

肩关节脱位并同侧肱骨骨折 12 例治疗

山东省淄博市中心医院 (255036) 吉 勇 王 颖 丁 宇

我院骨科自 1986 年以来共收治肩关节脱位合并同侧肱骨骨折 12 例, 现报告如下。

临床资料

本组 12 例中, 男 9 例, 女 3 例; 年龄 20~40 岁; 右侧 7 例, 左侧 5 例。致伤原因: 车祸伤 5 例, 机器绞伤 4 例, 坠落伤 3 例。12 例均为肩关节前脱位合并同侧肱骨骨折, 其中肱骨上 1/3 骨折 4 例, 中下 1/3 骨折 6 例, 肱骨外科颈骨折 2 例。同时伴有桡神经损伤 1 例, 对侧胫腓骨骨折 2 例, 休克, 脾破裂 1 例。

治疗方法

本组 1 例因肩关节脱位并肱骨外科颈骨折, 同时伴有脾破裂, 休克, 入院后行急诊脾破裂修补术, 术后 8 天行肩关节脱位、肱骨外科颈骨折切开复位勾形钢板内固定术。其它 11 例入院后先行肩关节脱位手法闭合复位, 均复位成功。肩关节前脱位复位方法^[1]: 在臂丛麻醉下, 病人平卧于手术台上, 自伤腋下经胸前及背后绕套一手术中单, 向健侧牵引固定胸壁, 患肢肱骨骨折处用夹板固定。一助手托住患肢肘部及前臂, 术者握住肱骨骨折的近端(尽量靠上握)。沿上臂弹性固定的轴线方向(60°外展位)牵引并外旋, 并用手自腋部将肱骨头向外后推挤, 即可复位。对肱骨骨折对位对线差者可择期行手术切开复位内固定术。本组 8 例肱骨干、1 例肱骨外科颈骨折择期行切开复位钢板内固定术。术后患肢石膏托功能位外固定 4 周, 4 周后开始患肢的功能锻炼。

治疗结果

本组病例经 1 年以上随访, 12 例肩关节活动基本在正常范围内, 肱骨骨折均达骨性愈合, 患肢功能恢复正常。

讨 论

1. 肩关节脱位合并同侧肱骨骨折是十分少见的损伤, 它多见于外伤机制较为复杂的创伤, 如车祸伤、机

器绞轧伤、砸伤等。大多由强大暴力所致, 或在一次外伤过程中, 受到两次外力作用或两种分别的外伤机制所引起。

2. 明确诊断, 防止漏诊及延误诊断。此类损伤的病人, 由于肱骨骨折的存在, 骨折部位肿胀畸形, 方肩畸形不明显, 杜格斯征不能检查, 故常易漏诊, 甚至延误诊断。造成漏诊的主要原因有: (1) 肩关节脱位畸形被骨折畸形掩盖; (2) 接诊医师满足于骨折的诊断, 未行全面细致的检查; (3) 拍 X 光片未包括邻近骨折部位的上下关节。故我们建议, 当发现肱骨中段骨折在自然体位有明显向外成角畸形, 就应怀疑有肩关节脱位的可能。

3. 肩关节脱位并同侧肱骨骨折是一种复杂的合并伤, 它不同于单纯的骨折和脱位。我们认为对此类损伤的病人, 早期诊断, 早期关节复位对肩关节的功能恢复是十分重要的。部分作者建议行切开复位手术治疗, 但我们认为在麻醉下, 用上述方法早期行肩关节的闭合整复是可行的。本组 11 例手法复位均获成功。对此类损伤的病人, 不能使用足蹬法、悬吊牵引法或 Kocher 法进行复位, 以免加重损伤, 增加病人的痛苦。用上述手法整复肩关节脱位既安全又可靠。通过对本组病例的实践, 我们认为早期手法整复肩关节脱位可以减少病人的痛苦, 又可早期开始肩关节功能锻炼, 减少关节僵直及创伤性关节炎的发生。但在整复关节脱位时应禁用暴力和反复整复, 应熟练掌握肩关节的解剖结构, 防止盲目整复, 以免加重患肢的损伤。而对肱骨骨折对位对线欠佳的病例可择期行内固定术。

参考文献:

1. 陆裕朴, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社 1991: 569.

(收稿: 1995-04-24, 修回: 1996-01-17)

安徽省高校科技函授部

中医函授大专班面向全国招生

本部经安徽省教委批准面向全国招生。选用《全国高等中医院校函授教材》, 开设十二门中西课程, 与高等教育中医自学考试相配合, 由专家教授全国辅导和教学。凡是有高中语文程度者均可报名, 附邮 5 元至合肥市望江西路 6-008 信箱中医函大, 邮编 230022, 简章备索。电话: (0551) 556936。