

股骨多段骨折的分类与治疗

河南省洛阳正骨医院正骨研究所(471002)

杨明路 姚小锐 王素芳 张 敏

股骨多段骨折又称节段性骨折,其损伤特点为骨折呈 3 段或 3 段以上,中骨折段呈“浮动状”,是一种极不稳定的复杂骨折。我院自 1988 年 1 月~1993 年 10 月,采用中西医结合疗法治疗 25 例,取得了较好的治疗效果。

临床资料

本组男 19 例,女 6 例。年龄最小 15 岁,最大 58 岁,平均 27 岁。左侧 17 例,右侧 8 例。交通事故伤最多,其次为坠落、砸伤及机器绞伤。均为新鲜闭合性骨折。合并创伤性休克、同侧股骨颈骨折、同侧股骨粗隆间骨折、骨盆骨折共 10 例。

分型标准:本组股骨近段骨折线常在股骨大粗隆下或中上段部位,远段骨折线一般在股骨中下段或股骨髁上部位,中间游离段股骨最短 4cm,最长 18cm,平均为 13cm。参照王文庆分类^[1]结合中间游离段错位方向与损伤程度,将股骨多段骨折分为 3 型。

1. 不全移位型:指中折段的其中一端骨折而无移

位,移位一端的骨折错位机制同股骨干单骨折。共 6 例。(见图 1)

2. 完全移位型:又分为平行移位、垂直移位与多向移位 3 个亚型。(1)平行移位型:为中折段与肢体纵轴平行,或接近平行,中折段向内平行移位者占 4 例,向外平行移位者占 2 例(见图 2,a)。(2)垂直移位型:为中折段与肢体纵轴垂直,或近垂直,中折段长度较短约 4cm,占 2 例(见图 2,b)。(3)多向移位型:为中折段与肢体纵轴关系不规律,呈任意多向移位。占 6 例(见图 2,c)。
3. 粉碎移位型:指中折段粉碎,且粉碎程度为至少 3~4 块较大、长骨碎片,最长骨片 10cm,粉碎长度达到或超过股骨干全长 $\frac{1}{3}$,中间段粉碎部位以股骨中 $\frac{1}{3}$ 及中下 $\frac{1}{3}$ 最为常见。共 5 例(见图 3)。

治疗方法

1. 不全移位型的治疗:采用骨牵引疗法。若为股骨中上段骨折错位,行板式架及钢针撬压法(即双针撬拨法):第 1 枚针,行股骨髁上常规纵轴牵引。第 2 枚针,近

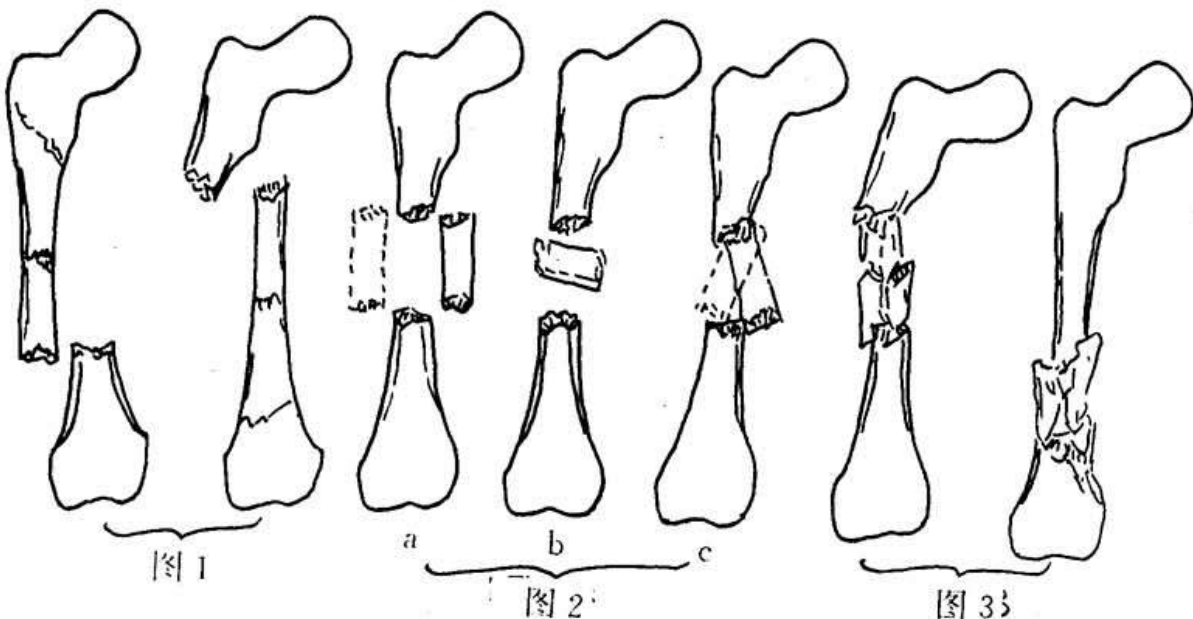


图 1

图 2

图 3

骨折段进针,在大转子下 3cm 处或转子间向与股骨干垂直的方向击入 1 枚骨圆针达对侧骨皮质,同时,将该针放置于股骨外侧直角架上行小弹簧牵引。该撬压针通过抬高针尾、弹簧拉力以近骨折端对远折端解决了近骨折段的外展、外旋、前屈移位问题;若为股骨下段或髌上骨折错位,行双向牵引法。^[2]

2. 完全移位型的治疗:属平行移位者,应用复合牵引(三段牵引)治疗。即双针撬拨法(上折段)加双向牵引法(下折段)加布带环牵引法。布带环牵引面应较宽,直接作用于中折段中部实施牵引;垂直移位者,保守疗法难以复位,采取切开复位,因中折段较短,多用一块长接骨钢板跨 2 骨折线固定;多向移位型除 2 例行三段骨牵引疗法外,余均行手术治疗。三段骨牵引疗法是指双针撬拨法加中折段骨牵引法加双向牵引法。中折段骨牵引是在中折段的中部由内向外避开主要血管贯穿 1 枚骨圆针,安放牵引装置沿股骨纵轴力线实施牵引。手术方法的选择,若中折段在 15cm 以内者采用一处切口髓内针固定,中折段较长在 15cm 以上者采取两处不同手术进路平衡钢板分别固定^[3]。

3. 粉碎移位型的治疗:若粉碎骨段骨块较为完整,骨块无明显分离及翻转采用保守治疗,具体方法同前;若骨块分离移位而无翻转者,一经牵引,即使用小夹板外固定,在牵引过程中,依靠小夹板挤压约束使骨块聚合,应用叩合端提及夹板外加压手法,使分离撬起的骨块顺应股骨轴线,慎防过牵。同时,根据骨折段骨块大小、分离程度和部位,选择性应用特制钳夹经皮夹持固定;若骨块分离严重,且有翻转移位,常规采取切开复位,梅花型髓内针及钢丝内固定,术后皮牵引或单髌人字石膏外固定。

以上各型治疗均配合三期辨证应用中药,治疗阶段即开始应用平乐展筋丹进行药物按摩,指导患者及时、正确、主动地进行股四头肌功能练习,临床愈合后,即行外洗药物熏洗等康复治疗。

治疗结果

本组经上述方法治疗,全部临床愈合,平均临床愈合时间为 14.2 周。

治疗后 X 线片检查:缩短畸形 5 例,其中 <1cm 者 3 例,<2cm 者 1 例,<4cm 者 1 例。成角畸形 4 例,其

中 <5°者 3 例,<10°者 1 例。膝关节伸直者 3 例,受限 <30°者 3 例。

本组随访时间:均得到 4 月~3 年随访。根据 1975 年全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会评定标准:优 15 例,良 6 例,尚可 2 例,差 2 例。

讨论

股骨多段骨折属严重创伤,造成本骨折的暴力大部分来自大腿外侧,接触面较大,使接触面上、下两端的股骨发生骨折。股骨多段骨折错位呈三段时,有上、下两条骨折线,一个固定端(上折段远端),三个自由端(中折段近、远端和下折段近端)。治疗重点是恢复负重力线和肢体长度,理想的治疗方法应使中折段由“浮动”变为可控制的与近、远折段均实施复位,在保守治疗中,单一的股骨髌上牵引不能使股骨多段骨折有较好的复位,复合牵引(三段牵引)应做为常规疗法用于临床。

我们采用多段骨折、多段牵引的治法:以双针撬拨法纠正上折段的屈曲、外展、外旋畸形;用布带环或骨圆针贯穿中折段纠正其侧移、旋转、成角畸形;对下折段的向后错位采用双向牵引法。同时,注意及时调整各段牵引力线,肢体位置,牵引重量及体位,加强牵引管理、利用小夹板及手法矫正残留移位。对于采用复合牵引、手法复位、夹板固定难以达到功能复位的股骨多段骨折,应果断、及时进行切开复位,选择恰当的内固定材料进行固定。

在治疗中强调合理、正确应用布带环牵引,中折段骨牵引、特制钳夹固定及夹板管理。我们认为:良好的复位、适当的固定、灵活的手法应用、积极主动的股四头肌功能锻炼,是治疗成功的关键。

参考文献

1. 王文庆,等. 股骨多段骨折的治疗. 北京医学 1983 年;5(6): 338
2. 王战朝,等. 双向牵引治疗股骨髌上屈曲型骨折 9 例报告. 中医正骨 1991 年;3(1):29.
3. 李鹏华,等. 平衡钢板治疗股骨干骨折 86 例报告. 骨与关节损伤杂志 1993 年;8(2):123.

(收稿:1994-06-03)