

# 中西医结合治疗胫骨平台骨折 395 例

山西阳泉市第一人民医院 (045000)

关民生 姜明轩 李汉民 顾云五 尚天裕

**摘要** 本文采用中西医结合治疗胫骨平台骨折 395 例, 获得优良率为 87% 的疗效。但本法对胫骨平台骨折的治疗仍是有限性。

**关键词** 中西医结合 骨折

胫骨平台骨折是常见的关节内骨折, 其解剖病理特点复杂, 合并症多, 治疗颇为困难。1973~1993 年间, 作者采用中西医结合治疗胫骨平台骨折 395 例, 分析讨论如下。

## 临床资料

本组男 285 例, 女 110 例; 年龄 15~71 岁; 跌伤 190 例, 撞伤 105 例, 砸伤 100 例; 骨折类型: 劈裂型 150 例, 压缩型 100 例, 压缩劈裂型 25 例, 粉碎型 120 例; 合并症与合并伤: 十字韧带损伤 3 例, 半月板损伤 5 例, 侧付韧带损伤 4 例。腓总神经损伤 3 例, 小腿间隔综合征 2 例; 腓骨小头颈部骨折 10 例, 胫骨上 1/3 骨折 16 例, 同侧股骨踝间骨折 2 例, 骨盆骨折 2 例, 脊柱压缩性骨折 2 例, 踝部骨折 4 例; 随访时间最短 2 年, 最长 20 年, 平均 14 年。

## 治疗方法

1. 本组病例, 均采用中西医结合疗法, 治疗原则: (1) 无移位骨折: 单纯超膝夹板固定; (2) 轻度移位: 手法复位, 超膝夹板固定; (3) 中度移位: 跟骨牵引, 手法复位, 超膝夹板固定; (4) 合并症与合并伤: 均按常规方法治疗; (5) 早期练功、晚期负重。

2. 劈裂型骨折: 单纯夹板固定 13 例, 跟骨牵引超膝夹板固定 137 例。其中包括胫骨上 1/3 骨折 2 例。侧付韧带损伤 2 例。腓骨骨折 4 例。

3. 压缩型骨折: 单纯夹板固定 7 例, 跟骨牵引超膝夹板固定 93 例。其中包括半月板损伤 5 例, 十字韧带损伤 2 例。腓骨骨折 2 例。骨盆骨折 1 例。

4. 劈裂压缩性骨折: 单纯夹板固定 1 例, 跟骨牵引超膝夹板固定 24 例。其中包括腓骨骨折 2 例。胫骨上 1/3 骨折 2 例。同侧股骨踝间骨折 1 例。脊柱骨折 2 例。踝部骨折 2 例。

5. 粉碎性骨折: 单纯夹板固定 16 例, 跟骨牵引超膝夹板固定 104 例。其中包括胫骨上 1/3 骨折 12 例。十字韧带 1 例, 侧付韧带 2 例。腓总神经损伤 3 例。小腿间隔综合征 2 例。腓骨骨折 2 例。同侧股骨踝间骨折

1 例。骨盆骨折 1 例。踝部骨折 2 例。

## 治疗结果

胫骨平台骨折全部愈合, 平均临床愈合时间 9.4 周。畸形愈合 8 例。膝内翻畸形 5 例。膝外翻畸形 3 例。创伤性关节炎 18 例。走路跛行 18 例。韧带损伤晚期手术 7 例, 其中包括 2 例漏诊者, 半月板切除 2 例, 腓总神经瘫 2 例。膝关节僵直 6 例。

疗效评定标准: 优: 屈膝受限不超过 10°, 行走无跛行, 无疼痛; 良: 屈膝受限不超过 30°, 伸膝受限不超过 10°, 行走无跛行, 无痛苦; 可: 屈膝受限不超过 90°, 行走有跛行, 轻痛; 差: 屈膝受限大于 90°, 跛行明显, 疼痛显著。

疗效评定结果: 劈裂型: 优 120 例, 良 27 例, 可 3 例; 压缩型: 优 50 例, 良 37 例, 可 10 例, 差 3 例; 劈裂压缩型: 优 9 例, 良 6 例, 可 7 例, 差 2 例; 粉碎型: 优 60 例, 良 35 例, 可 20 例, 差 5 例。中西医结合治疗胫骨平台骨折优良率占 87%。

## 讨论

胫骨平台骨折属关节内骨折, 病理变化复杂, 骨折既不易整复, 又难固定。目前治疗胫骨平台骨折主要有手术疗法和非手术疗法。前者的目的是整复移位, 加强内固定和早期功能锻炼。常用的内固定器材有钢针、加压螺丝钉、骨栓、钢板加骨栓, 钢板加松质骨螺丝钉, L 角板以及填塞植骨等。后者包括石膏、牵引、牵引加夹板 (即中西医结合疗法)。后者主张早期进行功能锻炼, 晚期负重, 多数能获得满意的效果。Waddell (1981) 对比分析了 95 例胫骨平台骨折, 分别采用闭合和切开复位内固定治疗时指出, 手术治疗无明显的优越性, 闭合治疗应该是首选的。黄家驹 (1972) 对移位不多和关节面无压缩的单髁骨折作手法复位。对移位较大的粉碎性骨折应采用牵引逐渐整复。需要时可适当地加以手法或两侧加压, 以促进骨折的复位。天津医院骨科对骨折移位不多, 关节面无挤压塌陷或压缩不严重者采用手法整复和超关节夹板固定。移位严重粉

碎性骨折主张牵引手法复位,超膝夹板固定。对压缩较重和轻型粉碎性骨折也采用手术疗法。马元璋(1982)对移位严重的压缩性骨折和粉碎性骨折采用钢针经皮撬拨疗法。总结 38 例,27 例骨折愈合良好。关节功能

好。

本文 395 例胫骨平台骨折完全采用中西医结合疗法,取得平均临床愈合时间为 9.8 周,优良率为 87%。

(收稿:1996-04-24)

## 门诊治疗科雷氏骨折护理易出现问题及预防

辽宁省瓦房店市第二人民医院 (116314)

刘嘉圣 牛淑琴\* 曲洪侠 刘志理

科雷氏骨折临床治疗方法颇多,但若护理不当也难以收到良好的效果。尤其在门诊治疗的病人,不能得到医生的经常性观察或指导,护理期间往往容易发生一系列问题,现将我们临床常见的几个问题及其预防措施简述如下。

1. 错误的护理姿势或体位:临床中有很多患者,即使在整复后已将患肢中立位悬吊于胸前,但仍有不踏实的感觉,习惯地用健侧手托扶患侧手小鱼际处,从而使远折端逐渐挤向桡侧,造成桡偏位。更有甚者将前臂呈旋前位,掌心向下悬吊,并用另手托起患侧掌心,使远折端再度向背侧移位。有的病人晚间休息时,放下伤肢,呈仰卧位休息,随意翻动身体,而造成断端移位。这些现象均是科雷氏骨折出现再移位的主要原因。此类移位若早期发现,尚易整复,若复诊时间较久,则将留下许多人为的痛苦。所以,在整复后要立即向病人讲清骨折的具体情况,短期内只可以做手指伸屈活动,不准前臂旋转,尤其禁止用健侧手去托扶患侧手部,保持腕关节掌屈尺偏位。即使需要活动肘、肩关节时,也只用另手平稳托住小夹板固定处缓慢进行。晚间休息时,要求半卧位休息,并中立位悬吊前臂于胸前。

2. 复诊时间不适当:该骨折一般可在 5~7 天进行首次复查,但并不绝对。有的患者就诊比较及时,局部尚未见明显肿胀便已来诊并予以整复和夹缚固定。而后局部逐渐瘀肿,3~5 日呈现高度肿胀,造成相对夹缚过紧,而患者却一直坚持到一周后才来复诊。因此,在夹缚固定时,绷带要先松后紧,给肿胀留有一点余地。骨折固定后务必要向患者交待好复诊时间,以一周为

宜,但如在一周内发现手部出现颜色紫暗、感觉减弱、皮肤发凉、疼痛剧烈或麻木以及极度肿胀等异常现象,则要及时来诊。如若消肿迅速,夹板松动、外固定不牢靠时,也应及早复诊,以便及时处理,防止其它并发症发生和骨折再移位,这是门诊医嘱中不可忽视的一项。

3. 对伤情思想松懈或怀有恐惧心理:在治疗过程中,要反复讲解骨折恢复期护理环节的重要性,即不要让患者产生畏惧心理,又要他们引起重视,让他们知道虽然治疗期间局部状况良好,但骨折愈合是需要一段过程和时间。而对那些解除外固定仍不敢进行功能锻炼的病人,则要细心讲清骨折的愈合机理和过程,让他们弄清早期活动和适时锻炼的重要作用,消除神秘感和恐惧心理,耐心指导并且亲自帮助他们进行各关节的功能锻炼,使其早日恢复健康。

4. 一般性肿胀的处理:骨折固定后,一般都有一个瘀血肿胀的过程,大约在 5~10 日左右是较严重期。对此,我们除在夹缚固定时,对松紧程度灵活掌握之外,多采取让病人经常抬高患肢的方法,促使其瘀肿快速消退。有时在夹板包扎处或外缘会出现一些大小不等的张力性水泡。如水泡较小,可待其逐渐吸收,若水泡较大,可在其局部常规消毒后,将其刺破放出血水。对于可以预料的一些肿胀情况,应在固定后向患者交待明确。例如肿胀的时间或周期,肿胀的程度或性质,肿胀的表现及简单的处理方法等等,使病人心中有数,一旦出现上述情况,能够得以及时正确的处理。

(收稿:1995-04-10)

\* 辽宁瓦房店铁路医院