

儿童股骨干骨折治疗中的失误与分析

邢增修 刘敏

(洛阳正骨研究所, 河南 洛阳 471013)

我院自 1986 年元月至 1991 年 6 月共收治因各种原因误治引起的骨折畸形愈合、延迟愈合或不愈合, 或造成血管神经损伤的儿童股骨干骨折 82 例报告如下。

1 临床资料

本组 82 例, 男 66 例, 女 16 例; 年龄最大 14 岁, 最小 2 岁; 右侧股骨干骨折 30 例, 左侧股骨干骨折 52 例; 中上段(包括上段)骨折 21 例; 中段骨折 33 例, 中下段(包括下段)骨折 28 例; 受伤时间最长 4 年 3 个月, 最短 5 天; 合并症: 头外伤 1 例腓总神经损伤 5 例, 血管损伤 4 例。

2 误治原因与分析

2.1 皮牵引松紧失度 本组 4 例儿童股骨干骨折因行皮牵引造成血管神经损伤, 其中 2 例因肢体严重缺血性坏死行截肢术; 1 例经及时治疗肢体得以保留, 伤后 1 年 2 个月随访肢体血循良好, 但腓总神经及胫神经损伤仍未恢复。另 1 例在当地医院行皮牵引 3 日后, 发现骨折未复位而转我院治疗。入院检查: 伤肢肿胀严重, 皮色暗红, 胫前后动脉不能触及, 足不能背伸, 经及时解除皮牵引后上述症状逐渐缓解, 骨折治疗 2 个月达临床愈合出院。

分析: 上述 4 例病人治疗中的错误在于①行皮牵引缠绕绷带时犯了宁紧勿松的错误, 影响了静脉血液回流使肢体高度肿胀, 继之压迫血管神经。②皮牵引后未能严密观察伤肢血循变化及有无神经损伤症状。③对因皮牵引不当造成的严重后果认识不足, 上述 4 例中的 3 例是在行皮牵引后 4 小时至 3 天伤肢出现发凉、皮色由暗红变青紫, 反应给医生时却未被引起重视, 直到有张力性水泡出现, 足部皮肤发黑时才解除皮牵引, 结果 2 例由于肢体严重缺血性坏死被高位截肢。另 1 例由于治疗及时、得当, 伤肢隐动脉侧枝循环的建立才使肢体得以保存(后行血管神经探查发现, 在骨折端部位股动脉有 5cm 栓塞)。④对骨折病人的长途搬运知识不足, 如上述 1 例病人在转院时应去除皮牵引, 用小夹板或石膏托等作临时性固定, 否则由于绷带缠绕太紧, 加上路途颠簸常会出现血管神经的损伤。

2.2 皮牵引适应症选择不严 本组 25 例采用皮牵引治疗, 其中 18 例年龄在 7 岁以上, 4 例患儿皮肤对粘膏过敏而过早去除牵引, 但又未及时采取其它补救措施。3 例患儿因伤侧大腿部皮肤擦伤, 皮牵引后形成表浅性溃疡并感染, 终始治疗失败。

分析上述 25 例的治疗错误在于①7 岁以上患儿其大腿部肌肉已较发达, 骨折端重叠、移位后很难用 5kg 以下的重量(超过 5kg 皮牵引容易松脱)拉开并使之复位; ②4 例因皮肤对粘膏过敏过早去除牵引后, 又未采取诸如胫骨结节牵引、砌

砖法(适于 3 岁以下)等治疗措施。③3 例患儿大腿部有皮肤擦伤更是皮牵引的禁忌症。

2.3 盲目整复 本组 19 例在不用任何牵引的情况下进行手法整复, 医者自认为骨折复位后即小夹板外固定或不用外贴膏药了事, 术后又不进行 X 线透视及拍片复查。当骨折处畸形逐渐加大或下床后伤肢跛行时才意识到治疗的失败。

分析上述 19 例的治疗错误在于①不根据解剖特点盲目整复, 询问病史, 体检不细致, 不经 X 线透视或拍片检查, 如此则难以准确复位, 而且还容易破坏软组织铰链, 加重叠形折片的移位, 使裂纹骨折完全断离等②“千方百计”手法复位的观点, 对于有些移位严重的骨折, 或造成移位的肌力很强大或骨折端夹杂肌肉的病人, 单纯施行手法整复是十分困难的。

③骨折即使复位但未采取维持骨折位线的措施, 仅用小夹板外固定甚至只外贴膏药, 如此对较大年龄患儿的股骨干骨折或严重重叠移位者, 则难以保持骨折复位后的位置。

2.4 手术适应症选择不严 本组 17 例不经任何保守治疗, 在伤后 3~5 天行切开复位内固定术, 结果 16 例骨折发生畸形愈合, 1 例骨折发生延迟愈合。

分析儿童股骨干血液供应丰富, 骨折愈合较成人快, 极少不愈合, 除非切开复位和感染, 且儿童骨干的塑形能力强, 所以复位要求不如成人高。因此, 对所有儿童闭合性股骨干骨折(或伤口在 3cm 以内, 污染较轻的开放性骨折)都可以而且都必须采用闭合复位法治疗, 仅在骨折端挤压血管、神经、骨折移位重叠移位严重且折端夹有软组织经手法整复或牵引治疗失败时, 才有切开复位的指征。

2.5 内固定错误: 本组 7 例, 其中 1 例股骨中上段骨折用 2 枚螺丝钉加一根钢丝作内固定, 4 例中段或中下段骨折作内固定的髓内钉只超过折线的 2~3cm, 另 2 例股骨中上段骨折用 4 孔钢板作内固定, 但 1 例钢板螺丝钉有 3 枚未通过对侧骨皮质, 另 1 例中的 1 枚螺丝钉恰在骨折线处。

分析上述治疗错误在于①钢板螺丝钉未通过对侧骨皮质或上到骨折线处, 如此则可因肌肉牵拉使螺丝钉拔出、钢板松动而失去固定作用②儿童和青少年骨干骨折禁作髓内固定术, 一则可能破坏骨髓, 二则发生的感染率较成人高③仅用 2 枚螺丝钉和一根不锈钢丝固定股骨干骨折或用髓内钉固定只超过骨折线 2~3cm, 均难以对抗强大的肌肉拉力而起不到固定作用。

2.6 外固定不牢 本组 10 例, 4 例术后用长腿管形石膏外固定, 3 例术后用前后石膏托固定, 2 例仅以后侧石膏托固定, 另 1 例术后虽行单髌人字石膏外固定, 但伤后 3 周石膏在腹股沟处断裂未再加固。

分析:上述病例均是用普通钢板作内固定术后用长腿管形或前后石膏托作外固定,其固定没有超过骨折线的上关节,又没遵循三点固定的原理,且由于石膏重力作用而增加骨折

成角及旋转畸形的因素,另 1 例单髌人字石膏断裂后应及时加固。

(本文编辑:李为农)

中医治疗骨折的方剂研究

胡朝富¹ 方明智¹ 胡子金² 雷庭文³

(1. 贵阳中医学院第一附属医院,贵州 贵阳 550001; 2. 贵阳市济世疑难病研究所,贵州 贵阳;
3. 遵义市骨科医院,贵州 遵义)

选择恰当的方剂是中医治疗骨折的一个重要方面。本文仅将治疗骨折常用的并有代表性的方剂介绍如下。

1 治疗骨折常用的主要代表性方剂

作用于骨,促使骨痂形成快、骨代谢旺盛、骨质加快生长的主要代表方剂有:七厘散、接骨丹、续骨活血汤、和营续骨汤、飞龙夺命丹、紫金丹、续骨丸、壮筋补骨丸等^[1]。这些促进骨生长的方剂中的中药组成,按其对骨作用的方式不同,可分为二类。一类是直接作用于骨,加快骨痂生长,加强骨代谢,促进骨质生长的中药,主要有自然铜,它是历代骨伤科医生治疗骨折时首选的要药,其次有骨碎补、苏木、穿山甲、虎骨、淫羊藿等。另一类是间接作用骨的中药,有作用于受伤局部的软组织和增强体质的作用,如当归、甘草、菟丝子、鹿茸、苁蓉等能滋补肝肾、补气补血,尤其是这些方剂中的温肾壮阳的中药,对骨的发育与生长、新陈代谢、骨折的修复与再塑有很强的调理作用,这是几千年中医实践总结出来的“肾主骨”理论^[2],至今仍指导中医的临床与科研及教学;而水蛭、红花、川芎、莪术、桃仁、大黄等有活血化瘀、消肿止痛、改善损伤处局部环境的作用。

2 骨折治疗时的立法和组方

2.1 对症治疗与组方《五十二病方》和《治百病方》均等为对症的立法和组方,如金创止痛方:石膏 2 分、姜 2 分、甘草 1 分、桂 1 分;又如金创内漏不出血方:大黄、芒硝、虻头等攻逐瘀血。

2.2 审因论治法与组方 东汉张仲景在《五十二病方》中提出的对症治法与组方的基础上,又依据《神农本草》总结药物的功效,在《金匱要略方论》中记载了用王不留行、川椒、厚朴行气导滞散结,桑白、黄芩、接骨木、芍药清热化痰,止血定痛。还用大黄、桃仁治马坠及一切筋骨损,发展了活血化瘀的治疗法则。既发展了对症用药组方(止血止痛),又建立了审因论治(活血化瘀)的组方原则。盛行于宋朝的鸡鸣散,就是张氏治一切筋骨损及马坠的方药衍变而来的^[3]。

2.3 三期分治法与组方 目前中医骨伤科界中,多采用三期分治法和选方的原则(初期大出血的病例除外)^[4],即骨折的初期(伤后 2 周)用“攻”法;中期(伤后 3~8 周)用“和”法;后期(骨折 8 周以后)用“补”法。

3 骨折方剂(药方)的研究

近年来国内对有接骨续筋、活血化瘀、理气消肿、止血止痛等作用的治疗骨折方剂,开展了一些实验和临床的研究。在骨科临床工作中,我们用时光达自行研制的新中成药仙灵骨葆治疗骨折 100 例,收到满意疗效。时光达用仙灵骨葆进行动物实验,发现该药对骨的生长有明显的促进作用,另有很好的预防或推迟骨质退行性变化作用。赵翠萍^[5]用平乐接骨丹治疗股骨干骨折的 66 例,用阻抗血流图仪发现,用药组的病人其肢体血液循环的改善,明显优于对照组。天津医院对七厘散促进骨折愈合的作用进行了对比研究,用七厘散组和对照组各 13 例骨折病例,发现用七厘散愈合加快,疗程短,合并症少;同时用家兔 10 只进行实验,人工手术骨折后分成七厘散组与对照组,观察结果,七厘散组明显优于对照组,疗程短,未见合并症^[6]。尚有实验证明七厘散在骨折愈合过程中,可诱发成纤维细胞转变为成骨细胞,因而促进了成骨作用,还发现七厘散中的自然铜中的顺磁物质可导入骨折端,能提高局部含氧量,有利于成骨细胞的活动和胶原的形成,使骨折愈合加速而又坚固。天津医院用家兔 30 只,分为两组,每组 15 只,用药组骨折后外敷六合膏并每日内服紫金丹(为成人用量的 1/22),对照组骨折后不用药,结果发现六合膏外敷及紫金丹内服组骨折愈合快,疗程短,未见合并症^[7]。

参考资料

- [1] 中医外伤科学编写组. 中医外伤科学. 第 1 版. 南京:江苏科技出版社,1980. 9-11.
- [2] 丁继华.“肾主骨”的探讨. 中西医结合杂志,1986,6(8):505.
- [3] 张仲景. 金匱要略方论. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1962. 5-49.
- [4] 丁继华,汤邦杰. 中医骨伤科基础. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1990. 221-224.
- [5] 赵翠萍. 平乐接骨丹对肢体血流的影响. 骨伤科通讯,1987,1(1):2.
- [6] 张克勤,刘湘秀,李瑞宗,等. 自然铜在骨折愈合过程中的作用. 天津医药杂志,1962,4(2):72.
- [7] 天津市立人民医院. 中药对骨折愈合的作用的实验研究. 天津医学院骨科进修班通讯,1960,4(7):14.

(编辑:房世源)