

临床资料

本组 39 例,男 26 例,女 13 例;年龄 16~69 岁;中外 1/3 处骨折 18 例,中段骨折 8 例,外 1/3 处骨折 13 例;横断骨折 12 例,斜行骨折 18 例,粉碎性骨折 9 例(其中开放性骨折 1 例);错位 20 例,轻度移位 5 例,明显移位 14 例,受伤后 2~4 天施术 38 例,13 天后施术 1 例。于 X 光下见手术失败的 2 例(1 例骨断端重度移位,因断端嵌入软组织,断端不能靠拢,经手术切开证实,改为克氏针内固定治疗。1 例为重度粉碎性骨折,钳夹后因一侧断端撕裂,不能起固定作用,改用其它方法治疗)。另有 1 例为开放性骨折,术后 5 天发现皮肤伤口感染,坏死,改用它法治疗。余 36 例在术后 4~6 周解除器械,查骨折处稳定,摄 X 片复查,达解剖复位 8 例,近解剖复位 26 例,明显移位 1 例,轻度错位 1 例。总优良率达 87.2%。术后 3 个月至 3 年随访,患者均正常下地劳动,检查双锁骨区对称,皮肤表面平整,抽查 X 光片 12 例,骨折处愈合良好,未见畸形愈合。

讨 论

锁骨骨折复位固定器利用锁骨较凸出体表,肌张力不大,表面较粗糙,骨皮质比一般长骨薄,有利于锐器进行钳夹固定之解剖特点,用 2 把持骨钳经皮直接钳夹两侧锁骨断端,根据患者骨折情况可左右、上下移动钳嘴调整骨断端位置,对错位又可通过轴心上螺母的调节将钳间距离拉开,从而达到准确的复位。然后

通过钳嘴将锁骨断端牢固地固定在器械之轴心上,借助“十字夹板”和加压螺丝的作用将器械稳定在胸壁上。为骨折的愈合创造了有利条件。

该器械操作简便,灵活可调,通过手法及器械的调整骨折断端可达解剖或接近解剖复位的效果。持骨钳能直接钳夹锁骨之断端,机械固定牢固、骨折处稳定患者痛苦小,钳柄解脱后,钳嘴短小、穿衣、活动不受影响,通过练功促进早期愈合,由于创口小而浅不易感染,愈合后外形美观而受患者欢迎。

本法治疗注意点:(1)在操作中钳夹锁骨断端时应钳夹其柱状切面 2/3 以上处,防钳夹过深损伤锁骨下神经、血管及胸膜。本组病例无发生上述并发症。(2)手术后应经常检查螺旋的松紧度。防器械松脱及夹板压迫过紧导致皮肤组织坏死。(3)在钳夹锁骨断端时应力求靠近断端,双侧着力点对称,以加强骨折断端稳定性,提高疗效。(4)合并手臂麻木或桡动脉搏动异常为本疗法禁忌症。对较严重的粉碎性骨折及开放性骨折一般不宜采用此法治疗。在操作中,断端不能靠拢,疑有软组织嵌入的也应改用其它方法治疗。(5)本法仅适于 3~4 天内新鲜骨折,10 余天后,因骨断端有新鲜纤维骨痂形成,断端难于靠拢,达不到满意的复位。

(本文承蒙福州市骨科研究所陈天肖审阅,深表谢意)

(收稿:1994—06—21 修回:1995—03—16)

旋后复位外固定治疗 Colles 骨折 38 例

浙江省龙游中医院(324400) 席荣华*

自 1990 年 2 月~1992 年 4 月间,应用旋后复位外固定的方法治疗 Colles 骨折病人 35 例,计 38 只患腕,随访结果提示优良率为 90%。现将具体方法及体会报告如下:

临床资料

本组病例 35 例,其中 3 例为双侧骨折,共计为 38 只患腕,均为新鲜骨折。左侧 18 例,右侧 20 例;年龄最大 79 岁,最小 17 岁;女性 24 例计 26 只患腕,男性 11 例计 12 只患腕。随访时间 2~15 个月不等,平均为 5.3 个月。

骨折情况按 Sarmiento 氏的分类法^[1]分为四型。

38 例骨折中 I 型 3 例,II 型 13 例,III 型 7 例,IV 型 15 例。其中合并下尺桡关节脱位者 18 例。

治疗方法

I、III 型骨折者无需行骨折复位,仅将患肢旋后,以短臂石膏托固定腕关节于背伸 30°位即可。固定时间为 3~4 周。

II、IV 型骨折者须行骨折复位。方法是:患者端坐,患肩自然下垂、屈肘,一助手持前臂上段,术者持患肢之大、小鱼际处,抗力牵引,边牵引边将前臂由骨折后的原始位(多为旋前位)转至旋后位,待感觉有骨折处的滑动感后说明此时骨折重叠已经分开,此时用力

* 现已调衢州市中医院

将腕关节掌屈尺偏,术者在维持牵引下以手指触摸骨折部背、桡侧,如感觉骨折处仍有轻度移位(通常是背侧移位),可以掌根推挤骨折远端以求复位。保持腕关节掌屈尺偏位,轻轻旋转前臂,如无阻碍,即完成复位。以短臂石膏托固定腕关节于旋后掌屈尺偏位,2周后更换石膏托改旋后位腕背伸 30° 位固定。对于IV型中骨折粉碎,移位较严重的病例、固定须采用长臂石膏托固定肘关节于功能位。

治疗结果

骨折治疗效果按《骨折疗效标准草案》进行评价。结果:优24例、良10例、尚可3例、差1例。优良率达90%。差的1例系骨折后合并Sudeck's骨萎缩致患肢肿痛持久不退而影响了功能的恢复。

讨论

目前骨伤科中整复Colles骨折的手法复位及固定方法是以旋前位掌屈尺偏为主的。一般是在旋前位牵引整复,随之固定于旋前位的掌屈尺偏位,此所谓“反暴力机制”。但临床工作中往往发现有较多的骨折背桡侧移位难以纠正,且在日后的固定中仍有移位之虑,需要在日后的过程中不断地发现纠正。如果一旦未及时纠正则带来严重的后果。Watson强调石膏托固定须在5周以上,因为在这期间内骨折的牢固度尚不足以防止再变位⁽²⁾。

基于上述情况,笔者在参照国内外先进经验的基础上,结合临床实践加以改进完善而创立了一种新的Colles骨折复位固定方法,根据其复位及外固定过程中前臂所处的位置而命名为“旋后复位外固定法”。经过2年余的实践证明这种方法是可行的,具有骨折复位容易、固定可靠;术后功能恢复佳等优点。

“旋后复位外固定法”治疗Colles骨折是基于以下考虑:

1. 旋后位可以限制或消除肱桡肌的活动。当前臂

处于旋后位时,肱桡肌的活动变得很小,这是利于骨折复位及固定的重要因素。

2. 前臂旋后使得前臂屈肌群变得紧张,其牵拉骨折端向掌侧、尺侧的力量加强。这种力量与Colles骨折的移位倾向是相拮抗的,利于骨折的复位及保持对位,尤其与改为腕背伸旋后位时,前臂屈肌更为紧张而作用愈大。

3. 利于骨折远端旋后移位的纠正。桡骨远端的旋后移位是Colles骨折的常见畸形。旋后位复位过程中,由于牵引的过程已使前臂处于旋后位,掌屈尺偏实际上包含一个连贯的旋前动作,两者结合更利于骨折旋后畸形的纠正。

4. 旋后复位固定法满足了处理合并症的需要。下桡尺关节脱位或半脱位是Colles骨折常见的合并症,本组中即有18例。下桡尺关节的复位及固定均需旋后位进行。

5. 利于功能的恢复。下桡尺关节脱位以及挛缩都是造成腕关节功能障碍和疼痛的重要原因。临床中可以看到下桡尺关节的功能障碍都是以旋后受限为主的,而鲜见旋前受限的。造成这种状况的一个重要原因是人的日常需要使得旋前活动不断地加强,而往往忽略了旋后功能的需要。本文38例Colles骨折虽然都经过旋后位固定平均达4周,但未发现有1例残留旋后挛缩的,反而倒有1例严重下桡尺关节脱位的病人在随访中发现残留旋后受限。旋后位也利于手指关节的屈伸活动,有利于骨折后手部功能的恢复。

参考文献:

- 董福慧等译. 骨折的闭合功能疗法. 第1版. 天津科技出版社 1987. 12. 109
- 过邦辅等译. 骨折与关节损伤. 第1版. 上海. 上海科技出版社 1984. 456~457

(收稿:1994—04—21)

足蹬复位 Dugas's 位宽胶布外固定 治疗肱骨外科颈骨折

甘肃省甘谷县人民医院(741200) 丁晓敏

我院从1990~1993年用足蹬复位Dugas's位宽胶布外固定治疗肱骨外科颈骨折14例,其中男8例,女6例,年龄2~70岁。外展型12例,内收型2例,均为新鲜闭合性骨折。现报告如下。

治疗方法

患者仰卧,血肿内麻醉,术者立于患侧,双手握住患肢腕部。沿畸形方向持续牵引,同时足跟蹬于患肩腋部,使其起一杠杆作用,并逐渐由外展位屈肘内收,