

治疗,将血压稳定在 22/12kPa 左右,血糖控制在 9.0mmol/L 以下,若血常规中白细胞计数大于 $1.5 \times 10^9/L$ 者则手术前应用抗生素,同时进行全身治疗,保持水电解质平衡,心衰病人应用强心利尿剂,术中不停药,以免术中发生意外,术中进行心电监护,同时预防使用抗生素。麻醉方式采用持续性硬膜外麻醉,根据病人具体情况,术后选择使用吗啡镇痛,这样可减轻病人疼痛,减少因疼痛导致的血压升高、心律失常等并发症。术后加强观察护理,定期复查血糖、血常规、心电图等,积极预防褥疮、坠积性肺炎、下肢静脉栓塞形成等并发症,并指导病人早期功能锻炼,如股四头肌静力收缩、髌膝关节屈伸训练等,有利于病人尽早康复。

股骨粗隆间骨折是老年人的常见病,随着年龄的增加,其发生率明显上升,早期手术治疗已被人们普遍接受^[7]。我们认为,对高龄骨折病人,在身体条件允许的情况下,应积极采用手术方法即切开复位加压滑槽钉内固定治疗,预后较佳。

参考文献

- 1 王福权,路奎之,张华伟. 加压滑动鹅头钉治疗老年股骨转子间骨折 106 例分析. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10(1): 12.
- 2 范卫良. 股骨转子间骨折内固定的动力学研究及疗效观察. 中华骨科杂志, 1995, 15: 587.
- 3 王学仁,罗先正,刘长是. Gamma 钉在粗隆间骨折的临床应用. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(1): 12.
- 4 成羿,吕建华,韩勇,等. Richerds 钉手术治疗股骨粗隆间骨折. 中国骨伤, 1999, 12(5): 12.
- 5 王亦聰,孟继懋,郭子恒,等. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 588.
- 6 Rolande H 著. 李玉芳,陈亚丽编译. 老年人与手术. 国外医学·老年医学分册, 1996, 17(2): 67.
- 7 肖少雄,鲁周同. Ender 钉与滑动鹅头钉治疗股骨粗隆间骨折临床比较. 中国中医骨伤科杂志, 1998, 8(1): 15.

(收稿: 2001-03-23 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

股骨干髓内钉取出困难和失败原因分析

邓磊

(中国中医研究院西苑医院, 北京 100091)

髓内固定具有不损伤外骨膜、弹性固定、干扰血运少等特点,但在骨折愈合过程中可出现弯钉现象,如未能及时采取措施纠正,在骨折愈合后取钉时,可能发生取钉困难或取钉失败。作者回顾 138 例股骨干骨折的髓内固定治疗患者,对其中所遇 9 例取钉困难和 7 例取钉失败的病例做一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组取钉困难和失败病例 16 例。男性 11 例,女性 5 例。骨折部位在上 1/3 处 8 例,中 1/3 处 8 例。骨折类型为短斜形和螺旋形,未见有粉碎性。取钉困难者 9 例,取钉失败者 7 例,均为 Küntscher 钉固定,所用 küntscher 钉直径 9~11mm。

1.2 取钉经过 均采用侧卧位患侧向上,经大粗隆上方入路显露 Küntscher 钉近端。使用梅花钉拔除器顺行向上拔出,16 例拔出受阻,出现断钩、拔出孔裂开、Küntscher 钉部分移动等现象。8 例经采用各种器械和方法后拔出,1 例经患者本人同意,于术中开骨槽取钉。方法是:以 Küntscher 钉弯曲处做为骨槽的远端,向上将骨干皮质开一骨槽,长约 6cm,宽为股骨干周径的 1/3,使狭窄的髓腔变宽后取出了弯曲的髓内钉,再将开槽的骨片置回原位,粗丝线环扎固定,术后嘱患者保护性负重。另 7 例拔出失败。有 10 例于术中行 C 型臂正侧位透视检查发现, Küntscher 钉均有不同程度弯曲。

2 讨论

手术后对拔出困难和失败的病例做 X 线片回顾分析发现,本组 16 例均为中上 1/3 处骨折,而且侧位 X 线片显示髓

内钉在相应位置随股骨干的弯曲而变形。钉的弯曲程度测量:从梅花钉两顶端做连线,再以钉的最大弯曲处向连线做一垂线。结果发现钉的弯曲点与连线的间隙为 3~6mm,平均约 4mm。结合手术情况分析,拔钉困难者此间隙均 < 4mm,而拔出失败者其间隙均 > 4mm。当手术取钉时,弯钉远段是直的,要使直钉部分通过弯曲且坚硬的骨髓腔是十分困难的,这或许是拔出困难和失败的原因。

解决方法探讨:①由于股骨干的解剖特点,做髓内固定时应尽可能选用抗弯性强的、直径大的髓内钉, Küntscher 钉直径最好大于 11mm。这就要求术中扩髓,通过扩髓还可以使股骨干髓腔狭窄段缩小,减少了进钉时与髓腔中线的夹角。②在医疗设备和完善的条件下,应尽可能选择髓内锁钉技术,因为锁钉无开槽,强度和抗弯曲性好于同型号 Küntscher 钉,术中仍需扩髓。本组采用锁钉固定技术的病例无一取出困难。③若采用 Küntscher 钉固定,股骨干骨折处已生长骨痂,且担心钉的强度问题或发现髓内钉已有弯曲倾向时,可在塑形期之前(骨痂形成期)将钉拔出,但应嘱患者保护性负重,或根据骨折处骨痂的牢固程度决定术后是否需要其他固定措施,以避免再骨折发生。④对已有弯钉现象,测量连线间隙 > 4mm 时,患者无特殊不适主诉,且 X 线片检查内固定钉无异常者,可建议病人不必做取钉手术。对执意要求取钉的患者,可在患者同意下采用股骨干开槽的方法,开槽的大小可根据髓内钉弯曲的程度在术中决定,因本组仅有一例用此法,没有更多的经验。

(收稿: 2001-07-24 编辑: 李为农)