

能保存了伤后骨折端残留的血供,保持了碎骨块与周围组织的连续性,既有利于骨折复位后的稳定,又可促进骨折愈合,符合 BO 所倡导的“充分保护骨折局部的血运,使有活力的骨块与主骨迅速连接”的生物学观点^[3]。同时利用小切口直视下纠正骨折端移位,弥补手法复位后残余畸形,可使骨折端达满意复位。克氏针固定虽不是坚强固定,但配合石膏外固定足以达稳定骨折的目的,两者结合应用,相互以长补短,符合骨折固定方式“结合固定”的要求^[4]。

通过本组病例临床观察,我们体会到治疗中应注意以下几个问题:①应首先行手法复位,调整骨折端长度和轴线,这样有利于切口部位的选择,不应先切口后复位;②做到少剥离或不剥离骨膜,保持碎骨

块与周围组织的连续性;③穿针后仍不稳定的严重粉碎骨折,于尺骨远端分别向桡骨两折端各穿入 1 枚克氏针,这样能明显增强固定的效果;④外固定和内固定的去除均应根据骨折愈合情况决定,以免过早去除引起骨折再移位。

参考文献

- 1 Dienst M, Wozusek GE, Scligson D. Dynamic external fordius fracture. Clin Orthop, 1997, 338: 160.
- 2 朱通伯,戴戎.骨科手术学.北京:人民卫生出版社,1999. 2137.
- 3 王亦璁. BO 与 AO 的不同之处.骨与关节损伤杂志, 2002, 17(1): 3.
- 4 王亦璁,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1996. 1069.

(收稿日期:2003-07-10 本文编辑:王宏)

股骨干骨折伴同侧髋部骨折脱位

Femoral shaft fracture combined with ipsilateral dislocated fracture of hip

方智敏,王巍

FANG Zhimin, WANG Wei

关键词 股骨骨折; 髋骨折; 骨折固定术,内 **Key words** Femoral fractures; Hip fractures; Fracture fixation, internal

我科自 1985-2001 年共收治股骨干骨折伴同侧髋部骨折、脱位 23 例,通过回顾性分析,着重就其临床特点、诊断和治疗中的有关问题进行分析讨论。

1 临床资料

本组 23 例,男 17 例,女 6 例;年龄 25~42 岁,平均 35 岁。致伤原因:车祸伤 16 例,高空坠落伤 7 例。骨折部位和类型:①股骨干骨折部位:中上段 8 例,中段 10 例,中下段 5 例。AO 分型:A1 3 例,A2 8 例,A3 5 例,B1 4 例,C3 3 例。②股骨颈骨折部位:头下型 2 例,经颈型 9 例,基底型 9 例。Garden 分型:I 型 5 例,II 型 8 例,II 型 7 例。同侧髋关节后脱位伴坐骨神经损伤 1 例,同侧髋臼后壁骨折 1 例。合并休克 13 例,颅脑损伤 3 例,同侧髌骨骨折 4 例,其中 2 例为开放性骨折,同侧胫骨平台骨折 1 例,肋骨骨折 2 例,内踝骨折、足跖骨骨折 1 例,肾挫伤 1 例。

2 治疗方法

入院后给予抢救,复苏,病情稳定后处理骨折。股骨干开放性骨折行急诊清创,加压钢板内固定,股

骨颈骨折三翼钉内固定 1 例;股骨干行梅花针髓内固定,术后拍片发现股骨颈骨折,无明显移位给予踝部防外旋“羊角”石膏外固定 1 例;股骨干骨折有限内固定加用外固定器固定 8 例;加压钢板固定股骨干骨折共 14 例。股骨干骨折固定手术的同时行股骨颈 3 枚斯氏螺钉固定 12 例;加压螺钉固定并加阔筋膜张肌髂骨瓣移植 6 例。髌骨开放性骨折急诊行髌骨、股骨干骨折内固定时,术中发现股骨头脱位给予复位,术后皮牵引 1 例。术后发现髋臼后壁骨折移位不明显,给予下肢皮套牵引 1 例。髋关节后脱位给予切开复位,髋臼后壁骨折、股骨干骨折给予骨结构重建固定 1 例。合并肢体其他部位骨折如有明显移位,同时给予切开复位内固定。

3 治疗结果

随访 12~79 个月,平均 42 个月。股骨干、髋部骨折均愈合。髋关节后脱位伴坐骨神经损伤 1 年后坐骨神经完全恢复。疗效评定:优,髋、膝关节功能完全正常无不适,无成角、旋转畸形,肢体无短缩;良,髋、膝关节活动受限 < 20°,间歇性轻微疼痛,成角、旋转畸形 < 10°,肢体短缩 < 1 cm;可,髋、膝关节

活动受限 $20^{\circ} \sim 40^{\circ}$, 症状较严重, 不需借助拐杖走路, 成角、旋转畸形 $< 10^{\circ} \sim 20^{\circ}$, 肢体短缩 $1 \sim 3$ cm; 差, 髌、膝关节活动受限 $> 40^{\circ}$, 骨折不愈合或并发股骨头坏死, 休息疼, 借助拐杖走路, 成角、旋转畸形 $> 20^{\circ}$, 肢体短缩 > 3 cm。本组疗效评定: 优 18 例, 良 4 例, 可 1 例。

4 讨论

4.1 临床特点

4.1.1 漏诊原因及防治措施 股骨干骨折伴同侧髌部骨折、脱位漏诊率较高。本组漏诊 3 例, 1 例股骨颈基底部骨折无移位, 股骨干骨折术后拍片才发现; 1 例髌臼后壁骨折为股骨干骨折术后诉髌部疼痛, 后经 CT 检查证实; 1 例股骨干骨折术中复位时发现股骨后脱位。漏诊原因: ①股骨干骨折症状掩盖了髌部损伤, 查体不仔细。股骨干骨折合并髌部骨折、脱位的重要体征为股骨大粗隆上移和肢体短缩。②X 线拍股骨干时未包括髌关节。预防措施: ①分析受伤机制, 仔细体格检查; ②常规股骨干摄片必须包括髌关节, 最好采用髌关节内旋 15° 位摄片以便观察股骨颈, 分析股骨 X 线片时近侧骨片明显内收即可提示有髌关节脱位; ③对髌关节疼痛 X 线检查未发现骨折时, 建议 CT 检查可以明确隐匿性骨折, 本组 1 例髌臼骨折 X 线未发现, 后经 CT 证实。

4.1.2 常合并膝部损伤 同侧髌骨骨折是最常见的合并伤, 本组有 4 例髌骨骨折, 1 例胫骨平台骨折, 这与其损伤机制有关。故除髌关节外, 也应对膝关节进行仔细检查, 拍摄应包括髌、膝部的股骨全长 X 线片是防止漏诊的关键。

4.1.3 股骨干及髌部骨折特点 股骨干骨折大多数发生于中上段。本组 18 例发生在股骨中上段。髌部骨折大多移位较轻或无移位, 这是由于大部分能量都被股骨干所分散, 股骨颈或髌臼只吸收了部分或残余能量所致, 所以此类患者髌部损伤愈后良好, 本组无一例股骨头无菌性坏死发生, 无骨折不愈合。

4.2 手术治疗

4.2.1 手术治疗的重要性和必要性 股骨干骨折

伴同侧髌部骨折、脱位主张尽量一次切开复位、骨折固定。本组病例均采用手术治疗, 在股骨干、髌部骨折、脱位复位固定的同时, 合并肢体其他部位的骨折如有明显移位也 I 期切开复位内固定, 手术疗效满意。

4.2.2 手术方法的选择 先行股骨干骨折内固定还是股骨颈骨折内固定目前还没有定论。绝大多数学者主张先行股骨干骨折固定以利于股骨颈的复位及内固定^[1, 2]。股骨干骨折内固定选择: 单纯简单骨折用加压钢板能起到满意的复位和坚强的内固定的作用; 对复杂骨折包括多段骨折、粉碎性骨折, 建议行有限内固定重建骨结构加用外固定器固定。股骨颈骨折内固定选择: 对稳定性、无移位骨折采用三翼钉、多枚斯氏螺纹针、加压螺纹钉固定; 但有明显移位骨折建议行切开复位, 采用多枚斯氏螺纹针或加压螺纹钉固定加阔筋膜张肌髌骨瓣移植, 不主张使用三翼钉固定, 因三翼钉不能很好控制骨折的剪、切、扭等应力, 起不到牢固固定作用。近年来, 随着骨折生物力学研究的深入及大量的骨科器材的研究开发, 股骨干骨折合并股骨颈骨折内固定选择也发生了很大变化。第二代股骨带锁髓内钉即 Reconstruction 交锁髓内钉的使用, 给予此类骨折的治疗带来了更多的选择, 多位作者报告使用股骨重建钉治疗, 骨折复位良好, 固定牢固, 骨折愈合快, 能进行早期功能锻炼, 关节功能良好, 建议作为此类骨折治疗的首选^[3, 4]。

参考文献

- 1 于建华, 张铁良. 同侧股骨干股骨颈骨折. 中华骨科杂志, 2002, 22(5): 304-306.
- 2 黄长明, 童星杰, 包锦昌. 合并同侧股骨干骨折的股骨颈骨折. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(3): 295-296.
- 3 张保中, 刘长贵, 罗先正, 等. 带锁髓内钉治疗股骨干骨折合并股骨颈及转子间骨折或转子下粉碎性骨折. 中华骨科杂志, 2000, 20(3): 157-159.
- 4 孙焕强, 钱越宁, 唐新民, 等. 股骨重建钉治疗股骨近端合并同侧股骨干骨折. 骨与关节损伤杂志, 2001, 16(3): 216-217.

(收稿日期: 2003-06-11 本文编辑: 连智华)

北京天东医疗设备有限公司供货信息

北京天东医疗设备有限公司生产部是多年生产口腔正畸材料、骨科器械及小针刀系列产品的专业厂家。注册证号: 京药管械(准)字 2001 第 2140253 号, 京医械广审(文)200402016 号。

现办理小针刀邮购业务, 售价: I 型(20 支装)每套 120 元; II ~ III 型(10 支装)每套 90 元。每套加收 10 元包装邮资, 款到发货。地址: 北京天东医疗设备有限公司, 北京市丰台区三路居乙 12 号。邮编: 100073 电话: 010-63488112 传真: 63266458