

# 加压钢板治疗股骨干下段骨折失误分析

江立武  
(桐庐县人民医院, 浙江 桐庐 311500)

1991~ 1997 年, 我们共收治股骨干下段骨折 146 例, 均行加压钢板固定。其中失误 22 例, 失误率 15.07%, 均出现成角畸形, 20 例行再次手术, 现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 22 例中男 16 例, 女 6 例; 年龄 17~ 55 岁。伤因: 车祸, 砸伤, 高处坠落伤。骨折部位: 股骨下段。

1.2 首次治疗方法及结果 本失误组均采用国产加压钢板内固定, 其中 6 孔钢板 15 例, 8 孔钢板 7 例; 骨折端偏远端螺钉固定于松质骨处 16 例; 骨缺损未行植骨 8 例; 术后均未行外固定。术后 3 天起行 CPM 锻炼, 并下床行主动或被动活动膝关节; 3 个月内扶拐下床行走。其中 6 例有再次跌伤史。结果: 22 例中钢板折断 2 例, 螺钉折断 4 例, 螺钉松动 16 例, 均出现成角畸形; 8 例骨缺损未行植骨, 以致 6 例骨不连, 2 例延迟愈合。

1.3 再次治疗方法和结果 (1) 2 例 2 个月内发现螺丝钉松动, 骨折成角畸形。在硬膜外麻醉下行手法矫正成角畸形, 并行髓人字石膏外固定 3 个月。结果骨折愈合, 未再出现畸形。(2) 20 例在 3 个月后发现骨折成角畸形(其中 6 例 X 线片显示骨折端硬化伴吸收), 均行再次手术, 取出钢板螺钉, 清理骨折端软组织疤痕或截骨后矫正成角畸形。12 例用梅花针内固定, 远端针眼处用 1 克氏针锁住; 8 例骨折部位偏远者用角形钢板固定。术中均取自体髂骨修补骨缺损, 周围条状骨植骨。术后 2 周创口拆线加石膏外固定。3 个月拆除石膏并摄 X 线片检查, 骨折已愈合。指导病人锻炼膝关节功能, 17 例膝关节屈曲达 90° 以上, 3 例膝关节僵直 6 个月后取内固定同时行股四头肌成形术, 配合 CPM 器功能锻炼, 2 例功能满意, 1 例仍不满意。

## 2 讨论

股骨干骨折行内固定治疗, 目的在于获得解剖复位, 并使骨折端稳定。在骨折复位条件下早期膝关节活动, 以期通过治疗达到骨折愈合, 恢复伤肢的全部功能。因此, 术式的选择、正确的操作和妥善的术后管理是治疗成功的重要因素。

2.1 内固定器材的选择 对骨折部位偏远端者应用角形钢板固定, 避免因钢板过短或螺钉固定于松质骨内, 影响内固定的牢固性。本失败组有 15 例用 6 孔钢板, 将螺钉固定于松质骨上, 影响了内固定的稳定, 均出现成角畸形。再次手术改用角形钢板或带锁髓内针加外固定, 骨折均愈合。

2.2 正确操作 根据股骨张力带原则, 钢板应放置于股骨外侧, 手术操作时手术钻头应选小一号钻头, 术中骨膜剥离应尽量少。本失败组 16 例因螺钉松动影响骨折稳定性, 出现成角畸形。对骨缺损者应一期植骨。本组 8 例初次手术未行植骨, 以致 2 例出现延迟愈合, 6 例骨不连, 骨折端成角畸形, 再次手术, 均行植骨, 骨折愈合。

2.3 术后管理 有介绍用加压钢板固定可使骨折端相对稳定, 术后不需要外固定, 可早期活动。我们结合临床认为: 锻炼时间和方法应取决于患者的体重、术前膝关节活动度及内固定的稳定性, 不能仅凭加压钢板而过早活动。本失败组均因早期功能锻炼及下床, 而出现钢板断裂、螺钉断裂或松动, 影响骨折端稳定性, 造成骨折不愈合和成角畸形。经再次手术并加外固定后, 8~ 12 周内摄 X 线片示骨折处有骨痂形成, 指导病人由被动到主动活动膝关节, 由部分负重行走逐步过渡到完全负重行走, 结果骨折均愈合, 且大多数病例膝关节活动恢复, 仅 3 例关节僵硬。

(编辑: 房世源)

# 四肢骨折内固定 28 例失效原因分析

曹永旭  
(澧县人民医院, 湖南 澧县 415500)

我院自 1994~ 1998 年收治四肢骨折内固定失效 28 例。现就内固定失效原因、预防及处理做一分析。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例中男 19 例, 女 9 例; 年龄 7~ 64 岁, 平均年龄 32 岁。骨折部位: 肱骨 5 例, 尺骨 1 例, 股骨 15 例, 胫、腓骨 7 例。其中开放性骨折 5 例。本组使用的内固定

器材均为正规医疗生产厂家产品。

1.2 内固定失效情况 普通钢板折弯、螺钉松动 5 例, 折断 9 例, 其中 1 例骨感染; 加压钢板折断 4 例, 术后骨断端重叠错位 1 例; 克氏钢针交叉内固定失效 3 例, 其中 1 例肱骨外科颈骨折钢针游走进入胸腔, 1 例股骨颈骨折, 髌臼骨折钢针游走进入盆腔; Ender 钉内固; 定术后骨断端分离 2 例, 其中骨