

充气性气带治疗锁骨骨折

翟献斌 王宗辉 刘德胜

(泰安市中医院, 山东 泰安 271000)

1993~1997 年, 采用自制充气性气带双肩背“8”字外固定, 治疗锁骨骨折 68 例, 取得较好疗效, 现总结如下。

1 临床资料

本组 68 例均为新鲜锁骨骨折, 门诊病人 50 例, 住院病人 18 例, 其中锁骨横形骨折 17 例, 斜形 43 例, 粉碎型骨折 8 例; 男 61 例, 女 7 例; 年龄最小 6 岁, 最大 61 岁。

2 治疗方法

2.1 固定材料 两条止血带(儿童型)连接成长约 150cm 可充气性气带, 用血压计束臂带制成 8cm × 8cm 大小可充气性气垫, 三角巾一块, 输血器开关 2 个, 血压计充气球 1 个, 棉垫 2 块。

2.2 复位固定方法 患者取端坐位, 抬头平视, 双手叉腰, 尽力挺胸抬肩, 助手用膝部顶患者背部, 双手扳住双肩, 缓缓向后牵拉, 以纠正重叠移位。术者位于患侧前方, 根据 X 线片示骨折断端成角畸形情况, 然后摸清骨折断端, 用拇指推按骨折断端, 使其复位。双腋下常规垫上棉垫, 然后用气带作双肩“8”字外固定, 气带接头处有尼龙搭扣, 将搭扣扣上外固定即可牢固, 然后将气垫置于背部气带交叉处, 两肩胛骨之间。然后用充气球分别将气带、气垫充气适量。患侧上肢屈肘 90°, 三角巾悬吊于胸前。

2.3 外固定后处理 (1) 观察病人 30 分钟。(2) 如患者感觉过紧或过松, 可适量放气或充气。(3) 固定后第三天复查, 以后每周复查一次。固定 4~5 周, 即可解除外固定。(4) 口服中药按骨折三期辨证用药。

3 治疗结果

优: 骨折断端解剖复位, 患侧局部肿痛消失, 患侧肩关节

活动自如 44 例; 良: 骨折断端基本解剖复位, 患侧局部肿痛消失, 患侧肩关节活动正常 21 例; 差: 骨折断端有重叠或成角畸形, 但外观无明显畸形, 患侧局部肿痛消失, 患侧肩关节活动尚可, 3 例。本组病例全部愈合。

4 讨论

锁骨在肩部起着“支架”作用, 骨折多发于锁骨后弧与前弧交界处即中外 1/3 交界处。当发生骨折时, “支架”作用丧失, 作用于锁骨的肌肉胸锁乳突肌、胸大肌锁骨部、斜方肌止端、三角肌起点及喙锁韧带和肋韧带的相互牵拉, 加之患侧肢体向下的重力牵引, 使骨折断端发生重叠成角畸形。锁骨骨折外固定的关键为保持抬肩挺胸, 来克服各种肌肉的牵拉, 使骨折断端稳定于复位后的解剖位置, 传统的固定材料多使用绑带、石膏等, 容易滑脱松动, 固定不牢, 反复调整影响骨折愈合, 而且易压迫神经血管等缺点。采用充气性气带气垫固定治疗锁骨骨折, 可避免以上不足, 患者舒适易于接受配合治疗。气带双肩背“8”字外固定, 将骨折维持在抬肩挺胸位, 气垫置于背“8”字下, 两肩胛骨之间, 充气后有向前推按脊柱的力量, 以加强挺胸作用。三角巾将患侧上肢屈肘 90°, 固定于胸前, 可起到向上抬肩抵消部分患侧肢体的重力, 并通过腋下的气带作为支点, 将上肢的重力转化为肩部向外的牵引力, 防止骨折断端重叠移位。气带气垫为充气性有弹性固定材料不压迫皮肤及腋下神经血管, 防止并发症发生。通过多年的临床实践, 气带气垫外固定法治疗锁骨骨折, 此法制作简单, 可反复应用, 固定方便而且牢固, 患者可通过放气充气自行调节松紧度等优点。

(编辑: 李为农)

肩关节脱位合并肱骨外科颈骨折的治疗

刘希胜 印心奇 尹峰

(东方医院, 上海 200120)

肩关节脱位合并肱骨外科颈骨折, 是一种少见而又严重的损伤, 预后较差, 不同程度影响肩关节功能。多为上肢外展、外旋暴力导致肩关节前脱位, 暴力继续作用, 而引起肱骨外科颈骨折。作者 1977~1996 年收治 10 例此类病人。经保守治疗取得满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

本组共 10 例, 女性 9 例, 男性 1 例; 年龄 49~85 岁。左肩 2 例, 右肩 8 例。均为跌伤所致。臂丛神经麻醉后于电透下, 施行手法复位“U”石膏托固定 8 例, 胸壁绷带固定 2 例。

术后摄片证实肩关节已复位, 肱骨外科颈骨折端对位对线佳。

2 治疗方法

臂丛麻醉成功后, 电透下施行手法复位。

2.1 无牵引复位法 患者仰卧位, 伤肢保持于身侧或轻度外展位, 令助手握住前臂下端, 不加牵引, 术者于腋下向外上方推压肱骨头使之还纳关节盂内, 往往可将脱位、骨折一起复位。

2.2 外展复位法 患者仰卧位, 令助手握住腕部顺势牵引

(不用力量),使上臂外展、外旋,外展90度逐渐缓慢至180度,使骨折远端抵住脱位的肱骨头骨折面,当术者手感两骨折端接触稳定后,使上肢内收,同时术者两手从腋部向外上后推动肱骨头,往往可听到明显的复位响声,并有复位感。运用此法时要特别注意,牵引只宜顺势,千万不可用大力,因肱骨头的一段骨块实属游离段,大力牵引上臂手法复位无益。

3 治疗结果

随访3个月~2年,平均8个月。10例肩关节功能优为8例,肩关节屈伸、外展、旋转、环转运动均为正常。X线摄片肩关节正位,穿胸位展示:解剖对位对线。良为2例,X线摄片肩关节正位穿胸位展示肱骨外科颈略有内收、前倾。肩关节屈伸、外展正常运动,但旋转、环转略低于正常运动。

4 讨论

4.1 肩关节脱位合并肱骨外科颈骨折,应注意与肩关节假性脱位相鉴别 所谓关节内半脱位是指由于关节内有大量积液,使关节囊膨胀,或因肌肉松弛力弱,使关节囊受到牵拉,造成肱骨头与肩盂间隙加大,肱骨头下移,在正位X线片肱骨头有类似脱位的表现。但实际关节囊完整,肱骨头仍位于关节囊内,一待关节内积液吸收和增加肩部肌肉的功能锻炼,恢复了肩部肌肉的张力时,肱骨头则可自动复位,X线片表现的关节内半脱位现象也即消失。所以不能把此种在单纯肱骨外

科颈骨折时常见的暂时现象与真正的肩关节脱位合并肱骨外科颈骨折混淆。肩关节合并肱骨外科颈骨折时,在穿胸X线片可显示肱骨头脱位的表现,而在关节内脱位时则不表现有脱位的表现。

4.2 手法复位 原则必须先整复肩关节脱位,而后整复肱骨外科颈骨折断端的移位。伤后时间越早手法复位成功越高。牵引会使关节囊的破裂处更加闭锁,使肱二头肌短头和喙肱肌更为紧张,从而封锁了原脱位的“裂口”。给肱骨头的还纳带来阻力,牵引力愈强,阻力就越大。患者仰卧位,将患肢平放于体侧,轻度外展位,不加牵引,关节囊破裂处松弛,于腋下对肱骨头直接徒手加压,使之易于从松弛的裂口处复回原位。外展复位法:极度外展上臂达90度逐渐缓慢至180度,使肱骨远折端经原脱位的“裂口”,直接接触并抵住脱位的肱骨头骨折端,再与肱骨头部向外上后方推压并内收肱骨干,利用肱骨干的杠杆撬动作用时,带动肱骨头,缓慢用力使之经此“裂口”进入关节孟,达到复位的目的。

避免肱骨头旋转倒置,推挤时注意指腹要扣住肱骨头的大部分,缓慢用力,否则手指按压部位偏下,接触面积过小,易使肱骨头冠状面上发生旋转倒置,增加复位困难。避免神经血管损伤。外固定时间不宜过长,一般在3~4周即可拆除,加强肩部功能锻炼。

(编辑:李为农)

双向克氏针内固定治疗锁骨骨折56例

张鹏程

(通州市中医院,江苏 通州 226300)

自1996年6月至1999年10月,我们采用双向克氏针内固定治疗锁骨骨折56例,现报告如下。

1 临床资料

本组56例,男性34例,女性22例;年龄18~51岁;骨折类型,按Allman分型^[1]。中段骨折45例,外侧段骨折11例,其中包括骨折不愈合2例,开放性骨折1例;伤后三日内手术者33例,一周内手术者21例,四个月以上2例。

2 治疗方法

采用切开复位,双向克氏针内固定。手术方法:颈丛麻醉生效后,取仰卧位,术侧肩背部垫枕,从骨折近端起沿锁骨前缘向远端作2~3cm皮肤横切口,沿锁骨切开颈阔肌,切开并作骨膜下剥离,显露骨折部位。探查髓腔大小,选择两根合适的克氏针(或一粗一细),两根克氏针直径之和,要略大于断端髓腔之直径,约2~3mm。从骨折断端用手摇钻分别将两克氏针向远、近端钻出,先用针尖钻出,然后再将针尖指向骨折处,针尖远离骨折线约0.5cm。直视下复位,先将较粗的一根克氏针摇入对侧折端,再将较细的一根克氏针摇入对侧折端。在进针时,尤其是第二根时,要将远端向近端推挤,防止断端发生分离。将两克氏针针尾弯曲剪断,埋于皮下。如有蝶形骨片,先用钢丝与接触面大的一端对合捆紧后再复位固定;如为小骨片,注意不要剥离,复位固定后连同骨膜软组织一同缝合于原处;对骨折不愈合者,扩通两端髓腔,如短缩明显者取

植骨块置于断端再作双向克氏针内固定;对开放性骨折,常规清创后复位固定,术后三角巾悬吊前臂3~4周。

3 治疗结果

本组56例,经4~12个月的随访,全部愈合,无远近期并发症,外形美观,肩关节及上肢功能好,且恢复快。

4 讨论

4.1 手术适应症 锁骨骨折约占全身骨折的5.98%^[2],大多数锁骨骨折的患者经三角巾保护或“∞”字固定,常能恢复满意功能,需要切开复位者仅为少数。一般认为手术适应症^[3,4]:(1)开放性骨折;(2)骨折合并神经血管损伤;(3)锁骨骨折合并肩胛颈骨折;(4)骨折端有穿破皮肤的危险;(5)锁骨外端明显移位的骨折;(6)骨折不愈合并有疼痛症状;(7)骨折端软组织嵌入;(8)对一些不可控制的畸形选择性手术。本组患者的手术原因:(1)骨折端分离明显约0.8~1.0cm,有软组织嵌入者20例,(2)骨折端呈尖状,断端有蝶形骨片旋转移位与锁骨垂直顶戳皮肤者9例,(3)合并肩胛骨骨折肋骨骨折4例;(4)锁骨远端不稳定骨折3例;(5)骨折不愈合2例;(6)开放性骨折1例;(7)局部隆凸畸形患者要求解剖复位者17例,这部分患者大多数为青年人,他们对骨折移位畸形,心理上不接受,他们不仅仅考虑的是功能的恢复,而且追求外形美观,解剖复位。

4.2 双向克氏针内固定的优点 (1)损伤小,操作便,安全可