

外伤性股骨干骨折畸形愈合治疗体会

广东省汕头市中医院 (515031) 许瑞明

自 1985 年至 1986 年共收治外伤性股骨干骨折畸形愈合 25 例, 其中追踪随访 18 例, 体会如下。

临床资料

外伤骨折后 3 周至半年以内者, 骨折断端重叠 2cm 以上、旋转及成角 20° 以上者; 骨折部已呈纤维性愈合或有较坚强的骨性愈合者。25 例患者年龄最小 14 岁, 最大 60 岁。

治疗方法

1. 折骨、整复和牵引:

(1) 折骨术后即行手法整复, 配合维持量牵引: 在腰麻下, 取侧卧位, 将股骨贴在布枕上, 助手将断端两侧缓慢地作短轴反方向旋转, 这时使断端间产生一种旋转力, 为此反复旋转多次。先将桥梁性骨痂逐渐折断; 而后在对抗牵引下, 按照骨折成角畸形方向加大畸形角并来回反折, 同时用两拇指在断端处用力推压, 直至断端呈假关节活动, 至此, 人为的重新骨折完成。

如用上法未能奏效, 可选用下述两种方法: 用高 15~20cm, 顶角圆钝的三角形木枕, 顶角尽量正对畸形的凹面, 作为支点。术者用手掌固定断端两侧, 利用杠杆作用原理, 从两侧徐徐加压, 以达到重新骨折的目的。另一种方法是: 患肢离床, 助手沿股骨长轴作对抗性牵拉, 术者用长约 1cm 的竹杆横置于成角畸形的角顶, 徐徐加压, 亦可达到折骨的目的, 但竹杆须裹垫柔软物, 以防止皮肉损伤。

折骨术获得成功后, 即可按新鲜骨折进行复位, 用维持重量作皮肤牵引。

(2) 折骨术后不予手法整复, 行超重量牵引: 折骨术后, 患肢缩短一寸以上, 估计徒手牵引难以达到正常长度, 不予手法整复, 即行骨骼牵引。牵引重量占体重 1/10~1/7, 开始轻, 以后逐渐加重, 当患肢缩短至与健侧相差 0.5~1cm 时, 减少重量, 而用维持量 4~8 周后拆除。

2. 固定方法: 采用小夹板四块, 固定于大腿前后、内外, 不要超过关节, 根据成角方向加用压力垫。当折骨术成功即行复位者立即夹板固定。如未作手法折骨、复位者, 待牵引使重叠断端矫正后, 再用夹板固定。

3. 护理问题: 经常测量肢体的长短, 防止牵引过

度; 经常调整牵引的角度; 有否牵拉性损伤; 检查夹板的松紧度, 及时予以调整。

4. 药物应用: 在牵引夹板的同时外敷中药, 去除牵引固定后外用中药洗方, 内服药则运用中医四诊八纲, 辩证施治。

5. 注意功能锻炼。

治疗结果

随访 18 例优 9 例。两下肢等长, 膝关节伸 180° 屈 80°, 徒手步行一小时以上; 良 8 例。膝关节伸 180° 屈 90°, 徒手步行半小时以上; 尚可 1 例。膝关节伸 175° 屈 100°, 徒手步行半小时以下, 患肢缩短 1~1.5cm。

体会

1. 本病在闭合下重新折骨, 是可以获得成功的, 也可以得到满意的疗效。在折骨过程中, 只要操作得当, 力量和力点正确稳妥, 不致于造成软组织损伤或发生其它部位骨折。

通常在施术时不借助任何器械, 由术者与助手在徒手下共同完成。

垫以木枕的方法能更好地利用杠杆力, 对重新折骨似乎效果较好, 作用点比较准确, 就是木枕难以对准畸形成角的凹面。如骨折部位在中段, 应用此法行之有效。骨折部位靠近一端, 由于两侧力量不平衡, 长短部位有并发骨折之虑, 所以作者设计了一种方法, 把患肢悬空, 沿股骨长轴徒手牵拉下, 术者用竹竿横置畸形成角的顶部加压。此法, 肢体是悬空的, 又借助器械在骨折部直接加压, 效应力比较明显, 又有回应力, 故并发其他部位骨折的可能性大大减少。

这三种方法不论哪一种, 都是利用杠杆力, 杠杆力切不可通过关节, 因为通过关节, 会使杠杆力抵消一部分, 而且对关节产生不应有的损害。

2. 复位问题, 最初采用折骨术后即行复位。实际上应对骨痂稀少, 肌张力弱, 重叠移位较少的病例, 而作即行整复。骨痂多而致密, 肌张力大, 不作整复为好。否则血瘀加重。

3. 牵引问题: 即时得到良好整复, 只需用维持量牵引, 外用夹板固定即可。未作即时整复者, 断端重叠, 骨痂多而致密, 大腿肌肉发达, 应持续并逐渐加重牵引为

宜。陈旧性骨折畸形愈合，长有大量骨痂和纤维组织，在折骨时虽将骨痂折断，但折断的骨痂仍会妨碍对位，祖国医学认为：对骨折的整复有一条欲合先离的治疗原理。可先作过度牵引，对对位有利。过度牵引患肢超健肢 0.5~1cm 较好，这个长度可达到复位的需要，又不致牵拉过分而损伤神经血管。实践证明，过度牵引未发现不妥，只要注意肢体长度，达到要求时即予逐步解除，在小夹板加垫的固定下，加上肌部肌群的收缩运

动，可达到自动复位的目的。骨痂丰富的病例，不采用过度牵引的手段，复位确实很困难。对于体质强壮的青壮年，牵引重量达到 17kg，也未发现不良后果。

但骨骼牵引只能矫正缩短移位，侧向移位必须锁依靠小夹板加垫，还可以纠正成角，早期即应开始床上锻炼。

(收稿: 1994-08-01)

跖籽关节炎 56 例治疗观察

郑州市骨科医院(450052) 刘增山 张志 赵玉贵 路华莎

拇趾跖趾关节部的拇趾跖籽关节炎临床上经常与拇囊炎混同，作者通过 56 例该病的治疗观察，介绍发病机制及治疗体会。

一般资料: 56 例中男 17 例, 女 39 例; 左足 15 例, 右足 41 例; 最小年龄 14 岁, 最大 47 岁, 平均 29 岁。

临床表现: 6 例有拇外翻及拇囊炎; 50 例无拇外翻, 无拇趾跖关节异常改变, 41 例有明显的外伤, 不当姿势及疲劳等病史; 疼痛部位在第一跖骨头下方, 静止疼, 活动时加重, 急性期第一跖趾关节周围可有明显的红肿热痛炎性表现。

诊断: 疼痛在拇趾跖趾部的第一跖骨头下方, 活动疼甚, 有外伤史, 握持足跖强迫拇趾背伸时疼剧烈, 排除拇囊炎及跖趾关节炎等病变后, 诊断可确立。

治疗: 1. 对较轻和慢性的拇趾跖籽关节炎, 给予宽松的软质平底鞋, 改变拇趾跖籽关节力学关系, 采用热敷、理疗或局部封闭等辅助治疗。2. 对外伤和急性表现者, 给予局部制动, 如: 石膏、托板或其它制动物, 应用青霉素等抗菌素, 适时的外用活血化瘀, 消肿止痛的中草药浴洗剂, 内服消瘀镇痛中西药。3. 有拇外翻的病史和其它原因造成跖籽关节发生改变者, 都尽早尽快的解除了病因, 如行拇外翻矫正, 恢复了第一跖骨头与籽骨的关系。4. 对外伤后较顽固疼痛病例作了籽骨切除。通过上述治疗, 拇趾跖籽关节炎均得治愈。

讨论: 足的内侧跖趾部是足的重要负重着力点, 该处籽骨与跖骨间关节的病变, 均可引起跖籽部的炎性表现。

1. 发病原因与解剖: 95% 以上的拇趾部为 2 个籽骨, 由第一跖骨头下方的籽骨间嵴隔开, 同第一跖骨头下方的两个小关节面接触形成跖籽关节, 每个籽骨底被纤维软骨性的籽骨垫所包绕, 可作前后滑动, 屈趾短肌腱膜复盖 2 个籽骨表面形成凹, 有屈趾长肌腱越过。

发病原因: (1) 拇外翻等改变了第一跖骨头与籽骨的关系所引起的慢性进行性炎症。(2) 外伤造成的籽骨骨折及跖籽关节和周围组织的急性损伤的炎症。(3) 工作活动的姿势, 如穿高跟鞋, 跳芭蕾舞及相应足尖用力活动的演员, 运动员, 驾驶员等拇趾跖关节过度背伸加上频繁的屈趾肌腱带动籽骨抽拉活动, 造成了跖籽关节的疲劳性损伤。

2. 拇趾跖籽关节炎, 只要认真检查, 排除拇外翻, 拇囊炎等原因, 发生在第一跖骨头下方活动加重的疼痛及以掌握持第一跖骨为中心的足跖中部, 被动过伸拇趾时, 拇跖骨头下方疼加剧, 可确诊。

从临床资料看, 该病多发生在青年, 且与足尖用力活动、拇趾背伸活动过度或频繁有关。

(收稿: 1994-03-08)