

• 临床研究 •

手法复位夹板固定及骨牵引治疗成人股骨干骨折

Manipulation reduction, splint immobilization and skeletal traction for the treatment of fractures of femur shaft in adults

应文世 马一平 倪康裕 袁惠生

YING Wen-shi, MA Yi-ping, NI Kang-yu, YUAN Hui-sheng

【关键词】 股骨骨折; 手法, 骨科 【Key Words】 Femoral fracture; Manipulation, orthopedic

作者自 1993 年~ 2000 年 12 月, 对 164 例成人股骨干骨折患者, 采用手法复位、自制小夹板固定、胫骨结节骨牵引、中药内服外敷、早期手法理伤及功能锻炼等治疗方法, 结果骨折全部愈合、关节功能正常, 现总结如下。

1 临床资料

本组 164 例中男 101 例, 女 63 例; 年龄 18~ 72 岁, 平均 39.25 岁。全部为闭合性骨折。车祸伤 77 例, 行走跌倒伤 39 例。横断形骨折 45 例, 粉碎性骨折 25 例, 斜形螺旋形骨折 94 例。

2 治疗方法

术前仔细阅读分析 X 线片, 根据骨折粉碎、重叠、旋转移位方向, 准备好合适的小夹板、棉压垫、约束带及三色散。对骨折重叠超过 3cm 以上、局部肿胀明显者, 先行胫骨结节骨牵引, 小夹板临时制动。

2.1 小夹板制作 前侧板: 上端近腹股沟韧带, 呈斜形, 下端靠近髌骨上缘; 后侧板: 上端近臀横纹, 下端靠窝; 外侧板: 上端近股骨大粗隆, 下端靠股骨外侧髁; 内侧板: 上端近会阴部, 下端靠股骨内侧髁。按伤肢大小制成合适的宽度, 板厚约 3mm。

2.2 手法复位 两助手对抗持续牵引, 并分散病人注意力, 使其全身放松配合整复。术者手法轻柔, 先行内外推挤, 促使骨折端靠拢, 矫正内外移位。对于螺旋形骨折, 在持续牵引下远端助手作旋转回绕动作, 在内外推挤下矫正; 横断形骨折重叠超过 3cm, 且局部肿胀明显或股四头肌发达者, 先行胫骨结节牵引、小夹板临时制动, 4~ 5 天后因肿胀减轻, 用回旋或折顶法矫正。用 4 块已备好夹板固定, 4 道约束带捆扎。整复完毕行胫骨结节中立位骨牵引, 屈髋 30°。中下段骨折屈膝 30°~ 45°, 术毕摄片, 半月内每隔 2~ 3 天复查一次, 以后定期复查。

2.3 其他疗法 整复后局部外敷三色散以活血化瘀止痛。基本方药: 当归、五加皮、木瓜、丹参、赤芍、川芎、花粉、黄药子、紫荆皮、姜黄、川牛膝、防风、防己等等份, 研成粉自制而成。内衬凡士林纱条, 防止约束带捆扎伤皮肤。中药内服按骨折早、中、晚期辨证施治。骨折早期活血化瘀、消肿止痛, 基

本方药: 赤芍、当归、川芎、红花、桃仁、参三七、元胡、茜草、香附、陈皮、甘草等; 骨折中期和营通络、接骨续筋, 基本方药: 当归、白芍、川芎、地鳖虫、骨碎补、丹参、炮山甲、陈皮、炒杜仲、川断、自然铜等; 骨折晚期, 补气血壮筋骨, 基本方药: 当归、白芍、川芎、川断、补骨脂、自然铜、龟板、巴戟肉、黄芪、党参、白术等。解除小夹板固定后用中药熏洗, 可以促进局部血液循环, 解除肌肉痉挛、粘连; 舒筋活络, 消肿止痛, 防止关节僵硬, 帮助恢复关节功能。基本方药: 红花、五加皮、木瓜、丹参、羌活、赤芍、白芷、姜黄、独活、怀牛膝、防风、防己、威灵仙、天花粉、川芎、秦艽、黄药子、连翘等。整复 1 周后手法理伤, 每隔 3 天一次, 使股四头肌粘连减轻, 血液循环改善, 加快瘀血消散, 减轻折端瘢痕粘连。嘱咐患者整复后可行股四头肌等长收缩及上身功能锻炼, 以减轻股四头肌萎缩、挛缩, 避免其它并发症出现。

3 治疗结果

本组病例均得到随访, 随访时间 4 个月~ 5 年, 平均 1.5 年。通过摄片判断骨痂生长情况, 6~ 8 周均有明显外骨痂生长。对位 2/3 以上 145 例, 成角小于 10°者 10 例。膝关节功能均正常。自拟疗效标准: 优, 伤肢无疼痛, 伤肢等长, 髌、膝关节活动正常, 对位对线好, 无成角畸形; 良, 伤肢无疼痛, 股四头肌萎缩明显, 髌、膝关节活动好, 膝关节酸痛存在, 伤肢等长, 成角小于 15°; 差, 骨折不愈合或迟缓愈合, 伤肢短缩大于 2.5cm, 成角大于 15°, 膝关节僵硬。本组优 138 例, 良 26 例。

4 讨论

股骨干中上段骨折中立位牵引, 是利用股外侧肌、股内侧肌、股中间肌起点环绕骨折近端的袖套作用及恢复了紧张的髂胫束, 对抗臀部外展、外旋肌群和髂腰肌产生的使骨折近端屈曲、外展、外旋剪力, 恢复了骨折周围的相对平衡及整体关系^[1]; 中下段骨折通过屈膝, 使腓肠肌松弛, 克服远端向后牵拉。根据骨折粉碎、移位及复位时可能出现的问题, 通过胫骨结节中立位持续牵引、小夹板棉压垫外固定, 借助夹板的弹性和约束带的捆扎, 依靠不同位置、不同方向棉压垫的效应力, 可以防止和纠正骨折在某方向上的移位, 可有效维持骨折的稳定。夹板固定, 不影响肌肉的收缩, 不限制关节活动, 可尽早进行功能锻炼, 防止肢体关节功能障碍^[2]。

为了达到理想的治疗效果, 在整个治疗过程中应注意以

下几点: ①及时手法复位、夹板固定, 维持牵引下打入骨牵引或先行骨牵引再整复, 对肿胀明显、横断重叠超过 3cm 以上者, 先行骨牵引, 1 周内完成整复。②整复时术者必须手摸心会, 动作轻巧, 如无骨擦音, 考虑有软组织嵌入, 或确实不能复位, 手术治疗为好。③整复 10 天内需每隔 2~3 天行床边摄片, 以后 1~2 周复查, 随时调整牵引重量、棉压垫高低、约束带松紧情况。④牵引期间目测患肢力线, 老年患者因骨质疏松, 防止胫骨结节骨质劈裂。⑤避免过早负重, 防止成角畸形

或再骨折。摄片显示有骨痂出现, 可在小夹板保护下扶拐逐渐用力行走。一旦骨折端出现红肿疼痛, 应摄片复查停止活动; 如负重 2~3 周后, 无异常情况出现可去小夹板。

参考文献

- 1 段西峰, 展鹏远, 刘志刚. 股骨中上段骨折的中立位牵引探讨. 中国骨伤, 1996, 9(1): 16.
- 2 梁立, 朱焱, 卢剑. 严重骨折内固定术后应用小夹板治疗的临床观察. 中国骨伤, 1995, 8(4): 19.

(收稿: 2002-01-17 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

高能量多发性损伤漏诊分析

柳海平 李盛华

(甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050)

我科自 1993 年 1 月~2001 年 6 月共收治有发生漏诊现象的高能量多发性损伤病例 12 例, 其中发生于本院者 4 例, 发生于外院者 8 例, 兹就此 12 例病例分析报告如下。

1 临床资料

本组 12 例中男 8 例, 女 4 例, 年龄 23~65 岁; 车祸致伤者 7 例, 高处坠落伤者 3 例, 塌方压砸伤 2 例; 其中股骨干骨折漏诊股骨颈骨折者 3 例, 下颌骨骨折胫腓骨粉碎性骨折漏诊股骨髁部无移位骨折者 1 例; 双小腿开放性骨折、多发性肋骨骨折并血、气胸而漏诊肩锁关节脱位 III 度者 1 例; 股骨干骨折而漏诊髌关节中心性脱位者 2 例、漏诊髌关节后脱位者 2 例; 多发性肋骨骨折漏诊 L₂ 压缩性骨折者 1 例; 同侧股骨粗隆间骨折、肱骨近端骨折而漏诊对侧股骨颈无移位骨折 1 例; 骨盆骨折、左足跗跖关节骨折脱位而漏诊右侧股骨头骨折 1 例。漏诊时间最短 2 周, 最长 11 个月; 其中合并脾破裂者 2 例, 合并颅脑损伤者 2 例, 合并创伤性失血性休克者 4 例。

2 讨论

高能量损伤因其暴力大、损伤重且往往合并颅脑、胸腹部等多脏器、多部位的损伤, 因而临床救治中顾此失彼现象屡有发生。从本组病例分析此类损伤发生漏诊原因多是: ①高能量多发性损伤一旦发生, 往往合并有休克及颅脑损伤因此以抢救生命为首要, 故一般急送就近医院就诊, 有时由于接诊医院缺乏相关科室或接诊医生缺乏抢救多发性损伤病例的经验, 对此类损伤认识不足, 有时可造成漏诊现象发生; ②高能量多发性损伤患者病情都比较危重, 接诊后医务人员把全部精力都投入到抢救患者的生命, 挽救患者主要脏器的生理功

能上, 经过紧张的抢救, 患者转危为安后, 医生高度紧张的心情得以放松, 有时满足于已发现的肢体功能障碍及畸形, 而疏于再次全面检查; ③由于四肢骨干部骨折部肢体肿胀、疼痛、畸形等体征明显, 肢体功能障碍显而易见, 而关节或近关节部位的损伤由于部位深在或肿痛不显, 故易被其所掩盖; ④对于一些不能用已发现的骨折畸形所能解释的畸形, 缺乏更进一步的分析及检查, 如上述有 2 例股骨干骨折行切开复位髓内针内固定术后患肢仍处于外旋位, 总认为系患者患肢置放体位之故, 对髌部的轻微疼痛认为系髓内针尾所致。未对髌部进行细致检查, 致使股骨颈骨折漏诊长达半年以上; ⑤X 线拍片检查时, 摄片部位局限, 未能包容相邻关节部位, 拍片质量不高, 阅片不仔细, 注意力主要集中于骨折移位明显处。如多发性肋骨骨折胸片不够大, 肩锁关节未纳入片中; 股骨干骨折、摄片未包含髌关节等, 故造成漏诊。

高能量多发性损伤病情复杂, 漏诊率高, 因此在诊疗过程中, 我们时刻应注意: ①提高对高能量多发性损伤的认识, 明确此类损伤的复杂性; ②急诊时以挽救生命为主, 可进行侧重检查, 病情平稳后, 必须进行全面的系统的检查; ③要重视每一有症状、体征部位的检查, 对于与损伤部位及类型不相符合的畸形必须认真查找其原因, 这样既可及早发现新的损伤, 又能防止漏诊现象发生; ④对于高能量损伤所致的四肢骨干部骨折, 摄片时要尽量包含上、下关节, 这样既可减少漏诊又可了解骨折的严重程度; 阅片要仔细, 对于有可疑而因 X 片质量不高、不能确定者, 要及时再拍片复查, 必要时可行 CT、MRI 检查, 谨防漏诊。

(收稿: 2001-12-12 编辑: 李为农)