

## 病例报告

# 髓内针固定股骨干骨折针尾并发症 4 例报告

湖南省衡东县中医院(421400)赵壁衡

对于股骨干骨折,特别是股骨干中上 1/3 骨折,髓内针内固定目前仍然是常用治疗方法。对于髓内针固定后露出大转子上的针尾并发症,临床上报导甚少,作者曾遇 4 例,现报告如下。

例 1,男,42 岁,1 年前因在股骨中 1/3 及粗隆间骨折,行开放复位,梅花髓内针固定术。手术用逆行穿针法,于 1989 年 11 月 29 日再次住院拔针。查:右髋关节强直在 150~180° 之间,右大转子上方局部隆起,可扪及核桃大小骨性肿块,肿块随髋关节活动,未触及髓内针针尾。X 片显示,右股骨两处骨折均已骨性愈合,髓内针针尾露出大转子顶端约 2cm,针尾周围可见 3.5×2.5cm 大小骨性肿块包绕。手术拔针见肿块为骨化组织,针尾无法扪及,用骨凿在骨性肿块上凿槽,露出针尾后取出髓内针。

此例股骨为双段骨折,用髓内针固定后,针尾露出大粗隆顶端 2cm,符合髓内针固定要求。针尾骨化形成骨性肿块,其原因可能由于逆行穿针,大转子顶端穿破后,骨髓组织及血液流至粗隆顶部,逐渐骨化形成骨性肿块。

例 2,女,18 岁,因右股骨上 1/3 骨折,于 1978 年 6 月 10 日行 V 型髓内针固定,逆行穿针方法。因股骨远端未用髓腔扩大器扩大,V 型髓内针在进入股骨骨折远端后卡壳,针尾露出大转子顶端约 8cm 不能击入,且针尾在针眼部位发生弯曲,强行埋至皮下,术后髓内针针尾部位的臀部软组织红肿、疼痛,伴全身发热,经积极控制炎症无效,拆除臀部缝线后,流出脓液约 50ml,局部炎症逐渐消退,但每日均有少量脓性分泌物流出,持续经久不愈,换药时,可触及针尾。半年后,经照片证实骨折愈合后,拔除髓内针,搔刮针尾部位的软组织瘘道,经换药伤口愈合。

此例股骨骨折,行 V 型髓内针固定,由于术前准备不充分,造成术中进针时卡壳,针尾露出大转子顶端长达 8cm,根据不符合髓内针固定的要求。逆行穿针,髓腔内血液及骨髓顺针槽均被带到大粗隆顶端,一旦感染,髓内针即成为金属异物,伤口将久治不愈,此为

髓内针固定术后严重并发症之一。

例 3,男,65 岁。因右股骨粗隆下开放性骨折,于 1984 年 2 月 6 日用 V 型髓内针固定,术后半年弃拐行走,右臀部逐渐出现肿块,于 1985 年 10 月经照片骨折愈合后,要求拔针再次住院。查:右臀部皮下可扪及半球状肿块,约 15×15cm 大小,质地柔软,无压痛。肿块皮下,可扪及突出于大粗隆顶端的针尾。X 片显示:右股骨粗隆下骨折已骨性愈合,针尾露出大粗隆顶端约 6cm,并可见针尾周围肿大的软组织阴影。拔针时,切开皮肤,即露出针尾,并流出颗粒状脂肪球,颗粒约豌豆大小,术中清除脂肪颗粒,肿块即消失,术中拔除髓内针,伤口一期愈合。

此例股骨粗隆下骨折,针尾露出大转子顶端达 6cm,突出于皮下,显然不符合髓内针固定骨折的要求。此例发生的原因,可能由于针尾留得太长,未用臀筋膜复盖,长期刺激皮下脂肪组织,在行走时,V 型针尾来回摩擦于皮下脂肪,将脂肪研磨成滚珠状,来适应下肢的活动,而形成皮下的巨大肿块。

例 4,男,26 岁,因左股骨上段骨折,畸形愈合,骨折重迭 5cm,于 1991 年 6 月 9 日行左股骨开放复位,髓内梅花针固定术,术后恢复良好,但常感针尾部位肿胀、疼痛,于 1992 年 12 月 6 日再次来院复查,要求拔针。查:左臀部稍肿胀,臀部可扪及鸭蛋大小肿块,肿块下可扪及针尾,触及针尾诉疼痛。照片可见股骨上段骨折已骨性愈合,髓内针突出大粗隆顶端约 4.5cm。拔针时,发现一囊性肿块包绕梅花髓内针针尾,切开囊壁,流出约 30cc 黄色血性液体,拔出髓内针,肿块消失,伤口一期愈合。

此例股骨上段陈旧性骨折,用髓内针固定后,针尾突出大转子顶端 4.5cm,留置仍太长。由于金属异物对臀肌的慢性刺激,以及髋关节活动时,针尾对软组织的摩擦,针尾部逐渐继发形成滑液囊肿。针尾部滑液囊继续不断在梅花型针尾刺激下,以及局部反复轻微的外伤,又可诱发形成滑囊炎。