

夹板联合超肩石膏托外固定治疗肱骨干骨折

湖北省大冶市人民医院 (435100) 董志忠

1994 年 3 月至 1995 年 4 月笔者运用夹板联合超肩石膏托外固定治疗肱骨干骨折 36 例, 效果满意, 现报告如下。

临床资料

本组 36 例中, 男 30 例, 女 6 例; 年龄 10~69 岁; 均为闭合性骨折; 肱骨干中 1/3 骨折 20 例, 肱骨干中下 1/3 骨折 16 例; 病程最长 18 天, 最短 2 小时。

治疗方法

1. 整复: 患者坐位, 一助手用布带通过腋窝向上提拉, 屈肘 90°前臂中立位, 另一手握持前臂, 沿上臂纵轴方向向下牵引, 待重叠移位完全矫正后, 术者以两手拇指抵住骨折近端外侧推向内侧, 其余四指环抱骨折远端拉向外侧, 纠正侧方移位。然后术者握住骨折部位, 助手徐徐放松牵引, 使骨折端互相接触。将远折段向近侧段挤压, 使其相互嵌插。牵引时, 不宜使用暴力, 以免产生断端分离移位。

2. 固定: 模型骨折用环形压垫, 斜形或螺旋形骨折, 两点相对加压; 侧方移位, 错对加压; 成角移位, 三点加压。四块夹板分前、后、内、外安放, 扎带三条捆扎, 外加超肩关节石膏托于上臂外展肘前屈 90°位固定。4 周内作上臂肌群等长收缩锻炼, 4 周后拆除超肩关节石膏托, 作不等长收缩锻炼。骨折临床愈合后, 再拆除小夹板外固定。

治疗效果

36 例术后一小时内 X 线片复查: 解剖复位 19 例。功能复位 17 例, 其中成角 5°~15°3 例, 侧方移位 1/3

~1/5 者 3 例, 重叠移位 1~1.5cm 者 3 例, 侧方移位兼有成角移位 4 例, 重叠移位兼有成角移位 3 例, 旋转分离移位 1 例。在外固定中进行调整。3~4 周后第二次 X 线片复查: 解剖复位 27 例, 功能复位 9 例, 其中成角 5°左右 4 例, 侧方移位 1/5 者 2 例, 重叠移位 0.5cm 者 1 例, 侧方移位兼成角移位者 2 例。无旋转分离移位。固定最长时间 45 天, 最短时间 25 天, 平均临床愈合时间 35 天。

讨 论

肱骨干骨折, 采用夹板联合超肩石膏托外固定, 是基于骨折后的病理改变所决定的。骨折后, 近端受三角肌及喙肱肌的牵拉向前, 向外侧移位, 远端受肱二头肌及肱三头肌的牵拉向上移位。复位时遵循“子求母”的治疗原则, 将骨折远端段持向骨折近端移位方向而复位固定, 即可矫正骨折端的成角和侧方移位。上臂外展肘前屈位固定有利骨折端的对位和稳定, 避免因前臂内、外旋转所产生的剪力和旋转力, 防止患肢远折端的重力作用所产生的分离移位和骨折远端的内旋移位, 协调各组肌肉的松紧, 有利于患肢的静脉回流和肿胀的消退。

夹板联合超肩石膏托外固定治疗肱骨干骨折, 克服了小夹板不容易固定关节和超肩石膏托难以牢靠固定骨折端的缺点。此联合外固定法既考虑到外固定的约束力和压垫的效力, 又可藉石膏托的地心重力自行纠正轻微成角和重叠畸形, 便于患处局部的调整。

(收稿: 1995-10-30; 修回: 1996-6-10)

作者须知

根据《生物医学期刊投稿的统一要求》作者应具备下列条件: (1) 参与选题和设计或参与资料的分析和解释者; (2) 起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者; (3) 最终同意该文发表者。

文章作者的排序应在投稿时确定, 不得在编排或初校时再作更动。

本刊编辑部