

股骨干骨折 42 例治疗分析

昆明市中医医院 (650011) 赵宇航

股骨干骨折是包括转子下至髌上的股骨骨折。本文对 1989 年 6 月至 1994 年 11 月所能查到资料完整的 42 例股骨干骨折病人临床治疗进行回顾性分析。

临床资料

1. 一般资料: 42 例中男性 33 人, 女性 9 人。15 岁以下儿童 21 人, 16 岁~69 岁 18 人, 70 岁以上 3 人。部位: 股骨上段骨折 6 例, 股骨中段骨折 28 例, 股骨下段骨折 8 例。其中有一例为裂折无移位, 其余病人在治疗前均有不同程度重叠或成角。

2. 治疗方法: 共采用 6 种治疗方式, 即双腿悬吊皮牵引、骨牵引加夹板固定、手术切开复位内固定、皮牵引加夹板固定、单纯石膏固定单纯夹板固定。为了便于总结不同年龄患者的治疗情况, 将病人分为 15 岁以下组、16 岁以上组和 70 岁以上组。(见表)

3. 治疗结果: 42 例病人的骨折全部愈合。以患者最后一次 X 线片为依据, 将断端对位对线情况分为: 优: 解剖对位 11 例; 良: 功能复位 22 例; 差、向前成角成人在 10° 以上, 儿童在 15° 以上或有向外成角 5° 以上, 对位在 $1/3$ 以下, 断端重叠成人在 1cm 以上, 儿童在 2cm 以上 9 例。

治疗分组及结果

治疗方法	<15 岁		>16 岁		>70 岁	
	优	良 差	优	良 差	优	良 差
骨牵引加夹板固定	6	3	5	3		2
双腿悬吊皮牵引	8	3				
手 术	1		8			
单纯石膏固定					1	
单纯夹板固定	1					

讨 论

股骨干骨折治疗方法较多, 但从总的方面看, 不外乎手术治疗与保守治疗。

资料显示: 保守治疗组中除一例裂折, 一例无成角的髌上骨折外, 绝大部分病人骨折愈合时均有不同程度的成角或重叠。其中遗留向前成角 10 例, 只遗留向

外成角 6 例, 既有向前又有向外成角 5 例, 只遗留向后成角 2 例, 旋转 1 例, 遗留重叠 7 例。手术组 9 例病人均于解剖位愈合, 但术前骨牵引时断端位线均不满意, 故采用切开复位内固定方法。

从资料可看出, 对位不能达到功能复位标准的, 少年儿童组有 6 例, 成人组 3 全, 前者所占比例较大。笔者认为, 保守治疗出现成角重叠畸形的原因有下面几点: ①牵引力量不够。由于牵引力小, 不能与股骨干周围肌群相对抗, 致使出现成角。②患肢摆放位置欠佳。股骨干骨折整复固定后, 应保持骨盆中立位和下肢外展位, 以对抗内收肌的作用, 这是避免成角畸形的有效措施, 此点在临床工作中易被忽略。儿童喜动且对疼痛耐受力差, 牵引过程中难以保持合理的体位, 因而就更易造成畸形。③牵引针角度偏斜。股骨干骨折, 要求牵引针与骨干垂直而与关节水平线平行。在测量 19 例骨牵引病人中的 13 例 (6 例 X 线片中未包括牵引针) 的牵引针与股骨干纵轴所成角度时发现, 有 5 例针与骨干纵轴角度分别为 71° 、 80° 、 85° 、 103° 、 105° , 而此 5 例病人成角畸形均较明显。这是因为牵引针偏斜, 致使牵引针两侧受力不相等, 则牵引合力必与骨干形成一角度, 造成远断端移位成角。

鉴于上述几点, 笔者认为对于股骨干骨折的骨牵引开始时力量就应大, 然后逐渐减轻。牵引期间应注意保持患肢外展位, 穿针时必须掌握好进针角度。治疗期间应注意摄片复查, 以便发现问题即时纠正。此外还应加强医患合作及责任心, 注意对儿童患者的巡视、观察和调整。少年儿童的股骨干骨折可以保守治疗为主, 而成人的股骨干骨折, 若开始成角、错位就较大者, 应尽早采用切开复位内固定为主要方法, 这样才能使断端达到解剖复位, 及早进行功能锻炼较快恢复工作。此外, 手术中还发现错位明显或一些斜形骨折的病人, 骨折端多嵌夹有肌肉等软组织, 若不手术去除, 必然造成断端分离或复位、愈合困难, 甚至不愈合。

(收稿: 1995-06-21)