

• 短篇报道 •

24 例 V 形针内固定股骨干骨折失败原因分析

周国骏 郑茂斌

(黔东南州中医医院骨伤科治疗中心, 贵州 凯里 556000)

双角角度钢板内固定治疗高龄肱骨外科颈骨折

杨小广 闫晓光

(陇南地区人民医院, 甘肃 陇南 746000)

我院自 1993 年以来, 应用双角角度钢板内固定治疗高龄肱骨外科颈移位骨折 15 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中, 男 12 例, 女 3 例; 年龄 50~ 73 岁, 平均 63 岁。新鲜骨折 14 例, 陈旧性骨折 1 例。摔伤 9 例, 车祸伤 3 例, 高处坠落伤 3 例。

2 治疗方法

2.1 手术方法 手术在臂丛阻滞下进行。用双角角度钢板做内固定器械(图 1)。取肩前外侧切口, 于三角肌、胸大肌间沟内游离头静脉并将其向内侧牵开, 于胸大肌止点处纵行切开骨膜, 暴露骨折部。于大结节下缘向肱骨头方向打入角度钢板头部, 顶端以不穿出肱骨头为度。钢板打入必须一次完成, 不能重复。将骨折粉碎块尽量不行骨膜剥离下复位。钢板体部两孔依次打孔上螺钉, 穿透对侧皮质。靠近钢板角度处的孔中, 置入一长螺钉, 斜向肱骨头内, 与钢板角度相平行, 但长度不应超过后者的长度(图 2)。被动活动肩关节, 确定固定满意后, 逐层缝合切口。

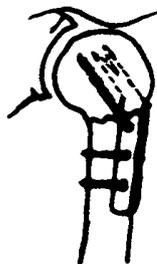
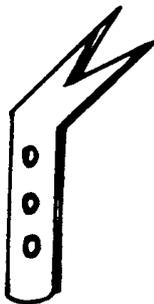


图 1 双角角度钢板示意图 图 2 内固定术后正位图

2.2 术后处理 患肢不做外固定, 术后第一天起行肩关节功能锻炼, 直至骨折完全愈合。

3 治疗结果

本组随访 6 月~ 6 年, 除 1 例合并肱骨头骨折肩关节功能稍差外, 其余均活动正常。

4 讨论

双角角度钢板内固定操作简单, 固定可靠, 有效控制骨折端分离及旋转移位。且术后不做外固定, 使肩关节早期功能锻炼, 减少肩周炎等并发症的发生, 有利于肩关节功能恢复。因此, 对于移位较大的高龄肱骨外科颈骨折患者, 采用双角角度钢板内固定治疗不失为一种有效的方法。

(收稿: 1999 10 23 编辑: 李为农)

笔者从 1992~ 1998 年间共收治 V 形针内固定股骨骨折失败病例 24 人, 经三点加压手法及手术矫形纠正获得满意疗效, 现将对 V 形针内固定失败资料及分析汇报如下。

1 临床资料

本组 24 例从 V 形针内固定施术到就治时间短则 1 周, 长则 7 周; 最小年龄 12 岁, 最大年龄 56 岁, 平均年龄 38 岁。就诊原因: 断端爆裂 2 例, 针打入膝关节 1 例, 断端旋转 1 例, 针断 1 例, 针脱出于皮下致髌关节活动障碍 1 例, 年龄偏小用 V 形针 1 例, 余 17 例为针弯骨折畸形生长。

2 治疗方法

5 例 30 岁以下患者使用氯胺酮全麻, 另 19 例采用连续硬膜外麻醉。17 例弯针患者先用三点加压手法矫形治疗成功 13 例, 余 4 例施以手术拔除髓针 2 例, 钢板内固定及取髓骨植骨 2 例。此外, 骨断端爆裂 2 例, 1 例予以拔针扩大髓腔后更换髓针, 另 1 例切开复位折片应用尼龙粗线捆扎固定; 打入膝关节 1 例予以退针, 经扩大髓腔后再更换粗短 V 形针内固定, 骨折段旋转 1 例予以拔针后切开钢板内固定, 取髓骨植骨; 断针 1 例予以近端拔出, 远端开窗取出, 更换新髓针重新打入; 针尾过长位于皮下影响髌关节活动 1 例, 经髓腔扩大后更换髓针内固定; 12 岁儿童 1 例拔出髓针更换钢板内固定。全部病例术后均采用前后石膏托外固定加强。

3 治疗结果

本组 24 例平均随访 4 年(1~ 6 年)。骨折愈合最短 75 天, 最长 109 天, 平均 85 天。24 例均恢复了正常的学习和生活。无并发症发生。

4 讨论

4.1 适应证及注意事项 ①仅适用于股骨干稳定性骨折。不稳定骨折如粉碎骨折、斜形骨折不宜应用。②18 岁以下的青少年要慎用或禁用。③V 形针的长度和直径根据术前 X 片所显示骨干髓腔大小、长度, 取与其相应的髓针内固定, 不宜过长、过短、过粗、过细。④V 形针内固定器械准备要充分。资料表明经髓腔扩大器处理后的髓内针内固定其稳定性更强, 而备有打拔器则使手术进退有利。本组病例中就存在术前 V 形针器械准备不充分而盲目操作, 使手术到了进退两难境地, 虽然自己不满意, 只好妥协接受的情况。⑤插针时, 能使 V 形针开口侧要向张力侧插入, 抗弯能力加强; 反之, 抗弯力弱。这是弯针的原因之一。另外, 切开复位逆行插针时断端骨膜剥离过多, 是骨延迟愈合的重要因素。

4.2 术后要用外固定加强, 合理功能锻炼 本组不少病例由于急功近利, 外固定拆除过早, 下床功能锻炼操之过急, 造成了针弯, 甚至断针的严重后果。