

改良外固定法治疗肱骨外科颈骨折

陕西省横山县医院 (719100)

胡万彪 慕生福 赵书臣*

1989 年 3 月至 1994 年 6 月, 我们采用改良外固定法治疗肱骨外科颈骨折, 取得了满意的治疗效果, 现报告如下:

临床资料

本组 32 例中, 男 18 例, 女 14 例。年龄最大者 54 岁, 最小者 4 岁。来院距受伤时间最短一小时, 最长三天。外展型 21 例, 内收型 10 例, 粉碎型 1 例。解剖对位者 22 例, 近解剖对位者 10 例。最早功能恢复 5 周, 最晚一例年龄较大的粉碎型骨折 10 周完全恢复功能, 一般都 6 周恢复功能。无功能障碍者。多数三周时更换为小夹板, 6 例年龄较小者二周后更换为小夹板。

治疗方法

1. 复位方法: 全部采用过顶复位法。患者仰卧位或坐位, 一般采用肌间沟神经阻滞或局部血肿内注入麻醉法。麻醉生效后, 由第一助手屈肘位牵引患肢上臂远端, 第二助手以一布带绕过腋下, 向上提拉肩部对抗牵引, 术者立于患者伤肢前外侧, 首先让两助手缓缓顺势牵引, 待牵开后, 内收型骨折, 外展牵引。外展型骨折, 内收牵引。术者两手拇指置于骨折远端后侧, 其余四指环抱肩前侧骨折近端, 在牵引的同时, 嘱第二助手使前臂屈肘上举, 上臂呈过头顶位。术者两拇指向前推压骨折远端, 其余四指由前侧向内扣压近折端对抗, 此时术者可加以轻轻的摇摆手法, 以利用骨折部软组织合页作用, 使骨折端紧密接触, 解剖复位。通过上述手法, 矫正了骨折向前成角畸形, 同时矫正了向内或向外成角畸形, 一般均能满意复位。

2. 外固定方法: 在复位前即制作好石膏夹备用。将健侧上肢置于上述过顶位, 量好腕关节以上, 经肘后、腋窝、下至髂嵴稍上 1~2cm 之长度, 即为石膏长托之长度, 厚为 14~16 层, 另一石膏短夹的长度为肩部起(超肩关节), 经肩峰端, 上臂到肘窝处止, 厚 12~14 层。骨折复位后, 患肢置过顶上举位, 腋下垫 6~8 层棉纸, 以防腋神经、血管受压。将上述两石膏带泡好, 按上述位置分别放置于患肢呈夹状, 用纱布绷带缠绕固定。卧硬板床休息。2~3 周后(儿童二周, 成人三周), 去除石膏夹, 对肩部周围软组织采用抚摩、揉捏、

提拿等轻按摩手法, 使肩部软组织松弛。一手拇指与四指轻轻握住骨折部, 另一手将患肢徐徐缓慢放于中立位, 以超肩关节小夹板外固定, 开始锻炼肩关节, 两周后解除小夹板, 继续锻炼。

讨 论

肱骨外科颈骨折是骨伤科的常见病例, 过去传统的手法复位, 超肩关节夹板外固定, 复位较易, 维持对位固定难。大多数效果不甚理想。有的需要手术切复克氏针内固定, 亦时有感染、髓损伤、固定不可靠及畸形愈合等并发症, 甚至造成肩关节功能障碍。我们采用改良外固定法治疗肱骨外科颈骨折, 有许多优点。由于肱骨外科颈骨折的部位, 决定了其受伤后远、近折端出现了肌力的不平衡。复位后之所以再次移位, 是没有解决肌力的平衡问题。一般受伤后, 骨折近端受岗上肌、岗下肌和小圆肌的作用呈外展、外旋位, 力量较小。而远折端受胸大肌、背阔肌、大圆肌等作用向内牵拉及三角肌向外上的牵拉力较强。故骨折后一般向前成角, 或内收、外展畸形, 错位明显。改良外固定法, 尤其使三角肌松弛, 降低了三角肌的向外侧拉力, 也改变了胸大肌、背阔肌、大圆肌对远折端拉力的方向。使上述两组肌肉在力量上相对平衡, 作用方向上相对一致, 真正地起到了软组织合页作用。使骨折断端紧密接触, 位置稳定, 利于愈合。由于肱骨外科颈骨折患者大多功能障碍, 是因肩关节上举锻炼困难, 我们采用上举过顶位固定, 待骨折初步纤维连接后, 过渡到中立位, 改小夹板固定保护下功能锻炼, 就克服了这一并发症。但是, 值得注意的是在更换石膏时, 一定要手法轻柔, 可采用上述轻按摩手法, 必要时适当的热敷, 以使软组织充分松弛。切忌暴力, 以防刚纤维连接的骨折发生再移位。本组有两例患者在更换石膏夹时, 由于未重视软组织的按摩准备工作, 用力不当, 换为小夹板后, 患者疼痛明显, 拍片复查可见原解剖对位的骨折发生了轻度再移位。可幸其对位、力线尚可, 属功能对位, 才免于手术之苦, 请同道引以为鉴。

(收稿: 1995-03-06)

* 河南省孟津县骨科医院