

了创伤性关节疼痛及改善了外观畸形,但不能改善其功能,而且由于切除了锁骨外端,常导致锁骨的上翘及不稳,甚至残留后遗症。所以我们认为,研究一种使用安全、固定牢固、不损伤神经血管,介于手术与非手术疗法之间的半侵入性的外固定器来治疗肩锁关节脱位是非常必要的。

对是否修复和重建喙锁韧带,形成了两种不同的观点。山东省文登市整骨医院骨伤研究所通过尸体解剖试验证明^[2],只要肩锁上韧带关节囊和它的腱性加强组织保持完整,肩锁关节是不会发生脱位的。从以往采用手法复位闭合穿针内固定治疗新鲜肩锁关节全脱位,也证明了不需手术修复或重建喙锁韧带,一旦关节复位并得到持久可靠的固定,这些损伤可通过血肿

机化而形成瘢痕韧带化组织来达到关节的重新稳定。以上的解剖试验,就为我们手法复位、不修复韧带的外固定器固定治疗提供了理论基础。

从以上观察看,本研究中的固定器结构简单、操作方便,无需切口复位,故无感染之虑;无需二次手术取内固定物;还具有创伤小,固定牢固,不会损伤神经血管,可以早期功能锻炼,不影响患者日常生活等诸多优点。固定治疗的疗效可靠,值得推广。

参考文献

- [1] 范时雨,汪功久,赵晓宇.利用喙肩韧带重建喙锁韧带治疗陈旧性肩锁关节脱位.中华创伤杂志,1995,11(6):375-376.
- [2] 杨茂清,朱惠芳,谭庆远,等.经皮内固定治疗陈旧性肩锁关节全脱位临床观察.中医正骨,1998,10(1):11.

(收稿:2000 05 22 编辑:李为农)

•手法介绍•

杠杆整复肱骨外科颈外展型骨折 76 例

周黎明

(三门县人民医院,浙江 三门 317100)

肱骨外科颈位于肱骨解剖颈下 2~3 cm 处,为松质骨与坚质骨接壤部,容易发生骨折。骨折后由于丰厚的三角肌及肩部肌群的牵拉,加上局部肿胀,对严重错位的骨折往往手法整复有一定的难度。笔者采用杠杆整复肱骨外科颈外展型骨折 76 例,取得满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 76 例,女 31 例,男 45 例。年龄 27~40 岁 18 例,41~50 岁 30 例,51~72 岁 28 例;左侧 37 例,右侧 39 例。新鲜骨折 64 例,2 周以上 3 周以内 12 例。均经 X 线片确诊肱骨外科颈骨折外展型严重错位。

2 治疗方法

2.1 杠杆及整复圈的制作 用一根长约 1.5m 左右,直径 1 寸铁管,在一头焊上一块长宽约 20cm 的正方形铁板当底座,在铁管的中段先缠一圈约 15cm 厚的硬纸板,再缠上(从 1 斤装药棉剪下铺平)棉花,再在棉花外层缠上绷带至约拳头大小,称整复圈。

2.2 操作方法 患者仰卧在诊疗床上,患肩露出床沿,患肢外展,在腋窝部垂直放铁管,底座着地,上下活动整复圈至腋窝部,一助手站在床头双手握住杠杆头部固定住,一只脚踩住底座一边,术者一只脚踩底座另一边,双手握患者患侧肘部,使肩关节外展 45° 位,前屈 10° 位作拔伸牵引约 3~5 分钟,在牵引下缓缓内收上臂,使患肘尖达患者胸前锁骨中线处,以纠正骨折远端向内的成角及向内的侧方移位。如并有向前成角或移位,术者在结束上法后,再用一手置于患肩部前方,将骨折端向后推,同时另一手握肘部在稍牵引下将患肢逐渐前屈

内收,以矫正骨折向前成角或向前移位。然后抽掉杠杆用小夹板外固定,用绷带将患臂内收贴胸壁固定。

3 治疗结果

采用杠杆整复后 X 线片检查,达到解剖复位 53 例,达到成角矫正,正常力线恢复,侧方移位基本矫正 23 例。一次整复成功者 62 例,二次整复成功者 14 例。随访半年肩关节功能均恢复正常。

4 讨论

肱骨外科颈骨折的常见并发症与早期复位固定的好坏有明显关系,应力求解剖或接近解剖复位,良好的复位,可靠的固定为病人创造了早期功能锻炼的机会,争取一次整复成功,这样有利于骨折的愈合和减少后遗症,对加快患者的康复起着重要的作用。但由于手法整复时,肩部丰厚的肌群牵拉,再加上近端接近关节,难以用手固定,所以往往难以一次整复成功或达到解剖复位,而杠杆整复,利用杠杆及整复圈为支点,在牵引上臂时,整复圈靠腋窝侧推挤肱骨头于关节孟内起到固定近端,通过牵引有效地纠正短缩畸形,在牵引下内收上臂时,整复圈上臂内侧为支点产生强有力的撬拨力,推挤远端向外侧,纠正侧方成角及移位。

用杠杆整复肱骨外科颈外展型骨折,具有操作简便,省力,整复成功率高等优点,特别是对体格健壮,肩部肌肉发达及陈旧性骨折患者更显得整复效果显殊。且整复圈由棉花及绷带做成并缓缓内收上臂,故 76 例肱骨外科颈外展型骨折整复中无一例出现血管、神经损伤。

(收稿:2000 05 11 编辑:李为农)