

髓内针治疗股骨骨折取出困难 8 例分析

浙江省杭州市第三人民医院(310009) 丁有根

我院自 1976 年以来,用髓内针治疗股骨骨折共 106 例,发生取针困难 8 例,现报告如下。

临床资料

本组男 6 例,女 2 例;年龄 26~48 岁;固定时间 11~16 个月;发生“V”型针折断 2 例,均在股骨中上段,“V”型针拔出部份后发生卡针在股骨中上段 1 例,中段 3 例;梅花型针卡针在股骨中段 2 例。

治疗方法

1. 断针治疗:术前根据 X 片挑选出比断针稍细的一根梅花针,根据断针末端位置在股外侧体表作出标记。先作患侧臀部小切口,将断针之上端暴露在切口内,但不取出。再在股外侧以标记为中心作一纵行切口长约 8cm,逐层解剖暴露出断针尾部之股骨,并在相当于断针尾部稍下方之股骨外侧打一长方形洞,约 1~2cm²,并尽量使洞盖完整,此时可见残针尾部,然后用已选好之梅花针的一端顶住残针末端逆行击出,洞盖复原位,用丝线缚住。术后不用外固定,双拐行走 4 周。

2. 髓内针拔出部分后卡针的治疗:(1)拉锯式取针法:将已拔出部分之针重新击入,再外拔,反复多次,但拉锯幅度可根据松紧度由小到大,直至取出。本组用此法取出 3 例。(2)用上法仍不能取出时,可令助手用老虎钳夹住露出之针体部位,并使其保持内旋或外旋位,术者继续外拔。本组用此法取出 2 例。(3)上述二法失

败后,可用一根经消毒处理的“8”号铁丝,穿在外露之针端孔上,弯成圆形,用重锤击在铁丝上,加大外拔力量,可使针取出。本组用此法取出 1 例。

分析

1. 2 例“V”型针折断,均发生在股骨中上段,从 X 片上均发现骨折处向外突侧弯约 15 度角,同时看出“V”型针较细,离髓腔壁间隙有 3mm 以上,追问病史有 1 例术后 4 周去石膏下床行走,1 例无外固定 5 周后行走。此为“V”型针太细,负重太早,不能克服骨折处的张力强度,引起侧弯及断针。5 例髓内针卡针原因是针较粗,针体与髓腔壁狭窄处看不出间隙,同时针末端发现有向外卷边之弯钩,经上述 1、2 方法取针后扩大了髓腔,改变了弯钩与髓腔壁勾住部位而取出成功。另 1 例加大外拔力量取出之针尾上,可见一较大弯钩,钩内有碎骨紧夹其内,表明此钩勾在髓腔壁上,造成取出困难。

2. 预防:术前挑选以髓腔最狭窄处减去 1mm 之髓内针为最宜,术后根据患者体质与骨折损伤程度,辅以 4 周以上的外固定,待达到有足够抗张、压力强度之骨痂愈合时,方可负重弃拐行走。另外,在手术逆行送针时切忌铁锤直接击在针尾上,否则易使针尾造成卷边弯钩,将来拔针时此钩易勾住髓腔壁致使取出困难

(收稿:1994-10-26)

上海市清华科技函授学院 中医大专自考班面向全国招生

经上海教育局批准面向全国招生。根据国家考试科目规定,开设十二门中西医课程。均由专家教授执教和精心辅导。凡高中或初中以上均可报名,来函至上海 085-314 信箱中医函授学院简章备案。邮编:200085。