

儿童股骨骨折 59 例治疗体会

王建平 桂平

(江西省鹰潭市人民医院骨科 鹰潭 335000)

关键词:股骨骨折;儿童;治疗

中图分类号:R 681.8

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0021-01

自 1985 年以来,我院收治 7 岁以下学龄前儿童股骨骨折 59 例,结合患儿的创伤特点、骨折类型、就诊时间及年龄、体重与合作程度等多种因素,辨证施治取得了较好的治疗效果。报告如下:

1 临床资料

本组 59 例,男 38 例,女 21 例;新生儿 4 例,1~3 岁 10 例,3~5 岁 17 例,5~7 岁 28 例;右侧 23 例,左侧 36 例;中上段 13 例,中段 26 例,中下段 20 例;合并胫骨、肱骨、尺骨、桡骨、锁骨等多发性骨折 6 例,其中双侧股骨骨折 2 例,并脑外伤 2 例,开放性骨折 1 例,伴有软组织开放伤 5 例。

2 治法及结果

5 例采用单纯夹板固定,2 例采用石膏固定,22 例行 Bryant 氏悬吊牵引,14 例行骨牵引加小夹板固定,18 例行切开复位内固定(其中行骨圆针固定 11 例,5 例行钢板固定中、下段骨折)。本组病例均行随访,一般 3~24 个月,最长 1 例近 5 年。1 例股骨下端近骨骺部骨折行交叉内固定患者,术后伴有 25°屈曲受限,随访 2 年,活动有改善,屈曲受限约 15°,功能影响不明显。其余膝部活动均优良,一般肢体短缩均在 1~2 年内纠正,无跛行及发育影响。但 1 例骨折过度牵引患者随访 5 年,患侧较健侧长约 1.5cm,微跛行。

3 讨论

小儿因年龄小,塑形能力强,对骨折的成角、肢体的短缩均有较强的修复能力,因而和成人骨折治疗的方法完全不同,有较多的选择性。但不恰当的治疗方法亦会造成骨折的畸形复合、延迟愈合、骨骺损伤、感染,甚至肢体的神经、血管损伤以至坏死等,治疗方法选择极为重要,我们认为:

3.1 单纯夹板及石膏固定使用较少,本组 4 例为新生儿患者,因新生儿塑形能力极强,只要保持患肢勿过度旋转,一般的成角及短缩无需担心,甚至有人认为新生儿肢体短小,固定的可靠度差,不做固定,亦无大碍。但我们认为必要的固定可减少成角及旋转角度,有利于患肢的及早修复。2 例股骨髁上骨折有 15°以下的前后成角,给予石膏夹板固定,随访证明和骨关节方向一致的成角,儿童在 15°~20°或以下不会造成明显的功能影响。

3.2 Bryant 氏牵引对于 1~5 岁的患者大部分是适宜的。但对于个别发育较同龄人早、体重偏大,以及对胶布过敏者宜慎重。因发育较快、体重偏大者,双肢悬吊后常有肢体末端的血供不足,易造成缺血危险,且因肌肉较发达,皮牵引重量亦不足以克服肢体的短缩。胶布过敏常发生皮肤水泡及破溃,如家属不同意骨牵引,常需切开复位。但皮肤破溃将影响手

术的进行,小儿骨折生长快,延迟手术将加大手术的难度,增加患儿的出血。因此,我们建议仔细观察,发现胶布有过敏现象,应尽早改变治疗方案。当然患者牵引后的血运观察,胶布固定的松紧可靠性,重量的增减及床边摄片检查均是不可忽略的问题,否则均会导致治疗的失败,造成严重的并发症。小夹板固定有利于克服骨折的成角,可配合使用。

3.3 骨牵引治疗常用于 5~7 岁患者,一般行跟骨牵引,对于成角及移位明显者可结合手法纠正,但勿反复施行,否则加重损伤,甚至造成骨间膜间隙综合征的发生,另外,粗暴的复位,亦可造成肌肉软组织的骨端嵌插,使骨折复位困难。从治疗观察看,5~7 岁的患者,股骨的 2cm 以内重叠短缩,小于 20°的关节方向一致成角不会造成肢体的功能障碍。我们结合小夹板克服骨折的侧方成角,使骨折保持良好的对线有较好的作用。骨牵引患者需及时调整牵引的方向、重量,加强针眼的消毒保护,预防感染。切忌骨折过度牵引,否则使骨折的愈合时间明显延长,造成肢体的不等长,有 1 例患者早期牵引复位后未及时减轻重量,造成愈合时间延长近 1 个月,5 年后肢体不等长未完全修正,教训深刻。对于骨折端分离明显,牵引重量及时间足够,仍不能改善的,需引起注意,是否伴有软组织嵌顿,及时改用手术切开复位,以免造成骨折的不愈合。

3.4 切开复位能完全恢复骨折的对位对线,便于患者的移动、翻身,便于护理,便于早期功能锻炼,有其一定的优越性,也是其他治疗失败后的必然选择。对于开放性骨折、多发性骨折以及合并脑外伤患者,我们根据病人的情况,先改善全身情况,选择适当的时机有选择地行内固定,对伤后患者的护理,其它骨折的治疗,后期的功能锻炼大为有益,否则,易造成治疗中相互影响,顾此失彼。当然安全的麻醉、熟练的手术配合是相当重要的。内固定选择,我们提倡使用骨圆针,手术操作简单,对骨骺损伤小,有时如骨髓腔大,可 2~3 枚使用,针尾可予弯,防止针沉入髓腔。后期随访观察,未见对骨骺发育造成影响者。中、下段骨折我们多选用钢板固定,固定牢固,能较好克服骨折的旋转。单纯的螺丝钉固定、钢丝捆扎及下段骨折内固定物的过短,造成固定失败屡见不鲜,应引以为戒。

总之,小儿因处于生长发育阶段,骨折修复能力强,采用保守治疗选择较多,但不能因此而排斥手术,应结合身体特点及全身情况进行合理选择,才能达到治疗目的,预防并发症发生。

(收稿日期:2003-03-03)