维普资讯 http://www.cqvip.com

16-17 股骨干骨折 内固定术 7

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 1 期总第 21 期

早期应用内固定术治疗股骨干骨折 98 例

解放军第209医院外二科 王建民
（黑龙江牡丹江，邮政编码 157011）

R683.42 0.5

我院自 1988 年～1995 年共对 98 例股骨干骨折实行早期内固定术治疗，效果良好，报告如下。

临床资料

本组男 80 人，女 18 人，最大年龄 65 岁，最小年龄 17 岁，平均 41 岁。20～45 岁 83 人，占 84.69%。体力劳动者 88 人，占 89.97%。股骨干中上 1/3 横形及短斜形骨折 25 例，占 25.51%。其余类型骨折 73 例，占 74.49%。

手术方法和结果

手术选用最基本的入路及固定方式。股骨中上 1/3 横行及短斜形骨折采用梅花型髓内针，其余类型骨折均采用加压钢板普通螺钉。

术后处理：①麻醉作用消失后，即开始股四头肌的舒缩运动，适当地主动活动膝关节，初期病人感到疼痛，鼓励病人坚持练习，5 分针/次，不少于 1 次/小时。2～3 周摄片骨折部无异常。②继续上述训练同时，指导病人卧床顺应肢体力线方向脚踏床头，给骨折部应力刺激，促进肢体及骨折部血液循环，2～3 周后摄片见骨折部四周包围有梭形骨痂阴影。骨折线隐约可见。③扶腋杖下床，伤肢原地伸直位渐试负重，以不产生自觉症状为准，激励病人增强自信能力，2～3 周后摄片见骨折部骨痂生长良好，骨折线模糊或消失。要循序渐进，凭病人感觉，杜绝全身重量负于伤肢。④渐去拐杖伤肢负重行走，如骨痂生长不佳。可辅以外固定继续练习，2～3 周后复查。

治疗结果：此术后 8～12 周评价。符合骨折临床愈合标准，关节功能恢复 96 例，占 97.96%；骨痂生长欠佳，关节功能大部分恢复 1 例，占 1.02%；再骨折 1 例，占 1.02%。

讨 论

一、骨关节病损的治疗原则是：作为支架的骨与关节必须严格固定，而具有活动性的关节软骨应保持运动。延长关节固定时间会导致关节僵硬、疼痛、迟发退行性关节炎，废用性骨和肌肉萎缩，给关节功能恢复投下阴影，特别是青壮年，他们要求良好的关节功能，而不宜行关节置换术，相反，早期间歇性运动关节，有利于关节软骨及其周围组织的结构完整和功能恢复[1]。固定 8 周的膝关节即使一年后仍无法获得完全的功能恢复。目前在临床方面，除了尽可能缩短关节固定时间，鼓励病人做积极的肌肉锻炼及关节活动外，尚无更有效的方法[2]。

二、不负重骨损伤部位骨痂形成少，是由于它对废用的反应，负重能增加骨折愈合中骨的形成[3]。肢体能在活动中的第 3 种愈合方式进行修复是最理想的。第 3 种愈合方式是指骨折在获得良好的复位、合理的固定和极积的功能练习中出现的一种优化骨愈合方式。即骨折端是以哈弗氏系统骨内模造方式直接修复，同时还通过膜内化骨的方式形成少量外骨痂。在骨折愈合过程中，X 线片没有可见骨吸收征象，并有少量连续性外骨痂形成。它既能保证骨折顺利愈合。功能迅速恢复，又可以保证骨折愈合后有较高强度和刚度，减少或避免发生骨不连和再骨折等并发症。要达到这一目的，必须保证骨折解剖或近于解剖复位，保证骨折早期有坚强的固定，可活动关节，骨折端不出现吸收，待骨折临床愈合后，患肢逐步负重，亦无骨吸收，并出现骨连续性外骨痂[4]。早期内固定是上述两个保证的前提。

三、早期内固定病人不管其受损程度如何，其住院天数都减少，同时并不增加伤口和骨折并发症，减少外伤的护理费用[5]。骨折早期内固定可减少骨折处骨髓脂肪栓活动，制动可减少疼痛，活动躯干可改善肺功能，避免肺不张和静脉血分流[6]。骨折后采用内固定，只要设计和应用合理，早期能提供较坚强的固

维普资讯 http://www.cqvip.com

定，满足非持重练习的需要，骨折可在活动中直接修复。中后期肢体负重后可变为弹性固定，不影响骨应力的传导，应力遮挡和其它原因引起的骨结构改变是可以在内固定物取出前恢复正常或接近正常的[7]。早期骨折端的稳定有利于骨血供的重建，单纯钢板或髓内针内固定，一般均不会破坏骨皮质的血供，相反，骨折明显不稳定，可使断端过度活动，因而不利于皮质骨微血管新生和重建。内固定后机体更多耗氧用于功能活动，有利于骨折后肢体的功能恢复[8]。

四、本组病人青壮年比例较大，体力劳动者居多，绝大部分肢体功能恢复正常，参加原工作。其中 1 例系年幼女性患者，不能完全配合治疗，功能恢复欠佳，1 例因术后 8 周骑自行车摔倒，发生再骨折，内固定物折断，二次内固定术。因此，笔者认为早期内固定术治疗股骨干骨折有绝对优势。

参 考 文 献

1. 国外医学．创伤与外科基本问题分册 1991；12(3)：152.
2. 国外医学．创伤与外科基本问题分册 1988；9：119.
3. 国外医学．创伤与外科基本问题分册 1991；12(1)：62.
4. 徐莘香，等．关于第三种骨折愈合方式，中华医学杂志 1989；1：4.
5. 国外医学．创伤与外科基本问题分册 1991；12(2)：126.
6. 国外医学．创伤与外科基本问题分册 1989；10：246.
7. 徐莘香，等．离体股骨干截骨后不同刚度钢板固定模拟负重下应力分析，中华医学杂志 1990；70(4)：186.
8. 王 友．骨折愈合过程中的血流动力学变化，中华创伤杂志 1991；7(3)：176.

（收稿日期：1995－10－24）

脾结核误诊为脾脓肿 1 例

广东省阳春市人民医院 B 超室 李学应

（广东阳春，邮政编码 529600）

患者男性，25 岁。无明显诱因出现左上腹持续性钝痛，腰背部疼痛伴头晕、全身乏力 4 个月，无发热，近日症状加重而就诊。查体：慢性病容，浅表淋巴结无肿大，心肺正常、肝脾不大，左上腹压痛明显，未扪及包块。化验检查：血常规正常。X 线检查：胸片示未见异常。B 超检查：肝肾无异常，脾脏不大，脾内见多个大小不等之圆形低回声区，境界清晰，内缘欠整齐，壁厚 0.3cm，最大一个病灶为 1.38cm×1.04cm，较大无回声区内见大量弱回声光点漂浮，较小的内部均为无回声。B 超提示：脾脏多发性脓肿，CT 检查：脾实质内见散在多个大小不等，边缘欠清，CT 值为 30～40Hu 的均匀低密度阴影。CT 诊断：脾脓肿。

手术所见：脾脏不大，脾脏表面见多个拇指头大小结节、切开病灶呈干酪样变。术后诊断：脾结核，病理诊断：脾结核。

本例患者既往无结核病史，入院后各项检查亦未发现结核病灶，脾结核为原发性。

（收稿日期：1996－08－24）

膈疝嵌顿致死 1 例

山西铝厂职工医院病理科 王 斌 郑引梅

（山西河津，邮政编码 043300）

膈疝并不多见，而由于膈疝嵌顿致死尤为罕见，笔者曾在尸解中发现 1 例，报告如下：

死者女性，19 岁。生前因腹痛到某医院就诊，当时诊断为肠痉挛，服解痉药无效，当晚呼吸困难、心跳停止而死亡。据讲死者生前身体尚好，腹痛前曾作过双杠倒立动作。

局解所见：此为一女性尸体，身高 155cm，营养中等，发育外表未见异常。面部及肢体末稍高度发绀。解剖发现膈肌中部靠食管处有一 3.5×4cm 的裂孔与左侧胸腔相通。胃、胰、脾均由此孔进入左侧胸腔。胃高度胀气占居了整个左侧胸腔，压迫肺、心使左肺全部萎缩。右侧胸腔及肺未见异常改变。身体其它部分也未见特殊改变。病理诊断：膈肌裂孔疝，胃、胰、脾进入左侧胸腔嵌顿、胃高度胀气压迫心、肺致死。

讨论：死者生前有膈疝畸形而未被发现，腹痛前曾作过双杠倒立动作，致使胃、胰、脾通过疝进入左侧胸腔。当时医生忽略又给了解痉药，由于胃胀气致使嵌顿。胀气的胃压迫肺、心使循环受阻，肺功能丧失，引起循环衰竭、呼吸衰竭而死亡。笔者认为临床医师若遇腹痛患者，宜常规腹部透视排除类似畸形，及时手术治疗，方可挽救生命。

（收稿日期：1996－07－10）