

苏氏正骨术配合单侧多功能固定器 治疗股骨干骨折

辽宁省海城市正骨医院(114200) 苏玉新 苏继承 张广智

我院自 1992 年 10 月始,用单侧多功能固定器治疗股骨干骨折 50 例,报告如下。

临床资料

本组 50 例中男 39 例,女 11 例;年龄 8~68 岁,平均年龄 38 岁;上 1/3 段骨折 4 例,中 1/3 段骨折 28 例,下 1/3 段 18 例;横型 26 例,斜型 18 例,粉碎型 6 例。

治疗方法

在电视 X 光监视下,用苏氏正骨手法整复。上 1/3 股骨干骨折的整复,应遵循以子找母复位,因近段有外展、外旋、前屈移位,对抗牵引时应将肢体远端处于外展、屈曲位置,用力持续牵引,切勿时轻时重。

中 1/3 股骨干骨折的移位,以短缩和向外成角为主,由两助手在中立位下对抗牵引,逐渐增加牵引。如成角移位较小,术者用双手掌分内、外侧环握住骨折部位,外侧的手用力向内推挤骨折成角处,在内侧的手则向外提拉骨折远端。牵引远端的助手使肢体外展,术者用手稳住骨折端,以防骨折端产生侧方移位。

如骨折成角畸形较大,可用反折直接法使其复位。术者双拇指抵住骨折成角处,手掌及其余手指分别置于骨折远近端的内侧。嘱助手相互配合,先加大骨折的成角,然后猛然向外直拉骨折远端向外,纠正骨折的移位。

骨折复位后,术者握紧骨折端,先嘱助手放松牵引,再小幅度左右摇摆肢体远端,促进骨折端的相对接合。

下 1/3 股骨干骨折,骨折远端常向后翻转移位。所以牵引时,应使患膝处于屈曲 90 度位下进行,牵引力量不宜过大,能牵开骨折端即可。牵引时骨折远端的移位多可自行回复一部分,如尚有向后的翻转或分离移位,术者用双手拇指顶住骨折近端前方,其余 4 指环抱骨折远端的后方。双方用力推挤近端向后侧,托提远端向前侧,使骨折相互对位。骨折复位满意后由两助手维持肢体位置,准备穿针。

定位穿针:手法复位后需定点划线,穿针时要避开血管和神经,股骨干穿针从外侧方进入,即大粗隆与股

骨外髌中点连线上,首先在骨折远近端各穿 2 枚针,第一枚针距离骨折 4~5cm 处穿入,切开皮肤,分离软组织,保持在骨的中点垂直钻孔至对侧皮质。然后换上固定的螺纹针钻入,穿针时只许进不许退,以免针道松动,通过对侧骨皮质显出两圈螺纹为适合,第一枚针固定后,装上模具,在尽量远的针孔位置上钻入第二枚针位。第三枚针位于另一骨段上,靠近骨折端 4~5cm 处,最后如第二枚针的方法确定,并钻入第四枚针。

穿针完毕后装上适当的固定器,拧紧螺丝将上下的固定夹固定在离肢体表面 1~2cm 的固定针杆上,拧紧固定杆的螺丝,将四枚固定针固定在理想的位置,电视 X 光下认为满意后术毕。

术后患肢抬高一周,消肿后活动股四头肌和膝关节,并可扶拐行走。6~8 周 X 线检查可见有骨痂生长,可稍微松动一下固定杆上螺丝,让肌肉收缩产生纵轴压力,刺激折端。服苏氏正骨药,指导功能锻炼,一般 4~6 个月达骨性愈合时方可拔针,若提前拔针用小夹板帮助固定 2 周也可。

治疗结果

疗效评定标准:优:骨折愈合,对位对线好,膝关节活动范围正常;良:骨折愈合,对位 2/3 以内,成角畸形不超过 5 度,膝关节屈曲 > 90 度;差:骨折重叠愈合对位 1/2 以内,骨折端分离成角畸形 5~15 度,膝关节屈曲 < 90 度。本组优秀者 26 例,良好者 21 例,优良率为 94%,疗效较差者 3 例,但无明显成角。

讨论

应用“单侧多功能外固定器”的最大特点是可早期离床,对躯体和膝关节的正常生理功能限制较少,能早期负重锻炼,利于动静结合,使伤肢循环旺盛,骨折局部代谢加速,促进骨折愈合,避免了关节僵硬、功能受限、肌肉萎缩现象的出现,单侧多功能固定器具有较强的纵向牵引力,足以解决骨折的重叠,同时还具有加压作用,使骨折断面接触更加紧密,利于骨痂的融合愈合。

(收稿:1994-04-11)