

双针复位法治疗股骨上段骨折30例

河南省洛阳正骨研究所 黎君若 罗运通
技术指导 郭维淮

由于中西医结合技术的发展,牵引加手法夹板固定的方法治疗股骨干骨折,已取得了较好的效果。但对股骨上段骨折,西医传统采用开刀复位固定,失败率很高;采用常规的牵引加手法复位固定,也有一定的困难。为探索新的非手术疗法,我们发扬中医手法之长,吸取古人“金针拨骨”的道理,从1974年起在常规牵引下,用钢针直接撬压严重错位的骨折近端使其复位,临床观察证明效果良好,现介绍于后。

双针法复位与固定技术

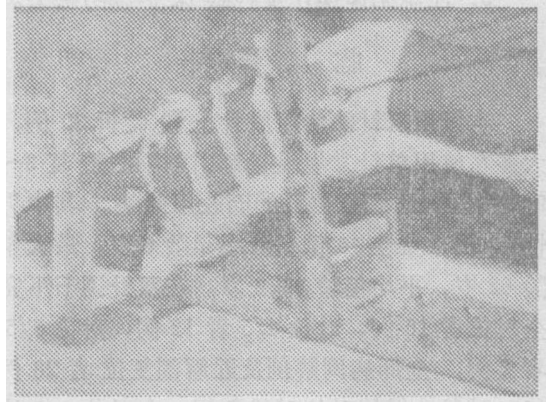
本法适用于股骨上段骨折,特别是近骨折段发生前屈、外展和外旋者。或对此种骨折因原来处理不当,导致畸形愈合者,经手法再折断后也可使用。

一、操作方法:

1. 骨折远段进针:将患肢置于牵引架上,取屈膝屈髋、外展外旋位,打入第一根斯氏针,作股骨髓上或胫骨结节常规纵轴牵引^[1]。

2. 骨折近段进针:用此法前,先制备一木质直角支架。其方法是:用宽约4厘米,长约30厘米,厚约1.5厘米的木板两块,做成直角支架,并于支架的纵木板上钻小孔道或刻槽阶数个。使用时将支架底边穿入牵引架的底部,相当于骨折部的外侧(见附图)。

在无菌条件下,于股骨转子下离近骨折端约1~2厘米处(转子下骨折者,可从转子间进入),向与股骨干相垂直的方向,打入第二根斯氏针至对侧骨皮质,以不穿透对侧骨皮质为宜,然后于针上离进针点约3厘米处挂上一小弹簧(直径约0.8厘米,长约6厘米,平均拉



附图 双针法和直角支架在临床使用情况

力约拉长1厘米等于1.5公斤的标定弹簧,或一般的小弹簧亦可),将其拉紧后固定于与针垂直的直角架底部,再将针尾酌情抬高后,插入直角架纵边的小孔道或槽阶内,使之固定(此时弹簧拉长约2~3厘米),用抬高针尾时小弹簧的拉力所产生的杠杆作用力,使骨折近端与骨折远端会合,即可使骨折复位(见插图1~12,图在封三)。这种作用力的方向,可根据骨折对位的需要任意调节。复位后用大腿塑型夹板固定,待骨折端出现早期骨痂时(一般3周),即可将转子下的钢针拔除。骨折临床愈合后,可去除纵轴的牵引,在夹板固定保护下,持拐下床活动。

二、注意事项:

1. 使用双针复位法,初期骨折处常有向内轻度成角的倾向,一般不需要处理,待拔针后或下床活动时可自动纠正。若急于纠正,因髂腰肌及外旋肌的牵拉力不易控制,常于活动后还会出现前外成角。

2. 下床活动时患肢必须维持外展位,避

免患肢过早负重。

3. 转子下进针点离近骨折端愈近, 效果愈好, 若离骨折端超过近骨折段全长的 1/2 时则效果不佳, 应引起注意。

4. 近骨折段合并有裂纹骨折者, 在进针时应用手在内侧保护, 向相反方向推压的情况下, 用克氏钻行穿针, 避免锤击进针以防止骨折片的劈裂分离。

5. 注意无菌操作及针眼保护以防感染。

临 床 资 料

本组用双针法治疗股骨上段骨折 30 例, 大多在使用单针常规纵轴牵引加手法整复 3~9 天后, 未达到复位目的而改用此法。其中男性 20 例, 女性 10 例。最小年龄 6 岁, 最大年龄 62 岁, 平均年龄 26.2 岁。在双针调节下完全对位者 16 例, 对位 4/5 者 12 例, 对位 3/5 者 2 例, 全部病例解剖及近解剖复位者 28 例 (93.3%), 保持对位对线良好。在对位 3/5 的 2 例中, 1 例因近骨折段合并有斜行裂纹骨折, 当行转子下锤击进针时造成骨折片分离; 另 1 例因转子下进针点离骨折端过远, 且合并有断端骨尖刺入软组织内, 故对位稍差。本组病人骨折平均临床愈合时间为 56.7 天, 大部分病例经远期随访患肢无畸形, 功能良好。本组病例中只有 1 例在下床活动后, 患肢不注意保持外展位进行锻炼, 而引起慢性前外侧成角, 后经施行手法得到了纠正。

讨 论

一、对股骨上段骨折治疗困难的原因分析:

股骨上段骨折属四肢骨折中较难治的疾病, 因近骨折段受髂腰肌、臀中小肌和外旋肌的牵拉, 远骨折段受内收肌群和腘绳肌腱的作用, 导使近骨折段向前屈、外展和外旋的方向严重错位, 而远骨折段则向相反的方向错位。加上骨折部位临近髋关节等原因, 给治疗上造成了困难^(2,3)。早在 1920 年, Hibbs 曾提出患肢牵引时要处于屈曲、外展和外旋位置, She-

lton⁽⁴⁾ 和服部⁽⁵⁾ 等也提出应用牵引治疗时, 要使髋关节和膝关节分别呈 90 度的屈曲悬吊牵引, 以松弛髂腰肌, 减少其对近骨折段的牵拉力, 以利骨折复位。我们认为, 松弛肌肉只能减轻肌力对骨折段的牵制作用, 不能使已经错位的骨折自行复位。对此种病的治疗, 我院也曾试用过这种屈膝屈髋的悬吊牵引法, 但只能纠正骨折的重叠及维持对线, 很难得到满意的对位。也曾有人令患者采取半卧位, 或于骨折部加压垫, 或用布带通过相当于骨折近段的大腿, 向后方压迫牵引, 以图使高度前屈的近骨折段, 得到一个相反的压力来辅助治疗, 也均未收到令人满意的治疗效果。看来没有一个直接控制近骨折段的有效作用力, 是难以解决骨折对位的。

二、双针法的复位机理:

据我们分析主要有以下三点: 屈膝屈髋松弛了髂腰肌及腘绳肌腱, 减少其对骨折段的牵制; 纵轴牵引对抗了股部肌肉的收缩力, 使骨折的重叠拉开; 穿入转子下近骨折段的钢针, 以针尖为重点, 针尾为力点, 弹簧的拉力为支点, 针长为力臂, 当针尾抬高时, 即产生一个使近骨折段向中立位内旋及向后撬压的杠杆作用力, 对抗了近骨折段前屈、外旋和外展的错位, 使其向远骨折段会合, 即得复位。我们认为这种复位法, 是在解剖学和力学理论指导下, 吸取了中医手法之长, 即以针代手, 金针拨骨的道理, 沿着骨折近段错位的轨道, 重返原位而取得成功的。根据我们所参阅的国内外文献, 尚未见有用此法治疗者。

三、临床应用价值:

股骨上段骨折的治疗, 从近二十年国内外文献来看已引起重视, 过去认为非手术疗法不能控制骨折端的变形, 受延迟愈合的威胁, 出现卧床合并症等原因, 所以除儿童患者外, 大多主张手术内固定治疗。但手术内固定器材的弯曲、折断等继发骨折变位、成角、旋转等也不少见。如 Fielding 等报告⁽⁶⁾ (1966) 用手术治疗本病 46 例中有 12 例 (26%) 失败。随着加压钢板的问世与应用, 虽然这种钢板在治疗骨折

过程中提供了所必须的稳定性,但也出现了一些新问题,如骨结构的变异,骨质吸收萎缩,去除钢板后的再骨折等。Asher等⁽⁷⁾(1976)使用这种钢板治疗本病20例,其中就有3例产生腓外翻,2例不愈合,1例纤维性不愈合,1例发生感染。对成年患者,手术治疗虽是过去普遍喜欢采用的方法,但由于合并症的出现及所致的失败,已被引起注意,都希望未来能在去除各种有害因素的基础上,以非手术疗法达到最终的治疗目的。本组病例用双针法复位,在克服上述有害因素的前提下,用非手术疗法获得了对位对线良好的效果,且操作简便,可以减轻局部的刺激和全身的损耗,减少感染机会。卧床时间虽较手术内固定有所延长,但在中西医结合治疗骨折的“筋骨并重”、“动静结合”和内外用药的原则指导下,可以缩短疗程,免除了第二次手术取内固定器,所以住院时间未见比手术疗法明显增长。且本组也未出现卧床合并症及死亡的病例。因此我们认为双针复位法可以做为本病的一种新的治疗方法。

四、双针法与单针常规纵轴牵引的比较:

我们曾统计过一组单针纵轴牵引加手法整复夹板固定治疗股骨上段骨折的病例,结果发

现解剖及近解剖的复位率只占21%,大部分病人的骨折对位对线不理想,说明单针牵引很难使骨折复位及保持不再变位。双针复位法是在单针常规牵引的基础上,利用转子下的钢针使近骨折段去对远骨折段,解决了骨折的对位对线及部分固定问题,有利于骨折愈合及功能的恢复。至于早期下床活动,有待进一步研究。

参 考 文 献

- (1) 河南正骨研究所等:“板式架”治疗股骨骨折。新医药学杂志(12):24, 1977。
- (2) Cech O, et al: Principles of the surgical treatment of subtrochanteric fractures Orthop Clin North Amer 5:651, 1974.
- (3) Velasco RU, et al: Analysis of treatment problems in subtrochanteric fractures of the femur. J Trauma 18:513, 1978.
- (4) Shelton ML: Subtrochanteric fractures of the femur. Arch Surg 110:41, 1975.
- (5) 服部顺和 他: 转子下骨折—新しい分類と 治療法, 合併症。整形外科 29:298, 1978。
- (6) Fielding JW, et al: Subtrochanteric fractures. S. G. O, 122:555, 1966.
- (7) Asher MA, et al: Compression fixation of subtrochanteric fractures. Clin Orthop 117:202, 1976.

本文蒙河南医学院骨科许振华副教授提出宝贵意见,表示感谢。

腮扁冲剂治疗急性扁桃体炎222例

中国人民解放军第一五三医院 孙淑珍 张 矩 刘发森

冲剂制备及用法:黄芩、银花各17.75公斤,蒲公英、大青叶各31.25公斤,射干9.5公斤。水煎,第一次沸后30分钟滤出,第二次沸后1小时滤出,滤液混合一起,静置24小时,取上清液,低温蒸发浓缩至流膏状,60~70℃烘干后粉碎,过80目筛,加入适量淀粉糊精各等量,混匀,以85%酒精制成颗粒,过10目筛,60℃烘干,再过10目筛即成,分装1000包。每服半包,热开水冲服,日服2次。

病例资料及疗效:222例中,年龄最小者6岁,最大者60岁,以18~35岁者为多。发病1天者35例,2天者56例,3天者82例,4~7天者49例。本组主要观察了体温、血白细胞、局部脓性分泌物和

充血等项目,并以此4项指标完全恢复正常为治愈。结果222例全部治愈,其治愈平均天数为3.21天,其中1~3天内治愈者153例,占68.9%,4~7天内治愈者69例,占31.1%。据168例记载,退热平均天数为2.29天;167例记载,血白细胞降至正常平均天数为3.56天;177例记载,局部脓性分泌物消失平均天数为3.38天;164例记载,局部充血消失平均天数为3.62天。

本方为清热解毒、消肿利咽之剂,对毒热型急性扁桃体炎疗效较好,加以冲剂的每次服药量少,服用方便,是其优点。如能在本方基础上,对兼有表证者加用银翘解毒丸或桑菊感冒片,对兼热结胃肠,大便秘结者加用牛黄解毒丸或清宁丸等,则更可增强疗效。

双针复位法治疗股骨上段骨折30例(插图)

(正文见第45~47页)

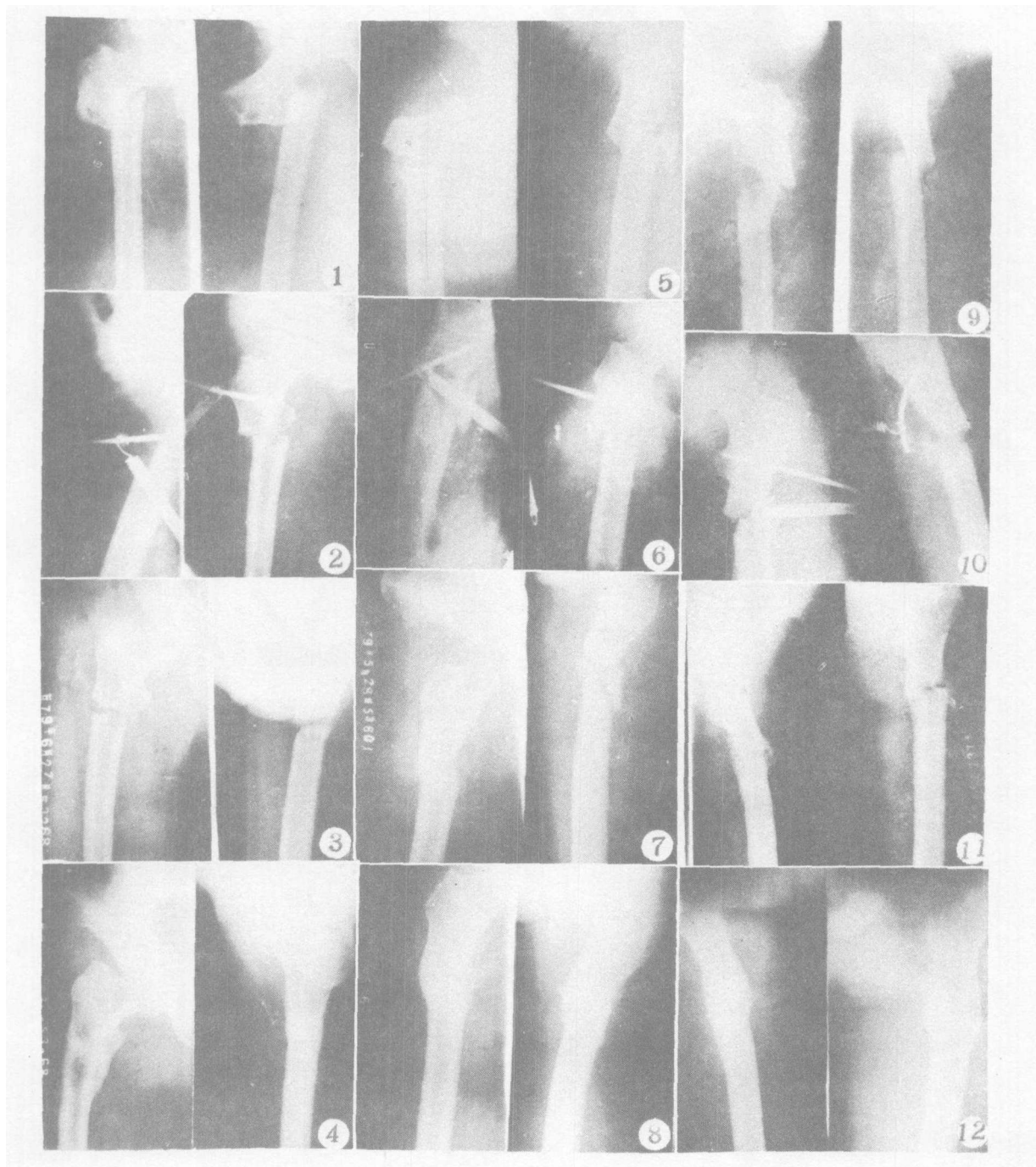


图 1~4 女性患者, 50岁, 右股骨转子下骨折, 治疗前、治疗中、治疗后及随访的X线照片。

图 5~8 女性患者, 41岁, 右股骨转子下骨折, 治疗前、治疗中、治疗后及随访的X线照片。

图 9~12 男性患者, 29岁, 左股骨上段骨折, 治疗前、治疗中、治疗后及随访的X线照片。