

手法整复肱骨颈骨折并肩关节前脱位

广西桂平县中医院骨伤科 谢春升

在所有肩关节损伤中,最难治疗的是肱骨颈骨折并肩关节前脱位^{1,2}。它是一种少见而又严重的创伤。闭合复位极为困难,大多主张手术治疗。术后往往遗留较严重的关节功能障碍。我们曾收治此种患者12例,用手法整复、小夹板超肩关节固定或加用外展架固定的方法治疗,其中9例获得复位成功,取得较满意的效果,现报告如下:

临床资料

本组病人新鲜伤11例,陈旧伤1例。男性2例,女性10例。年龄最小14岁,最大80岁。50岁以上共8例。左侧3例,右侧9例。受伤距治疗时间最早1天。最迟21天。无严重心血管合并症者,入院后先作手法复位。其中1—3次获得成功者8例。有1例经3次整复失败后,肢体肿胀较甚,待一周肿胀明显消退后,再行闭合复位成功。陈旧伤1例,因80岁高龄而放弃治疗。2例经多次整复后,发生肱骨头旋转倒置,导致闭合复位失败而改行手术治疗。闭合复位成功者,临床愈合时间最短3周,最长5周。除2例外均进行随访,随访时间最短3个月,最长2年。随访结果,手法复位成功者,功能恢复满意。

复位方法

1、无牵引复位法:患者坐位或仰卧位,伤肢保持于侧身或轻度外展位,令一助手握住前臂下段,不加牵引,术者于腋下向外上后方推压肱骨头使之还纳关节盂内,往往可将骨折脱位一起复位。

2、外展复位法:患者仰卧位,助手握伤肢腕部顺势牵引,使上臂外展外旋,外展达90度至180度,使骨折远端抵住脱位的肱骨头骨折面,当感到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方推动肱骨头,往往可听到明显的

复位响声,并有复位感。一般骨折随脱位的复位而复位³。运用此法时要注意,牵引只宜顺势,不用大力,因肱骨头的一段骨块实属一游离骨段,大力牵引上臂于整复无益。

固定方法

根据我们多年的临床体会,肱骨颈骨折并肩关节前脱位,闭合复位成功后,单纯用小夹板超肩关节固定。若骨折在外展位对位较好和稳定,则加用外展架固定。固定后的管理很重要。练功时内收型骨折禁忌内收,外展型骨折禁忌外展³,以防再错位。

讨论

1、肱骨颈骨折合并肩关节前脱位应值得注意的是肩关节假性脱位相鉴别⁴。所谓肩关节假性脱位,是由于损伤暴力大,合并腋神经挫伤或断裂,致使肩部肌肉瘫痪,或因年老患者,由于肩部肌力减退,关节囊松弛,及上肢垂力作用,盂肱关节间隙加大,肱骨头下移至关节囊窝内造成假性脱位。有时X线投照角度不正确也是造成误诊的主要原因。在肩胛骨处于旋前45度角左右投照肩关节正位相时,X线片上的显影是肩胛盂与肱骨头重叠,加上肢体重力,关节间隙加大,很容易误诊为合并肩关节脱位。为了辨别真假脱位,拍照肩关节正位相时,X线的球管应与肩胛骨垂直而不应与躯干垂直,即X线的暗盒要紧贴肩关节的背侧,上臂保持在中立位,球管对准肩关节。拍照肩关节侧位相时,以穿胸位为准,即健肢上举,球管由健侧胸壁通过脊柱与胸骨之间,可清楚地显示出肱骨头有无旋转及骨折移位情况,肱骨干也必须处在中立位置。对怀疑有脱位者,在投照正位片时“兜肘”,

壁麻痛消失,视物清楚,颈部活动自如。X光片复查,颈曲恢复正常,可做家务工作。4月随访,疗效巩固。

体会:

颈椎病现代医学认为属颈椎退行性改变,祖国医学在颈椎病中无专题论述,也无此病名,但考其病因、病理及临床表现,乃属“痹证”范畴。本病发生与颈项部位反复扭挫伤及劳损有密切关系,疼痛

的程度因过度劳累或受寒而加剧,疼痛部位与经络的循行有关《灵枢·经脉》所述小肠手太阳之脉“是动则病不可以顾,肩似拔,臑似折”清·张隐庵注颈项肘臂痛:“皆经脉所循之部分而为痛也。”

通过几年来的临床实践,我对手法治疗颈椎病的认识是,这种方法值得推广,是符合科学的。

由于本人才学疏浅,本文存在许多缺点错误,敬请同道指正。

可证实脱位之真假。

2、手法复位的机理。我们认为肱骨颈骨折并肩关节前脱位的发生是由于患者肩部于过度外展位,受到暴力的作用,迫使肱骨头冲破肩关节囊的前下方,行经肱二头肌短头和喙肱肌之后,形成喙突下或孟下脱位,暴力继续作用,使肱骨颈部形成外翻成角应力,造成骨折,骨折后肢体远段因重力作用回归原处,而肱骨头则留于原来脱位的位置,并呈外展位。此类病人受伤后,自然地在关节囊前下方破裂处形成一个“裂口”

牵引会使关节囊的破裂处更加闭锁²,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。反之将臂平置身侧或轻度外展位,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,反骨折脱位之道而行之,极度外展上臂达90度至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,再于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,带动肱骨头,使之经此“裂口”进入关节盂,达到复位的目的。

3、避免发生肱骨头旋转倒置。整复中发生肱骨头旋转倒置,可能是由于推压肱骨头时,手指接触

肱骨头的位置偏下,接触面积过小所造成。因此在推挤肱骨头时,要以指腹扣住肱骨实的大部,徐徐加压,以避免之。一旦发生旋转倒置,很难纠正。本组有2例均因整复时肱骨头旋转倒置而失败,改行手术治疗。

4、避免血管神经损伤。因为腋窝内有腋动静脉和臂丛神经通过,损伤腋血管和神经造成不可修复的损害。因此,在复位时应运用轻、巧、稳、准的手法,避免强力牵引和盲目粗暴的做法。在复位中,如阻力太大,推挤不动,应及时改变其它方法。

5、小夹板外固定的时间不宜过长。一般3—5周即可去除外固定。对老年患者尤其不能固定太久。肩过久会使肌腱粘连、关节囊挛缩,发生冻结肩,关节功能严重障碍,要很长时间锻炼才能恢。使复

参考文献

- 1、过邦辅等编译:骨折与关节损伤,302页,上海科学技术出版社,上海,1984
- 2、雍宜民等:肩关节前脱位合并肱骨颈骨折,中华骨科杂志,1(1):52,1981
- 3、天津医院骨科编:临床骨科学(1)创伤,142页和155页,人民卫生出版社,北京,1973
- 4、苏宝恒等:肱骨外科颈骨折诊疗经验——合并肩关节假性脱位报告,光明中医骨伤科杂志,创刊号:8,1985

(上接40页)

疾病的作用。王不留行籽子,经过麝香处理后,促进开经络,透肌骨,以加强疗效。耳穴压豆法,在止痛上,效果显著,在1分钟内100%可见效,并达到患侧肩伸臂抬肩划圈也无痛感。中药方剂舒筋活血汤(为自拟方),根据中医辨证施治理论,在治疗局部病变时,常从调整人体气血阴阳的平衡,互相转使,反馈于形体之外部。根据《本草纲目》所述,当归、川断、川芎、威灵仙、牛膝有活血散寒通络止痛、除湿伸筋之功能。乳香古有“活血伸筋乳香为优”之说。羌活作用偏上偏表。适于上身风湿痹痛,通利关节。姜黄横走上肢,以助诸药之威力,防风有风药“调剂、润剂”之称。该方剂之组成对患肩部有加快血液循环,通络散寒,强筋壮骨,促进消散和吸收,而使临床症状和体征得到改善和消失,符合中医“络通则不痛”,“血行风自灭”、“血气行、濡筋骨、利关节”的理论。舒筋活血汤对因风寒湿邪而发病的中老年人,病程长而又较重的患者疗效显著。

有效率除A组明显高于B组外,在有效例数与

疗程关系上呈反逆差增加,与病程关系成正比例。由于随机分A、B两组无差异,从而证实了A组疗效明显高于B组的可靠性。过去采用西药治疗,副作用大,因肩部药物反应而产生痛苦,甚至发生炎症全身高烧而停止治疗,A组无一例,B组一个疗程停止2例,二个疗程停止5例,三个疗程停止10例,计停止17例,占34%。可见B组疗程越长,副作用越大,停止率也就越高,其中有5例因副作用大,不能坚持治疗,而转为A组采用中医治疗得到痊愈,A组无副作用优于B组。从复发情况分析,在有效病例中,A组1年内2例,2年内4例,合计6例,占10%;B组1年内3例,2年内7例,合计10例,占33%,B组的复发率是A组的三倍。

总之,两组相比,A组疗效高,疗程短、复发性小、无痛苦,无副作用,且操作简便,在治疗过程中,不会中断,既经济又方便,病人易于合作和坚持治疗。

参考文献:

- 1.宋一同等 耳廓诊断与治疗 1985年版111页
- 2.于同乐等 安徽医学 1988年9卷1期44页