维普资讯 http://www.cqvip.com

股骨带锁髓内钉治疗股骨干骨折

姜炳春，高文阁，张贵阳 （鞍山钢铁集团公司立山医院骨科，辽宁 鞍山 11032）

［摘 要］ **目的** 探讨股骨带锁髓内钉治疗股骨干骨折的临床应用。**方法** 回顾性分析69例带锁髓内钉治疗股骨干骨折的临床资料。**结果** 69例患者全部临床愈合，关节功能良好。**结论** 应用股骨带锁髓内钉治疗股骨干骨折是一种确实有效的方法，带锁髓内钉的临床应用扩大了普通髓内钉的适应证。

［关键词］ 股骨骨折；治疗；带锁髓内钉
［中图分类号］ R783.1 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672－5042(2005)03－0159－02

Management of femoral shaft fractures with Croos-medullary nailing

JIANG Bing-chun, GAO Wen-ge, ZHANG Gui-yang (Department of Orthopedics, Angang Lishan Hospital, Anshan 114032, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical application of Croos-medullary nailing on femoral shaft fractures. **Methods** Croos-medullary nailing was applied to 69 patients with femoral shaft fractures in our hospital. The clinical data were annalysed retrospectively. **Results** All 69 patients achieved clinical healing and the normal joint function. **Conclusion** Croos-medullary nailing is effective method in management of femoral shaft fracture. It expands the indications as compared with the common intra-medullary nail.

Keywords: femoral fracture; treatment; Croos-medullary nailing

股骨干骨折特别是复杂的股骨干骨折发生率近年有所增高，利用传统的治疗方法如牵引复位、普通型及钢板等内固定，疗效有时不尽人意。由于带锁髓内钉的设计、制作工艺和材料的改进，扩大了髓内钉治疗长骨干骨折的适应证。近年来带锁髓内钉作为一项新技术在临床获得极大的推广应用，提供了一种新的内固定方法。我们自1998年采用股骨带锁髓内钉治疗股骨干骨折特别是复杂性的股骨干骨折69例，疗效满意，现报告如下。

1 临床资料

1.1 临床资料

本组股骨干骨折69例，男52例 女17例；年龄18～73岁，平均34.6岁。新鲜骨折57例，其中多段粉碎性骨折23例，中下段21例，有骨缺损的股骨干骨折13例；陈旧性骨折骨不连12例，其中钢板内固定失败8例，梅花型髓内钉内固定失败4例。

1.2 治疗方法

新鲜骨折中11例横折病例采取闭合穿钉，其他采取开放性复位穿钉固定，有骨缺损者同时行植骨术。陈旧性骨折全部采用开放性复位穿钉固定植骨术。

1.3 手术方法

闭合复位穿钉固定者术前可行骨牵引，术中采取侧卧位，于大粗隆处纵行切开约5～8 cm，暴露大粗隆，于此处插入导钉进入髓腔，牵引复位使导钉经过骨断端，髓腔扩大器扩髓，沿导钉旋入主钉，拧入近侧锁钉，利用锁钉瞄准器或者在C臂监视下徒手拧入远侧锁钉。

开放复位穿钉固定者以骨折端为中心，大腿前外侧切口常规显露骨折端，局部稍剥离骨膜，了解骨折相对关系，极度屈髋位，从骨折近端以最细髓腔锉逆行扩髓并从粗隆上凹穿出，再在局部皮肤小切口，并分离至粗隆上凹，扩孔，骨折复位，固定钳维持，骨片可同时进行复位，单纯骨折和简单粉碎性骨折均可获得解剖复位。根据髓腔粗细顺次扩髓，旋入合适粗细和长度的髓内钉，锁入远近锁钉，如有大骨片在尽可能少剥离骨膜情况下用钢丝捆扎固定，仍游离的小骨片可用碎骨固定钳嵌入骨折间隙，安装钉尾螺帽，逐层缝合。陈旧性骨折骨不连及骨缺损病例均行植骨。

2 结果

经8～26个月的随访，结果评定采用Johner Wruh评分标准[1]：优51例，良8例。所有病例骨折均愈合，平均愈合时间18周(12～25周)，无畸形愈合，无术后感染。3例发现锁钉断钉和松动情况，远端锁钉失锁4个孔。无坐骨神经和血管损伤，无股骨颈骨折等并发症。

3 讨论

股骨是下肢负重骨，要求骨折后至少达到功能复位，缩短畸形不超过2 cm。股骨干骨折采用牵引保守治疗很难达到满意复位，特别是多段斜型、螺旋型并发游离骨块等复杂骨折。普通钢板无论是材料强度还是钢板长度均达不到牢固固定，不能用来治疗股骨干骨折。加压钢板能够用来治疗股骨干骨折，但对于多段骨折需要较长钢板，手术创伤大，剥离骨膜多，对骨折

［作者简介］ 姜炳春（1969－），男，山东省平阴县人，主治医师，学士，主要从事创伤外科和脊柱外科方面的研究。电话：(0412)6703248

［收稿日期］ 2004－01－15 ［修回日期］ 2005－02－18

维普资讯 http://www.cqvip.com

血供破坏严重。由于加压钢板应力遮挡效应,也不利于骨折愈合。钢板固定属于偏离中轴的固定,钢板所承受的弯曲应力大于髓内固定,并不是理想内固定物[2]。普通髓内钉对于中上段骨折尚可应用,但不适合中下段骨折。近年来,由于对带锁髓内钉生物力学效应的理解、生物力学设计的改进和手术技术的完善,带锁髓内钉已经成为治疗长骨复杂骨折的主要方法[3]。股骨带锁髓内钉内定具有轴线固定,所受弯曲应力小,弹性固定,既能保持一定的强度,又能保持骨折愈合所需的生理应力,刺激骨痂生长,交锁固定,防止了骨折端的旋转和重迭移位,骨皮质血供破坏小,应力遮挡小,术后再骨折可能性小等优点。尽管如此,我们认为股骨带锁髓内钉的适应证为:股骨转子下骨折,股骨干的长斜形及螺旋形骨折,股骨干中下段骨折,股骨干粉碎性骨折股骨干多段骨折,有骨缺损的股骨干骨折,陈旧性股骨干骨折延迟愈合或不愈合。但在陈旧性股骨干骨折的选择上仍应慎重,尤其是股骨近端骨折。由于长期不负重的原因,患肢骨质疏松明显,大转子等处表现尤为突出。加之进钉点选择偏外,在穿钉及复位过程中,如不加小心,很容易造成大转子外侧骨质劈裂,给骨折固定带来困难[4]。

锁钉断裂退出及失锁是其主要的并发症之一,可发生在近端或远端,以远端多见[5]。本组断钉、松动及远端锁钉失锁情况均发生于远端。分析原因主要有:①负重过早,锁钉承受髓内钉剪切力过大;②陈旧骨折不同于新鲜骨折,其骨折端不能完全对齐,部分骨折端留有间隙,负重后没有骨对骨的支撑作用;③锁钉退出系手术时锁钉困难,反复钻孔,使锁钉失去与骨皮质的把持力;④应用带锁髓内钉器械不熟练或者长期使用器械准确度降低。预防措施:①对于陈旧骨折骨缺损病例,应充分植骨,不要过早负重活动;②骨折端存在间隙时,在没有达到骨性愈合前,患肢应在有保护的情况下部分负重,不宜完全负重;③远端锁钉可用锁钉瞄准器或在C臂X线机徒手锁钉,争取一次钻孔成功,不要盲目钻孔,以免锁钉失败或退出;④熟练掌握相关器械并应予爱护,避免暴力击打髓内钉,每使用50次应该进行精度调整。

[参考文献]

[1] 李建福,李起鸿.加压外固定条件下实验性骨折愈合过程的生物电变化及其意义[J].中华骨科杂志,1997,17(12):776-777.
[2]蒋协远,翟桂华.钢板治疗股骨干骨折失效原因探讨[J].中华骨科杂志,1995,15(9):579-580.
[3] Templeman D, Thomas M, Varecka T, et al. Exchange reamed intramedullary nailing for delayed union and nonunion of the tibia [J]. Clin Orthop, 1995, 315:169-175.
[4]刘长贵,张保中.带锁髓内钉治疗股骨干骨折并发症及防治[J].中华骨科杂志,1998,18(12):725-727.
[5]张传柱,候树勋,王富,等.带锁髓内钉及远端锁钉改进治疗股骨干骨折[J].中华骨科杂志,1997,17(8):530-531.

(编辑:蒋登金)

·个案与短篇·

手术室常见差错事故及预防

佟琳琰,熊庆华 (佳木斯大学附属第一医院手术室,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 护士;手术室;事故预防
[中图分类号] R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0160-01

手术室的安全护理是整个护理质量的重要组成部分,为了护理安全,防止在执行护理操作技术过程中出现的缺陷、差错、事故等问题,手术室管理人员必须分析常见的事故原因,找出对策,在工作中加以防范,严防差错事故的发生。

1 手术室常见的护理缺陷

手术室的护理缺陷常见有:①接错病人、混淆手术病人,主刀医师开错手术病人或手术部位。②病人身体受损,造成病人身体受损的原因有手术间无人看管病人,病人坠床;电刀使用不当造成灼伤;体位不正确造成神经损伤;病人体质差,时间长造成急性压疮。③用药有误,输血输液查对时有误,药物摆放有错,静脉麻醉和输液标志不清,导致误用,执行口头医嘱有误。④器械、敷料清点有误,术前关闭体腔前和体腔后,器械、敷料、缝针等清点有误。操作不当导致缝针弹出,方向不明,寻找困难。器械完好性被疏忽,传递前忽略检查。⑤病理标本遗失或混淆,术中标本保存不当、丢失或者和其他标本混淆,严重影响病人的术后治疗方案。⑥消毒隔离不严,手术室是高危科室,消毒隔离的好坏关系到手术后的成败。

(下转164页)

[收稿日期]2004-10-18 [修回日期] 2004-12-15