

T 形钢板内固定治疗锁骨内端骨折

石真安

(山东省临邑县中医院, 山东 临邑 251500)

关键词 锁骨 骨折 骨折固定术, 内

2005 年 3 月至 2009 年 1 月, 我们采用 T 形钢板内固定治疗锁骨内端骨折患者 5 例, 取得了满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 5 例, 男 3 例, 女 2 例。年龄 23 ~ 65 岁, 平均 43.3 岁。左侧 1 例, 右侧 4 例。车祸伤 3 例, 跌落伤 2 例。伴肋骨骨折及血气胸 2 例。

1.2 临床表现 锁骨内端肿胀、疼痛, 局部隆起畸形, 可触及骨擦感, 上肢活动受限, 部分患者锁骨远折端出现浮动感。

2 治疗方法

采用颈丛神经阻滞麻醉或全身麻醉, 患者取仰卧位, 患侧肩后垫高。取患侧锁骨内端及胸锁关节前侧入路, 切开皮肤及皮下组织并向两侧游离, 行骨膜下剥离, 保留后侧骨膜, 显露骨折端。清除骨折端血块及碎裂组织, 行骨折端复位。选取适当长度的 T 形钢板塑形后, 固定于骨折两端。远端用皮质骨螺钉固定, 近端用松质骨螺钉固定。术毕, 冲洗切口, 放置橡皮引流片, 逐层缝合。术后三角巾悬吊患肢 3 周, 逐渐开始功能锻炼至恢复正常活动。

3 结果

本组均获得随访, 随访时间 6 ~ 24 个月, 平均 13 个月。所有患者切口均 I 期愈合, 外观无畸形, 功能满意。无切口感染、神经血管损伤、血气胸、钢板螺钉

松动等并发症发生。X 线检查示骨折对位对线良好, 骨折全部骨性愈合。按 Rockwood 评分标准^[1] 评定疗效, 本组优 3 例, 良 2 例。

4 讨论

锁骨内端骨折临床较少见。因上肢的重力作用, 锁骨骨折端往往有移位, 虽可以经过手法复位但固定困难, 故临床医生多采用切开复位固定。传统内固定方法多采用克氏针、钢丝等固定, 但由于锁骨解剖部位的原因常常很难穿针固定, 即使固定上也存在固定强度不足、骨折易移位、不能早期进行功能锻炼等缺点^[2]。而采用 T 形钢板内固定可以避免以上缺点。T 形钢板内固定具有以下优点: ①具有内固定物小而坚固的特点, 术后局部不会隆起, 不影响美观; ②较易塑形, 能够适合局部的解剖形态, 起到坚强固定的作用; ③钢板为钛合金材料, 弹性模量接近于骨骼, 可以减轻内固定术后的应力遮挡; ④符合锁骨近端宽大、锁骨干较细的解剖形状。

5 参考文献

- [1] Rockwood CA Jr, Groh GI, Wirth MA, et al. Resection arthroplasty of the sternoclavicular joint[J]. J Bone Joint Surg Am, 1997, 79(3): 387 - 393.
- [2] 刘建斌, 李春龙, 梁晓芬. 胸锁关节脱位合并同侧锁骨骨折术后克氏针折断坠入胸腔一例[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2005, 20(8): 570.

(2010-02-20 收稿 2010-10-22 修回)