot L_1 + F_2 \cdot L_2 \\
 F &= \frac{F_1 \cdot L_1 + F_2 \cdot L_2}{L} \\
 &= \frac{14 \times 480245^\circ + 5 \times 4}{4} \\
 &= 123\text{kg}
 \end{aligned}$$

显然，当脊柱倾斜角增大，则椎体所承受扭转力亦增大，当脊柱倾斜角变小，椎体所承受的扭转力亦减小。也就是说我们拉压颈部的力F₁和推顶棘突的力F₂不变的情况下，只要加大脊柱的倾斜角就能增加旋转复位力，所以在临床上复位患者脊柱弯曲倾斜越大，越是有利于复位。

(本文承蒙刘维主任的审阅，在此表示感谢)