

搭肩腋管固定治疗锁骨明显移位骨折 35 例疗效观察

周文扬, 赵永锋, 施建玲

文成县中医院, 浙江 文成 325300

[摘要] 目的: 观察搭肩腋管固定与“8”字形绷带固定治疗锁骨明显移位骨折的临床疗效。方法: 将 70 例患者随机分为 2 组各 35 例, 治疗 1 组采用搭肩腋管固定治疗; 治疗 2 组采用“8”字形绷带固定治疗。结果: 优良率治疗 1 组为 68.6%, 治疗 2 组为 42.9%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。因复位固定不理想而行手术内固定治疗者治疗 1 组 6 例, 治疗 2 组 13 例。结论: 搭肩腋管固定较“8”字绷带固定治疗锁骨明显移位骨折在疗效上有显著优势。

[关键词] 锁骨明显移位骨折; 外固定; 搭肩腋管; “8”字形绷带

[中图分类号] R683.41 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0106-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.041

锁骨骨折临床常见, 多发生于儿童和青壮年。“8”字形绷带固定治疗为临床常用。笔者经过多年临床观察发现, “8”字形绷带治疗锁骨明显移位骨折效果并不令人满意, 而采用搭肩腋管固定取得良好效果, 现将观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准》^[1], 并根据病史、体格检查和 X 线片确诊为锁骨明显移位骨折。

1.2 一般资料 观察病例均为 2008 年 1 月~2013 年 8 月的锁骨骨折患者, 共 70 例, 受伤时间 1 h~3 天; 均为新鲜单一明显移位骨折; 男 51 例, 女 19 例; 年龄 9~80 岁, 平均 42.2 岁; 横行骨折 27 例, 斜行骨折 30 例, 粉碎性骨折 13 例; 远端骨折 13 例, 中段骨折 57 例。按就诊时间先后顺序将患者随机分为治疗 1 组、治疗 2 组各 35 例。2 组性别、年龄、病程、病变部位等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗 1 组 采用搭肩腋管固定法治疗。让患者自然端坐, 先在患侧腋部放一系带并外裹棉垫的腋

管, 其系带在患侧肩部交叉打结后绕至健侧腋下再打结。患处可外敷伤膏(由骨碎补、当归、栀子、地鳖虫、续断、红花、竹叶椒根各等份组成, 每 3 天换药 1 次), 再用弹力绷带沿腋管系带走向缠绕加强包扎, 然后用预先做好的能使肘关节屈曲并可搭到健侧肩部的前臂挂兜系在项后, 尽量保持上臂于前胸部平面成 $40^\circ \sim 60^\circ$, 随后患侧骨折端可自动复位。如骨折重叠或分离明显, 未能及时复位者, 则先取下腋管, 一术者将拳置于患侧腋下, 用作支点, 使肩部尽量向外向上, 另一术者沿锁骨方向, 在骨折断端捏合对位, 当听到“喀嚓”响声时, 骨折即可复位。整复粉碎性骨折时手法宜轻巧, 加压垫要稳固可靠, 以免使骨折再移位。术后第 3、7、14 天时行 X 线检查, 并及时调整。以后每 2 周复查 1 次, 直至骨折愈合。一般固定 4~6 周左右。在固定期间, 可随时调整系带的松紧度, 尽量让患侧手搭在健肩, 注意腋部衬垫保护, 避免神经血管受压损伤。早、中期可作患肢肌肉舒缩活动, 后期外固定解除后作肩外展、上举和旋转等运动锻炼。

2.2 治疗 2 组 采用“8”字形绷带固定治疗。复位、康复治疗均同上。

[收稿日期] 2013-10-27

[作者简介] 周文扬 (1969-), 男, 副主任中医师, 主要从事中西医结合骨伤科临床及科研工作。

2周为1疗程,治疗3疗程统计比较疗效。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 参照文献^[2]拟定。优:骨折解剖复位,愈合良好,功能正常。良:骨折近解剖复位,或对位在2/3以上,无成角及旋转移位,愈合良好,功能正常。可:骨折对位在2/3以下,1/2以上,或有轻度成角,旋转移位,局部轻微隆起,劳累后肩部疼痛。差:骨折畸形愈合。

3.2 2组临床疗效比较 见表1。患者均获随访,随访时间2~12月,平均8月。优良率治疗1组为68.6%,治疗2组为42.9%,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。因复位固定不理想而行手术内固定治疗者治疗1组6例,治疗2组13例。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例数				优良率(%)
		优	良	可	差	
治疗1组	35	16(45.71)	8(22.86)	5(14.29)	6(17.14)	68.6
治疗2组	35	9(25.71)	6(17.14)	7(20.00)	13(37.14)	42.9

与治疗2组比较,① $P < 0.05$

4 讨论

锁骨骨折临床多发,约占全身骨折的6.8%,而锁骨中段骨折约占锁骨骨折80%左右,远端骨折约占锁骨骨折15%左右。尽管手术治疗能取得相对满意的影像学结果,提高骨折愈合率,而与保守治疗比较,在肩关节功能,残余疼痛及患者满意度方面无明显统计学差异,手术治疗除能提高骨折愈合率之外,与非手术治疗无明显的差异,但住院费相对昂贵且伴各种不可避免的手术并发症。因此,在临床工作中对于治疗方法的选择是治疗的关键。其治疗的目的恢复肩胛带的正常功能。锁骨骨折复位要求不高,大多可通过手法复位和外固定愈合,很少发生延迟愈合和骨不连,即使骨折畸形愈合对功能影响不大^[3]。但高要求的话,还要解决外观畸形和负重疼痛等问题。

锁骨骨折治疗的保守方法很多,自1929年,Leser报道治疗锁骨骨折的方法以来,已有200多种方法,这些方法大致分为单纯支持方法(肩石膏、三角巾等)和闭合复位后外固定(绷带、弹力绷带等)两类^[4],而“8”字形绷带外固定是最常用的方法。临床应用中笔者发现,该法虽可缓解大部分患者的疼痛

和早期活动,但疗效难尽人意。该法没有解决骨折后要恢复的动态平衡状态,而搭肩腋管固定法则体现了这方面的优势。该法固定利用前臂多头带挂兜兜住肘部,并在腋部用带棉垫腋管垫高,使患肢手部最大限度地搭到健侧肩部,克服了远端三角肌和重力的牵拉力,并使痉挛的肌肉松弛、内侧胸锁乳突肌牵拉力减弱。这样可使远端的三角肌与斜方肌之间,近端的胸锁乳突肌与胸大肌之间,达到一个新的动态平衡,使骨折端重新恢复对位或解剖对位。当骨折移位后即失去支撑力,其杠杆作用消失。而腋部放置腋管,可重新恢复骨折杠杆支点支撑作用,并予以适当外固定来维持这种支撑,再通过肌肉的收缩和利用上肢重量作杠杆作用使肩部向外,逐渐使骨折复位并维持固定。所以利用这种搭肩固定法不仅对锁骨中段明显移位骨折取得了良好的效果,并对锁骨远端型移位骨折,也可起到有效复位固定治疗。该法固定还可有效地限制了肩胛骨的运动而使断端不发生旋转,维持复位后骨折位置,克服了骨折愈合慢,预后不佳倾向。另外,“8”字形绷带需固定双肩,大多数患者感到休息、走路十分不方便。而搭肩腋管固定法固定后健侧上肢可以自由活动,休息走路活动方便,不受影响。这种利用调节人体内外动态平衡失调来治疗骨折,主要利用人体骨骼肌肉的牵拉力,重新恢复杠杆支点支撑,让骨折自动复位的机理,在治疗锁骨明显移位骨折过程中得到较好的体现。观察结果也表明,搭肩腋管固定较“8”字形绷带固定治疗锁骨明显移位骨折在临床疗效上有一定的优势,值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 刘志雄. 骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M]. 北京:北京科学技术出版社,2005:60.
- [2] 范中旗. 改良双圈外固定治疗锁骨骨折34例疗效观察[J]. 中医正骨,1998,10(5):43.
- [3] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3版. 北京:人民军医出版社,2005:401.
- [4] 冯传汉,郭世绂,费公怡. 肩关节外科学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1996:274.

(责任编辑:冯天保)