

难复性肱骨外科颈骨折并肩关节脱位

云南省昭通地区人民医院(657000) 汪万全

我院 1984 年 10 月以来,采用作者自行设计的钩形钢板内固定治疗肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位,效果尚佳,报告如下。

临床资料

本组 13 例中,男 7 例,女 6 例;年龄 15~65 岁;右肩 7 例,左肩 5 例,双肩 1 例;12 例为肩关节前脱位,1 例为后脱位;12 例前脱位中,孟下脱位 8 例,突下脱位 4 例;陈旧性骨折脱位者 3 例,新鲜骨折脱位经手法整复失败者 10 例;按 Neer 氏分类^[1]:Ⅱ型骨折 7 例,Ⅲ型骨折 4 例,Ⅳ型骨折 2 例;13 例手术中均见关节囊前下方破裂,其中肱骨头翻转脱出于关节囊外者 6 例;术后随访时间最长 10 年,最短 6 月,骨折愈合率为 100%,无肱骨头坏死等严重并发症,肩关节活动功能恢复正常者 8 例,轻度高举功能受限(即高举受限 15°以内)者 3 例,优良率为 84.6%。

钩形钢板的制做方法

采用“V”型髓内针,从中嵴纵行剖开分为两片,宽 0.8cm,锯成各种不同长度的规格。一端锯成双叉(即:燕尾)状,预弯成 120~180°不同角度的弧形倒钩;另一端钻 2~4 个螺钉孔,并在双叉钩端与第 1 螺钉孔之间钻一椭圆形克氏针孔,以便术中斜行穿入克氏针固定肩关节(图 1)。

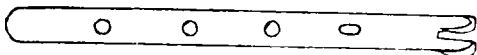


图 1 自制钩形钢板示意图

治疗方法

在颈丛神经阻滞麻醉下,取肩部前内侧切口入路,探查肩袖损伤、关节囊破裂情况及阻碍复位的因素。陈旧性骨折脱位者,清理结节间沟中的粘连组织及骨痂,以防术后肱二头肌腱发生粘连。将关节囊自破裂处向上扩开,清除关节囊内的纤维化及骨化组织。先进行肱骨外科颈骨折复位后,以两把布巾钳钳夹固定。根据骨折部骨骼形态,将钢板及钩端的弧度加以调整,使其能紧粘骨骼。将钢板双叉钩勾入近侧骨折端大结节部,再用螺钉固定远侧骨折段。然后,将肱骨头复入肩胛孟内,先以一根克氏针从钢板上椭圆形孔中斜行穿入,再从钢板前缘(或后缘)旁斜行穿入另一克氏针,两针交

又将肱骨头固定于肩胛孟内(图 2)。认真修补缝合关节囊,尽量保持肩袖完整,缝合切口。针尾留在皮肤外,术后 2 周拔针,进行功能锻炼。

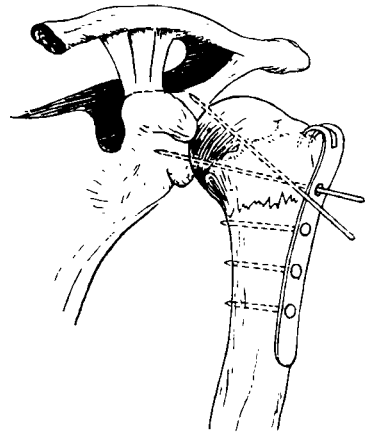


图 2 钩形钢板内固定示意图

讨论

肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位,由于失去了完整的可操纵肱骨头的杠杆,而使闭合整复极为困难。除此之外,作者通过 13 例手术发现,造成闭合整复困难的主要因素有以下几点:1. 由于肱骨头严重翻转脱出于关节囊外,将骨折远端推挤于一侧,卡锁于狭窄的关节囊破裂口之外。2. 粉碎性骨折者,由于移位的肱骨小结节等粉碎骨块嵌卡,阻碍了肱骨头回位。3. 由于肱二头肌长头及关节囊兜绕肱骨头,而影响复位。4. 前脱位者,由于肩部前侧的肌肉改变了原有力线的方向,使肩胛下肌或肱二头肌短头及喙肱肌嵌于骨折断端之间,而影响前脱位的肱骨头还纳复位。以上因素都给手法整复造成很大困难,而使整复失败。

在施行手术切开复位内固定时,由于骨折近端短小而不规则,因此,不能应用一般常用的钢板固定,双针加石膏外固定,又因固定时间较长,而影响关节活动功能,疗效均不十分理想。文献报道^[2],肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位最常见的后遗症是肩关节僵硬。为此,作者于 1984 年以来,用“V”型髓内针设计制成此种钩形钢板,术中将双叉齿状钩勾入肱骨近端,再以螺钉固定骨折远端,肱骨头还纳复位后,穿入交叉克氏针固定孟肱关节。该钢板既有钩的作用,又有承托固定作

手法整复弓形铁丝石膏托治疗跟骨骨折

山东济宁骨伤医院(272107)

陈建华 许玉鹏

笔者在近两年的临床工作中,选择跟骨骨折 29 例,采用手法整复、弓形铁丝石膏托外固定治疗,疗效满意,现报告如下。

临床资料

本组 29 例中,男 26 例,女 3 例;年龄 24~67 岁;左 18 足,右 12 足,实治 29 例 30 足,其中双侧 1 例;伤后来诊时间,最短 3 小时,最长 5 天;骨折类型:16 足为跟骨体骨折,未累及距下关节,14 足为跟距关节面塌陷骨折;均为闭合性骨折,合并腰椎压缩骨折的 2 例;根据复位前 X 线片测量,贝累氏角呈负值的 3 足,0°~15°8 足,15°~25°19 足,跟骨轴位角>20°者 18 足。

治疗方法

1. 预制弓形石膏托 用直径 3mm 的铁丝折成一长方形框架,其外表较患足略小一些,然后将泡好的石膏绷带,以铁丝框为骨架,塑形做一弓形石膏托,其弧度要大于正常足弓 30°。

2. 复位固定 在局部麻醉下,患者取仰卧位,屈髋屈膝,术者用双手掌紧扣跟骨两侧,挤压捏合,纠正跟骨体的侧方移位。然后助手双手紧握膝部作对抗牵引。术者一手握足跟后缘,一手握足背,在足极度跖屈位,采用牵抖法尽力牵拉,使跟骨恢复正常之贝累氏角,在复位过程中可听到骨折块移动的响声,反复牵抖几次,在踝关节保持跖屈位,足底用弓形石膏托、绷带固定。为防止跟腱牵拉造成骨折再移位,可用石膏夹将踝关节固定在跖屈位,使跟腱保持在松弛状态,3~4 周后去除石膏,及早进行功能锻炼,8 周开始拄拐逐渐负重。

治疗结果

本组 29 例全部随访,时间最短 3 个月,最长 1 年 8

个月。经以上方法治疗后,跟骨关节面平整、恢复原来宽度及长度、贝累氏角>25°者为良好,计 21 足;接近上述标准者为较好,计 4 足;关节面尚有部分塌陷、跟骨增宽、贝累氏角<10°者为差,计 5 例。优良率为 83%。

讨 论

跟骨骨折后,若骨折线累及关节面,或贝累氏角减小、甚或呈负角,破坏了跟骨的正常解剖结构,影响距下关节及跟腱的功能,造成人体行走负重疼痛,关节功能障碍。故对此类骨折,要尽早整复,以恢复关节面平整、贝累氏角正常为治疗关键。因造成跟骨骨折为垂直冲击力,距下关节周围的距跟内、外侧韧带、距跟间韧带及跟跟三角韧带,胫腓韧带多无断裂,故整复时,用强力的牵抖手法,靠紧张、完整韧带的支持牵拉,关节不会过度张开,而塌陷的骨折则能从“咬合”的位置分开,上移的跟骨体后半骨折块则能下移复位。复位后,用弓形石膏托将足固定在跖屈足弓加大位,靠跟骨周围的肌腱、韧带的紧张、牵拉及软组织夹板的作用,维持骨折复位后的形态。

因跟骨血运良好,愈合快,极少发生骨折不愈合。治疗中配合早期功能锻炼,关节面的模造与塑形好,功能恢复满意,对个别病人贝累氏角减小复位不佳,跟腱松弛,易引起提踵困难而影响行走,但经治疗观察证明,病程晚期跟腱逐渐挛缩,使步态及提踵有所改善,不致于影响足的功能。所以本法治疗跟骨骨折,具有方法简单,创伤小,无开放复位的并发症,功能恢复满意,患者乐意接受。

(收稿:1995-04-24;修回 1995-12-11)

用;既可维持骨折解剖对位,又可穿入交叉克氏针固定肩关节,或穿入钢丝固定粉碎骨折块。术后 10 天~2 周拔针,即可早期进行功能锻炼,有利于肩关节的功能恢复,加速骨折愈合,因此,取得了较满意的效果。^[3]

参考文献

1. 代越戎主编,肩部外科学. 第 1 版. 北京:人民卫生出版

社,1992:135.

2. 雍宜民,等. 肩关节前脱位合并肱骨颈骨折. 中华骨科杂志 1981;(1):52.

3. 汪万全. 双侧肱骨外科颈骨折并肱骨头脱位 1 例. 中医正骨 1994;6(1):46.

(收稿:1995-05-09)