

手术治疗难以手法复位和外固定的锁骨骨折

内蒙古巴彦淖尔盟医院 (015000)

汤志鹏 任志坚 宝音齐明

我们从 1991 年 2 月~1996 年 2 月手术治疗难以手法复位和外固定的锁骨骨折 54 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料

本组 54 例中, 男 40 例, 女 14 例; 年龄 14~56 岁; 左侧 25 例, 右侧 29 例; 其中锁骨中 1/3 骨折 31 例, 锁骨外 1/3 骨折 20 例, 锁骨内 1/3 骨折 3 例; 单纯横行和斜形骨折 31 例, 粉碎性骨折 23 例; 开放性骨折 2 例, 合并肩锁或胸锁关节脱位 3 例; 新鲜骨折 39 例, 陈旧性骨折 15 例。为了治疗, 我们将锁骨根据解剖形态分有髓腔型、无髓腔形, 再根据锁骨弯曲程度分为平直型(锁骨形态较平直)、弯曲型(锁骨形态较弯曲)。行切开复位逆行穿针内固定 29 例, X 线透视下顺行或逆行闭合穿针 20 例, 切开复位钢板内固定 5 例。

治疗方法

体位取肩高头低仰卧位。以 2% 利多卡因因局部浸润麻醉或氯胺酮分离麻醉。(1) 切开复位逆行穿针内固定术: 适合平直型、弯曲型有髓腔的锁骨骨折。以骨折处为中心取锁骨走行切口长约 4cm, 显露骨折端, 清除血块及瘢痕组织, 将直径 2.5~3mm 的克氏针或三棱针(根据锁骨髓腔大小选针) 先从锁骨远端断端穿入髓腔, 向外通过锁骨外端出针穿出皮肤, 骨折复位, 再将针逆行打入骨折近端髓腔, 牢固固定骨折。对粉碎性骨折, 可将碎骨片合拢, 以细钢丝或肠线捆绑, 针尾弯勾埋于肩部皮下, 一般术后 5~6 周拔针。(2) X 线透视下闭合穿针内固定术: 适于有髓腔型、平直型锁骨骨

折。X 线透视下可逆行穿针, 也可顺行穿针。针从锁骨远端穿入髓腔, 拨撬使骨折复位, 推进到近端髓腔。(3) 切开复位钢板内固定术: 适合无髓腔的平直型和弯曲型锁骨骨折, 以 4 孔预弯好小钢板内固定。

治疗结果

本组 54 例, 53 例得到随访, 随访时间平均 2.5 年。根据骨折复位及愈合情况、肩关节功能进行疗效评定。结果: 优 48 例, 良 5 例, 可 1 例, 差 0 例。总优良率为 98%。

讨论

锁骨骨折治疗传统上以非手术方法为主, 复位要求不高, 一般骨折皆能愈合。但非手术疗法对不稳定锁骨骨折难以达到解剖复位和可靠的外固定, 常使骨折畸型愈合, 影响肩部功能和局部美观, 且外固定病人痛苦大, 固定时间长, 合并症多(如压迫皮肤起小泡, 压迫神经和血管出现麻木, 血循环障碍等)。手术治疗能简化治疗过程, 骨折复位满意, 固定牢靠, 肢体关节可早期活动, 对其它局部损伤可一并处理, 以利骨折愈合。所以, 我们认为应放宽锁骨骨折内固定手术适应症。其适应症为: ①不稳定、多段、粉碎性锁骨骨折; ②断端锐利有移位的锁骨骨折; ③开放性锁骨骨折伤口无明显污染者; ④手法复位不满意者。本文 54 例锁骨骨折皆为较严重的或移位明显, 难以手法和复位和外固定的骨折, 经手术治疗取得优良效果。

(收稿: 1996-06-26 修回: 1996-12-03)

通 知

为确保作者稿件的及时处理。作者付稿件处理费和稿件发表费时, 请一律寄给本刊编辑部收, 勿寄给个人, 以免延误稿件的及时处理。如寄给个人, 将不予受理。望作者遵照执行。

《中国骨伤》编辑部