

扁担夹板固定带治疗锁骨骨折 27 例

谢先敏¹ 谢心军^{2△} 王林华² 张雄² 谢求恩² 徐永贵²

[摘要] 目的:观察扁担夹板固定带治疗锁骨骨折的临床疗效。方法:选取 2014 年 1 月至 2018 年 12 月本院手外创伤科住院治疗的 27 例锁骨骨折患者,均为新鲜闭合性锁骨骨折患者;均使用扁担夹板固定带治疗,观察骨折愈合、患肢功能恢复及并发症发生情况,并于末次随访时参照疗效评定标准评价疗效。结果:治疗后肩关节功能评分明显优于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),本组患者治疗的总有效率为 100%。结论:综上所述,采用手法复位配合扁担夹板固定带治疗锁骨骨折,固定稳定可靠,发生移位概率小,有利于促进患肢肩关节的功能恢复,值得临床推广应用。

[关键词] 手法复位;扁担固定带;锁骨骨折

[中图分类号] R683.41 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)09-0050-02

锁骨骨折是常见的骨折之一,占全身骨折的 2.6%~4.0%^[1],各年龄段均可发生,多见于儿童及青壮年,好发于锁骨中 1/3 或中外 1/3 交界处,直接暴力与间接暴力均可引发^[2]。由于锁骨有较多肌肉附着,常引发骨折移位,对于一些稳定型骨折且不并发其他损伤患者常采用非手术治疗,传统的“8”字绷带固定法对骨折断端固定时,骨折再移位时有发生,为避免骨折再移位的风险,在传统的“8”字绷带固定法的基础上利用扁担夹板固定,能大大减少骨折再发移位的发生。因此,笔者选取了 2014 年 1 月至 2018 年 12 月间在本院手外创伤科住院的 27 例锁骨骨折患者,系统回顾了扁担夹板固定带法对骨折稳定度的影响分析,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本次 27 例均为 2014 年 1 月至 2018 年 12 月在湖南中医药大学第一附属医院手外创伤科住院治疗的单侧锁骨骨折患者,其中男 14 例,女 13 例;年龄 2~87 岁,中位数 48 岁;左侧 17 例,右侧 10 例;均为新鲜闭合性单侧锁骨骨折患者。

1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中锁骨骨折的诊断标准。1)外伤史;2)多发生于锁骨中 1/3 或中外 1/3 交界处;3)主要症状:骨折局部肿胀压痛明显,有移位骨折可触及异常活动及骨擦音。4)X 线片可确定骨折类型及移位情况。

1.3 纳入标准

1)符合诊断标准;2)无血管或神经损伤;3)新鲜、

闭合骨折;4)可以行手法复位并适宜外固定。

1.4 排除标准

1)非外伤因素导致的病理性骨折;2)陈旧性或开放性骨折;3)粉碎性骨折或合并其他严重损伤;4)有血管或神经损伤症状。患者只要满足排除标准中的任意一条,就必须被排除在研究范围之外。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 术前准备 制备一块约 15 cm×5 cm 大小杉树皮扁担夹板,用剪刀将夹板的 4 个角修剪圆润,使用绷带包绕夹板,使两端各留两根长约 40 cm 绷带;另备 2 个医用脱脂棉制作的长约 8 cm,厚约 2 cm 棉垫。

2.1.2 手法复位 使用传统的挺胸膝顶复位法^[4]手法复位,使骨折移位得以改善。对于依从性不好的患儿需家长协助。

2.1.3 骨折固定 采用扁担夹板固定带固定:将提前制备的扁担夹板纵向压于骨折端,固定时先在两侧腋下各放置一块厚棉垫,将两端各取一根长绷带经肩前、后绕至健侧腋下,再回绕至伤侧肩后打结;再将两端另一根长绷带从患者伤侧胸前、后经腋下绕回肩后打结,固定时注意不要伤及重要血管、神经;术后抬高患肢,前臂悬吊于屈肘 90°,前臂中立位,固定 3 周。典型病例见图 1-2。



图 1 治疗前 X 线片

基金项目:湖南省自然科学基金青年基金(2017JJ3244)

湖南省教育厅科学研究项目(17C1227)

¹ 湖南中医药大学(长沙,410007)

² 湖南中医药大学第一附属医院

△通信作者 E-mail:724964535@qq.com



图 2 治疗 3 个月后复查 X 线片

2.1.4 练功及注意事项 术后 1~3 d 观察患肢肿胀、肢端血运及感觉情况,及时调整夹板松紧度;手法

表 1 肩关节功能评分表

前屈	外展	外旋	内旋
0°~30°,0 分	0°~30°,0 分	手放在头后肘部保持向前,2 分	手背可达大腿外侧,0 分,31°~60°,2 分
31°~60°,2 分	手放在头后肘部保持向后,2 分	手背可达臀部,2 分,61°~90°,4 分	
61°~90°,4 分	手放在头顶肘部保持向前,2 分	手背可达腰骶部,4 分,91°~120°,6 分	
91°~120°,6 分	手放在头顶肘部保持向后,2 分	手背可达腰部(L ₃ 水平),6 分	
121°~150°,8 分	121°~150°,8 分	手放在头顶再充分向上伸直上肢,2 分	手背可达 T ₁₂ 椎体水平,8 分
151°~180°,10 分	151°~180°,10 分		手背可达肩胛下角水平(T ₇ 水平),10 分

2.2.2 疗效评定标准^[6] 优为骨折线消失,无畸形,骨折对位 3/4 以上,功能活动正常,无创伤性关节炎,无感染;良为骨折线消失,功能活动正常,骨折对位 2/3 以上;可为骨折线消失,轻度创伤性关节炎,骨折对位 1/2~2/3;差为骨折畸形愈合、延迟愈合、不愈合或严重创伤性关节炎,功能活动障碍。所有患者出院后通过门诊复查以及电话回访的方式随访。

2.3 统计学方法

用 SPSS21.0 统计软件对所得数据进行统计处理,肩关节功能评分的比较用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用配对设计资料 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 治疗前后肩关节功能评分比较

治疗前本组患者的肩关节评分为(27.1±1.7)分,治疗 3 个月后评分为(32.5±1.7)分, $P=0.00<0.05$,差异有统计学意义。

3.2 本方法治疗后疗效情况

本组患者的总有效率为 100%,见表 2。

表 2 患者治疗后疗效统计

例数	优	良	可	差	总有效率/%
27	8	13	6	0	100

4 讨论

锁骨骨折是上肢常见的骨折之一,唐福福^[7]认为大多数的锁骨骨折都可以选择非手术治疗,儿童的骨骼生长和塑形能力较成人更强,即使有轻度移位,儿童也能塑形,并且切开复位内固定治疗儿童锁骨骨折创伤较大、出血较多,甚至可能伤及骨髓,导致骨不连等并发症,并且手术切口的疤痕也会影响患儿的美观,所以笔者在治疗儿童锁骨骨折时应该慎重选择治疗方式,多选用保守治疗方式。而成人锁骨骨折只要是稳

术后 3,7,15,30 d 复查 X 线片;术后初期做腕、肘部关节屈伸活动和用力握拳活动,中后期逐渐做肩部练功活动,重点做肩外展和旋转运动,防止肩关节因为长期固定而致功能受限。

2.2 疗效评定方法

2.2.1 肩关节功能评分 患者采用 Constant-Murley 肩关节功能评分表^[5],每种活动 0~10 分,共 40 分(见表 1)。分别在治疗前、治疗 3 个月后对患者随访,分析比较肩关节功能情况。

定型骨折、移位不大并且无神经血管损伤或合并其他损伤,大多也可以采用非手术治疗,并且非手术治疗可以使病人免受手术的痛苦等优势。

祖国传统医学整复锁骨骨折最经典的方式就是“挺胸膝顶复位法”,临床应用多年,整复效果可靠,主要原理利用骨折的逆损伤机制,即《仙授理伤续断秘方》中所说的“拔伸”“捺正”^[8],通过反其道而行之使骨折复位,复位之后需要固定,传统的固定方式有“8”字绷带固定法、双圈固定法等,笔者采用的扁担锁骨带固定法也是一种基于传统的“8”字绷带固定法改良而来,传统的“8”字绷带固定法在固定锁骨骨折时存在对骨折端加压不够等缺陷,这样就导致骨折畸形愈合的风险加大,常发生固定不牢固而再次移位,从而影响了骨折愈合后肩关节的功能恢复情况,针对这一缺陷,本院手外创伤科在骨折端增加一块“扁担”,相较于传统的“8”字绷带固定法可以在骨折处形成一个压力,可以更好地预防或纠正骨折的成角畸形,有利于后期肩关节的功能恢复。

手法复位配合扁担夹板固定带固定常应用于稳定型锁骨骨折且无其他并发损伤的患者,对于这一类患者非手术治疗相较于手术治疗而言具有创伤小、费用低、无麻醉风险的优点,同时钢板内固定的患者还要二次切开取出内固定,而非手术方法治疗这类病人同样可以取得不错的疗效,这些都是非手术治疗的优势所在。而对于粉碎性骨折、短缩移位明显或者伴随其他损伤的患者,特别是成人,应该考虑手术治疗^[9]。对于不适宜保守治疗的患者还是应该采用钢板、髓内钉、经皮穿针内固定等方式^[7,10,11]。