

横 8 字和斜 8 字绷带联合固定锁骨骨折

黄桂成

南京中医药大学第一临床医学院 (210029)

笔者自 1990 年 1 月~1997 年 6 月采用横“8”字和斜“8”字绷带联合固定方法治疗错位型锁骨骨折 56 例, 疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组 56 例全部为错位型锁骨骨折, 其中男性 34 例, 女性 22 例, 年龄 12~58 岁。受伤部位右侧 32 例, 左侧 22 例。骨折部位锁骨中外 1/3 交界处 25 例, 中 1/3 段 18 例, 外 1/3 段 13 例。骨折类型短斜型 31 例, 横断型 17 例, 粉碎型 8 例。病程最短 1 小时, 最长 32 天, 当天就诊者 39 例, 3 天内外院转诊者 16 例, 陈旧性骨折 1 例。

治疗方法

令患者坐凳上, 挺胸抬头, 双手拇指向前叉腰, 一助手用单膝顶住患者背部正中, 双手握其两肩外侧, 向背后徐徐扳伸, 待重叠移位完全矫正后, 术者立于患者前面, 以两手拇、食、中指分别捏住两骨折端, 将近端向前下推按, 远端向后上端提, 使骨折复位。经检查骨折处平整, 表明已解剖复位。整复完毕, 在骨折近端上方放置一个 1cm 厚的压垫, 在患者双侧腋窝各置一块大厚棉垫, 然后用横“8”字和斜“8”字绷带联合固定。

先采用横“8”字绷带固定, 即用宽绷带从患侧肩上方骨折处开始, 绕过患侧肩前腋下向后, 横过背部至健侧肩上方, 再经健侧肩前腋下向后, 横过背部至患侧肩上方骨折处绕回患侧肩前腋下, 如此反复包绕 8~10 层。然后再用斜“8”字绷带固定, 接前用绷带, 自患侧肩前腋下向后, 经患侧肩上方骨折近端处向前, 横过前胸, 再经健侧腋下向后, 横过背部至患侧肩上方骨折近端处向前绕回患侧肩前腋下, 如此反复包绕 8~10 层。固定结束后将双上肢前臂悬吊屈肘 90°位于胸部两侧。

治疗过程中, 应密切注意绷带固定的松紧度, 若固定过紧, 将引起上肢血液循环障碍, 应及时纠正。若固定绷带松动, 将影响固定效果, 应及时收紧固定绷带。功能锻炼早期屈伸腕关节和用力握拳活动, 中期屈伸肘关节锻炼。药物治疗早期服三七片、云南白药, 中后期服接骨丹等。

治疗结果

56 例锁骨骨折全部临床愈合, 最早临床愈合时间

21 天, 最迟临床愈合时间 42 天, 平均临床愈合时间 25.5 天, 4 周内骨折临床愈合 52 例, 解剖对位和接近解剖对位愈合 53 例, 其中解剖对位愈合 36 例, 接近解剖对位 (上下方向错位在 0.2cm 以下) 愈合 17 例。功能对位愈合 3 例, 其中 2 例上下方向错位 0.5cm, 1 例错位 0.8cm (为陈旧性骨折)。

讨 论

1. 锁骨错位型骨折, 整复较易, 但固定较困难, 临床上常采用横“8”字绷带固定, 使两肩后伸, 能有效的防止整复后的骨折再发生重叠移位, 但对抗胸锁乳突肌牵拉骨折近端向后上方移位的力量较弱, 故治疗结果常发生程度轻重不等的上下方向错位畸形愈合。虽然锁骨骨折畸形愈合对上肢的功能无明显妨碍, 但随着社会的进步, 人们对健康的要求越来越高, 骨折断端未能完全对位, 对患者的心理影响较大, 有的患者认为骨折没有对位就是没有完全治好, 因而在初次整复固定后不满意而采用手术内固定治疗。再则畸形愈合, 肩部凹凸不平, 影响美观, 所以临床上应选择可靠的固定, 尽可能达到解剖对位愈合, 不应该因骨折畸形愈合对上肢功能妨碍不大而放弃对解剖对位愈合的追求。

2. 采用横“8”字和斜“8”字绷带联合固定治疗错位型锁骨骨折, 横“8”字绷带固定能有效地防止整复后的骨折再发生重叠移位, 斜“8”字绷带固定由于绷带经过骨折近端, 固定力由上向下, 能有效地对抗胸锁乳突肌使骨折近端向后上方移位的牵拉力, 两法联合应用, 固定可靠, 能保持整复后骨折的良好对位。同时, 固定可靠, 骨折断端接触紧密和稳定, 骨折愈合速度也较快。

3. 关于“8”字绷带固定的环绕方向。传统的横“8”字和斜“8”字绷带固定的环绕方向是绷带从患侧肩后起, 经患侧腋下向前绕至肩上方, 即绷带在骨折处的环绕方向总是由前下方向后上方环绕。笔者认为这种绷带环绕方向, 恰好与胸锁乳突肌牵拉骨折近端向后上方移位的方向一致, 容易使骨折断端发生再移位。所以笔者使用横“8”字和斜“8”字绷带固定时, 绷带的环绕方向总是由后上方向前下方, 即从患侧肩上方骨折处开始, 向前绕过患侧肩前腋下, 这样由后上方向

前下方的绷带压力,可有效地对抗胸锁乳突肌向后上方牵拉骨折近端的力量,使整复后的骨折断端稳定。关

于这一点,在临床应用“8”字绷带固定时应加以注意。

(收稿:1998-07-28)

钳夹外固定治疗内外踝骨折 21 例

孙晓太

河南省中医院 (郑州 450002)

近年来笔者采用手法整复、钳夹外固定治疗内、外踝骨折 21 例收到满意效果,总结如下。

临床资料

本组 21 例中男 17 例,女 4 例;年龄 17~58 岁。内踝骨折 8 例,其中内踝骨折并踝关节半脱位 3 例;外踝骨折 7 例,其中外踝骨折并踝关节半脱位 4 例;内、外踝同时骨折 6 例。

治疗方法

患者平卧于诊疗床上,患肢自小腿中上段至足趾常规消毒后,铺无菌巾,以 0.5% 利多卡因于血肿内及踝关节两侧钳夹夹持处浸润麻醉。助手双手把持患足,适量牵引,并据脱位情况将足内翻或外翻,同时术者以拇指顶压患处,使之复位。经 X 线透视满意后,以钳夹固定之。若是内踝骨折,钳子的一侧夹着骨折远端,另一侧夹着小腿外侧高于骨折平面约 2cm 处;同样,若是外踝骨折,钳子的一侧夹着骨折远端,另一侧夹着小腿内高于骨折平面约 2cm 处;若是内、外踝双骨折时,钳子一侧夹于外踝处骨折的远端,另一侧夹于内踝骨折线上约 2~3cm 处,这样内踝在距骨的推挤压下,可自动复位。夹子稳定后,以无菌敷料包扎固定,外以石膏托外固定,并视其脱位情况,石膏托固定时使足适当内翻或外翻。

治疗结果

21 例全部治愈。在钳夹固定后 3 周左右,去除石膏

托,适量活动患足及患肢,但勿负重。在骨折固定后 6~8 周,局部疼痛消失,无明显压痛、活动痛时,或拍片示骨折线模糊,有骨小梁贯通后,将钳夹去除,适量负重并由轻到重。钳夹针眼愈合后,配合中药外用薰洗患处。经 8~12 个月的随访,外观及活动功能均良好,无后遗症。

临床体会

1. 内、外踝骨折临床较为多见,用传统方法治疗时,手法整复较易但固定较困难,手术治疗时,复位满意,但增加了局部组织的损伤,扩大了感染的机会,而且病程较长,愈合较慢。采用钳夹固定后,不仅克服了保守治疗及手术治疗之不足,而且经济实用,易于操作,患者痛苦较少。

2. 对于足部及小腿下段处有伤口及皮肤擦伤等不宜手术者,本法尤为适宜,在有效抗生素治疗下,不必待伤口愈合,即可给以整复固定,这样骨折与外伤并行治疗,缩短了病程。

3. 应用本法固定后,骨折处被夹持较为牢固,不会滑脱造成再度错位,固定后可早期活动患肢,以促进循环,利于患肢消肿,加快骨折愈合,利于功能恢复。

(收稿:1996-09-10)

安徽省高校科技函授部中医专业招生

经省教委批准继续面向全国招生,本着继承和发展祖国医学,培养具有专业技能的中医人才,选用 12 门全国统编中医函授教材,与当前全国高等教育自考相配合,聘有关专家教授进行教学,全面辅导和答疑。愿本部能成为你医学道路上的良师益友。凡具有中学程度者均可报名,详情见简章。附邮 5 元至合肥市望江西路 6-008 信箱中函处,邮编 230022,简章备索。电话:0551-3644909。