

## 闭合折骨术为主治疗股骨干骨折畸形

福建省漳州市中医院 (363000) 麦少卿 陈联源

我院1979年以来应用闭合折骨术治疗股骨干骨折畸形愈合66例,方法简便,疗效确实,并发症少及缩短病人恢复时间。报告如下:

### 临床资料

本组66例中,男53例,女13例。16岁以下儿童38例,成人28例。骨折距治疗最短21天,最长9个月,半数以上在45—90天。骨折部位:上1/3 21例,中1/3 34例,下1/3 11例。患肢短缩,最少为2.5cm,最多为7cm,成角畸形:角度最小为15°,最大为40°,平均角度为27°。膝关节伸屈幅度60°以下者11例。

### 治疗方法

一、麻醉:一般多用氯胺酮麻醉或硬膜外麻醉,一例伴有先天性心脏病患者以股神经阻滞。

### 二、折骨方法

1.闭合折骨(本组共61例):患者仰卧由一助手紧握骨折近端,术者以手臂扶持患腿,用木枕垫放在骨折畸形处,双手握远折端向下压以杠杆力折断,然后行摇摆旋转手法分离周围骨痂。若单纯成角畸形,折骨时只纠正成角,不必旋转分离。

适应于X线相片上显示骨折处骨痂呈云絮状,可见清楚骨折线,尚未见到骨性愈合。若骨折靠近关节端,或X线相片已见大量骨性愈合,可配合擗面棍折骨术。

擗面棍折骨术:折骨时备50公分长擗面棍一根,助手双手握紧擗面棍两端,置于骨折近端上方(在大腿皮肤与擗面棍之间需铺一层棉花保护)由上而下缓慢用力滚动达骨折远端,术者双手握紧骨折远端,在滚动时逐渐向上提高,使之与滚动的擗面棍成相反方向的杠杆作用,杆面棍可来回滚动,术者与之配合,直至完全折断。

若已行钢板或髓内针内固定,内固定物折断或弯曲发生畸形愈合者,可早期应用杆面棍复位术,畸形纠正后再择期手术取内固定物。

2、开放凿断术(本组5例):手术切口只需暴露骨折畸形处,把外骨痂打开后按原骨折线凿断或斜形凿断,若为成角畸形,则行楔形截骨,纠正成角,不行内固定,术后仍按闭合复位处理。

适应于X线相片上骨折端已有大部分骨性愈合,骨折线模糊,或因钢板固定术后,钢板弯曲或折断致成角畸形者以及手法折骨未成功者。

三、整复固定:闭合折骨术后单纯纠正角度者手法纠正后行小夹板固定,重叠短缩者多伴肌挛缩,需行骨牵引(10岁以下皮牵引),纠正重叠移位后再行手法整复,小夹板固定。

四、药物治疗与功能锻炼:与新鲜骨折相同,但陈旧性骨折常伴有不同程度的膝关节伸屈功能障碍,应重视持之以恒地功能锻炼,促进恢复。

### 治疗结果

一 临床愈合时间 儿童最短者23天,最长者52天;成人最短者40天,最长者85天。无一例发生骨折不愈合。

二 随访结果 随访45例,占68.2%。随访时间,最长8年,最短一年半。

疗效评定:优,外观正常,走路无跛行,伸屈功能正常。良,外观微突,走路微跛行,伸屈功能微障碍(活动范围在90°以上)。差患肢短缩,走路跛行,伸屈功能明显障碍(活动范围在90°以下)。

结果:45例中,优:29例,占64.4%。良:14例,占31.1%。差:2例,占4.4%。优良率达95.5%。

# 臀上皮神经嵌压综合征 (附110例报告)

青岛台东骨科医院(266000) 李兆顺 孙永信 张平

臀上皮神经嵌压综合征,系臀上皮神经受损伤而产生的一种腰、臀、腿疼痛症候群。临床多见,但目前对此病认识不同,诊断不一,常被误诊。我院自1987年1月至1989年12月共收治110例,分析报告如下:

### 一般资料

本组110例,男62例,女48例。年龄最小18岁,最大76岁,平均44.8岁,其中50岁以下(60%);60岁以上23例(24.5%)。左侧51例,右侧43例,双侧16例。病期5天~16年,其中1年以上者55例(50%);发病与外伤史有关者57例(51.8%),否认有明确外伤史者45例(40.9%),臀部注射药物引起8例。来院前仅2例诊为臀上皮神经炎,其余诊为坐骨神经痛者25例(22.7%),椎间盘突出症22例(20%),阑尾炎4例,其中2例施行了阑尾切除术。

症状与体征:本组110例中腰臀部和 大腿外上方刺痛或酸胀感67例(61%),疼痛难以忍受者43例(39%)。应用度冷丁或强痛定肌注,也仅能缓解疼痛数小时,本组腰臀部痛扩散到膝关节平面以上者59例(53.6%),伴小腿外侧或足背外侧疼痛者44例(40%),腹股

沟部疼痛者6例。检查时,在患侧臀部髂嵴下有一明显局限性的压痛点,压痛点位于髂嵴下最多为7cm;最少3cm,5cm者61例(55.5%);距后正中线外最多为16cm,最小8cm,14cm者46例(41.8%)。在痛点处可触及痛性索条状物者62例(56.3%),触及痛性小结节者19例(17%),未触及索条状物或小结节者19例(17%)。手指深压迫时除引起局部奇痛和酸胀外,并可引起下肢的疼痛,但下肢运动,皮肤感觉和腱反射皆正常。本组直腿抬高试验患侧出现臀部及大腿痛者11例(10%),但直腿抬高加强试验阴性。

### 治疗与随访

首先应采用类固醇药物加普鲁卡因行封闭治疗,7天1次。本组110例中行封闭治疗94例(85.4%),封闭次数最多10次,最少1次,经5次治愈者67例(71%)。对病程长症状重或经多次封闭收效不大或仅能缓解数日仍有疼痛者行手术治疗。本组手术治疗16例,其中2例行臀上皮神经切断术,术后该神经支配区出现麻木感,皮肤感觉迟钝,另14例行臀上皮神经游离松解术,术后症状即消失,神经支配区感觉也完全正常。

### 讨论

一、骨折畸形愈合的成因是新鲜骨折早期处理不当所致。故应加强小夹板固定法的管理,只要按常规操作,绝大部份可避免骨折畸形愈合。

二、闭合复位法治疗骨折畸形愈合的优越性,在于闭合折骨手法复位安全,可使大部份患者免于开放手术治疗的痛苦及并发症。对骨膜及软组织损伤小,骨痂生长快,缩短病人恢复时间。

三、闭合折骨适应证应根据X线照片所见进行分析,闭合折骨术能否成功除与骨痂的情

况有关外,与术者掌握的方法与技巧也有关系。杆面棍折骨术可大大提高闭合折骨术的成功率,特别在近关节端已有部份骨性愈合的病例,通常的折骨手法有时难以成功,杆面棍折骨术就较有可能将其折断,因杆面棍向下滚动的压力,结合杠杆力量,可把陈旧性结缔组织及软骨压碎,畸形愈合的骨折端就可较轻巧省力地折断。根据几何及物理学原理,使用余弦定理及杠杆作用,推算杆面棍的作用力要比徒手大5倍多。本组以杆面棍折骨术无一例失败,也未发生神经、血管或皮肤压迫损害等并发症。