

综述

中医治疗肱骨外科颈骨折

江苏省苏州市中医医院(215003) 姜宏 石印玉*

肱骨外科颈骨折指肱骨解剖颈下 2~3cm 的骨折,又称肱骨上段骨折、肱骨肩端骨折。约占全身骨折的 1.7~2.3%^[1],治疗有一定的难度。闭合整复,以用牵引或石膏固定,既不易保持整复后的对位,又可造成肩关节粘连。手术切开内固定,肩关节功能恢复更差。我们近 10 年来,采用手法复位,超肩关节外固定、积极的功能锻炼,取得满意的疗效。现概述如下:

骨折类型与受伤机理

肱骨外科颈骨折多为间接暴力所致。跌倒时手掌或肘部先着地,向上的传达暴力作用于肱骨外科颈而引起。偶因直接暴力打击肩部而骨折。可分为裂缝骨折、嵌插骨折、内收骨折、外展骨折、合并脱位五种类型。

治疗方法

肱骨外科颈骨折治疗方法主要有:闭合复位外固定、手术复位、融合术和人工肱骨头替代术。中医闭合复位外固定是最主要的常用治疗手段。只要方法得当,把握时机,是行之有效的。优点在于:操作简便,痛苦较小,骨折愈合及功能恢复快而好。

1. 整复手法:端提,按挤及“过顶法”为主。并按骨折类型辨质施法。

外展型:手法要点:助手沿外展方向牵引,术者二拇指抵住骨折近端外侧,其余四指环抱骨折远端内侧,待重叠完全纠正后,即将骨折远端向外牵拉,此时助手将病人肘部内收即可。变化手法有三人复位法,单人跨臂复位法、托腋内收法、交臂复位法^[2~5]。

内收型骨折:手法要点:助手沿内收方向牵引,术者二拇指按住骨折部,将骨折远端的近端向内推,其它四指拉骨折远端外展,此时助手将病人肘部外展,即可复位。变化手法有外展过顶法、过度外展复位法、托腋外展法、俯卧前屈过顶法^[2~4]。

过顶复位法^[6]:术者立于患者的前外侧,两拇指置于骨折远端后侧,其余四指环抱肩前侧相当骨折成角部,在牵引下,手握前臂的助手将前臂前屈上举过顶,此时,术者两拇指压住骨折远端向前推挤,其余四指由

前侧用力向下扣挤按压成角部。如感到骨擦音,骨折断端相互抵触,则表示成角畸形矫正,骨折正确复位。

俯卧复位法^[6]:过顶法复位后,X 线片显示皮质骨仍有嵌插或肱骨颈旋转时,说明骨折端向前仍成角过大,术者经验不足或助手配合失调的情况下,抬举患肢过程中造成牵引力中断,使对抗牵引力变为嵌插力,象棍捅球一样,骨折远端把肱骨头捅转,此时可易本法。病人俯卧,术者二拇指由腋后方向前推顶骨折近端,其余四指环抱骨折部,助手逐渐牵引患肢平伸几乎与床面平行,术者四指用力向后按压骨折端,矫正向前成角,此法简单易行。

洛阳正骨医院根据肱骨外科颈骨折类型总结了一套比较完整的系列整复手法:外展牵拉按压整复法、内收牵拉整复法、外展旋转高举复位法、扩大畸形(成角)对位法;对陈旧性骨折者,采用麻醉下按摩活筋、松解粘连、旋转骨折和重新整复骨折的方法进行复位。

骨折合并脱位:肱骨外科颈骨折合并脱位,由于失去了完整的可操纵肱骨头的杠杆作用,闭合复位难度极高。而手术治疗将增加肱骨头上的软组织剥离,加重血液供应不足,促使缺血坏死。多年来,国内有学者致力于手法的研究,但在整复手法的程序方面各家意见不一,既有主张先整复骨折,也有主张先整复脱臼,更有强调二者一气呵成。骨折合并脱位,肱骨头处于关节盂下,旋转 90°,几成倒立。王桂生^[7]认为,对这类骨折脱位,仍可用 Hippocrates 手法进行复位,但需在腋窝施加直接压力,使肱骨头旋至原位,并于复位(注意勿损伤臂丛和腋血管)。

林如高^[8]牵引钩托法:助手将上肢外展 90°位牵引,先将远端和近端相对合,以后持续牵引,术者用两手指顶住肩峰,以其余四指自腋窝把肱骨头与颈一并向外上方用力钩托使之整复。

此外,有用肩轻度外展位推挤手法,肩上举位拔伸复位法以及外展牵引、指压复位、触顶合骨三步曲获得成功。

肱骨外科颈骨折因整复手法不当,导致闭合复位失败的并不少见。究其原因,可能在于以下几个方面:

(1)对抗牵引力不足,用双手握住肩部或插在腋下

* 上海曙光医院

进行反牵,其牵引力往往不足,而且妨碍术者复位。因此应用宽布带绕过患侧腋下作对抗牵引,既可以获得足够的对抗牵引力,而且可以空出位置便于术者操作。

(2)肘关节位置不当:肘伸直位牵引,肱二头肌紧张,因而对抗牵引力,增加复位困难。无论采取何种体位,在拔伸牵引时,都应保持肘关节屈曲,前臂中立位。

(3)在重叠移位尚未矫正以前,整复侧方移位,一则无法复位,二则会使肱骨头旋转。对此,应注意整复的体位,牵引的力度及方向。外展型骨折,先外展牵引,内收型骨折,先内收牵引。

(4)上臂前倾角度不够,向前成角未予以纠正。

(5)整复后来使骨端嵌插,术者应以两手固定骨折部,助手握住上臂向近侧顶推,或叩击肘部,使断端互相嵌插,以加强稳定性。

2. 固定方法

多选用夹板进行固定,一般选用超肩关节夹板、连肩夹板、飞机夹板。其中内侧夹板一端多呈蘑菇头状(带有卵圆形头),辨型放置可控制外展或内收。然由于肱骨外科颈骨折线高,肱骨头接近圆形,肩关节活动范围大及肩部肌肉丰富,固定仍难可靠服贴。其常见如下不足:前外后侧夹板过短、内侧夹板过长、压垫难以准确放置。张安桢⁽⁸⁾用腋管作为支点配合夹板固定治疗肱骨外科颈骨折等肩部损伤,有其独到之处。腋管系一长 10cm、外径 3cm 中空竹管或塑料管,使用时将其置患侧腋下,以扎带穿过管孔。根据骨折类型、配合夹板、压垫等,将扎带系向不同方向缚绑。腋管固定术可产生均匀的挤压作用,加强骨折断端的对向挤压力。

为克服夹板单纯固定肩部欠牢靠这一不足,周志华⁽⁹⁾用塑形石膏托结合小夹板治疗老年肱骨外科颈骨折 67 例,半年~6 年随访结果,优良率达 85%。方法:先预制超肩关节塑形石膏托,并在肩关节处弯成 110°左右,在预制时先将 2 条宽 1cm 的布带分别埋入夹板的肩部及肱骨中下段的石膏绷带层中。当骨折复位后,先缠一层绷带,根据骨折移位方向放置压垫,然后将塑形石膏托放置于外侧,前后各置一长木板,内侧为卵圆形板。

曲克服⁽¹⁰⁾用钳腋颈夹板治疗肱骨外科颈骨折 35 例中不移位率达 97%。夹板由内外前后四块 5mm 厚的医用塑料夹板制成。其中后侧板上端塑成弧形,以适应突出的肩胛冈,前侧板塑成内弯曲的呈半圆形的耳状面,恰好嵌压于胸大肌与三角肌间沟,挟住肱骨颈部⁽¹⁰⁾。其设计科学,适合体形,因而固定牢靠,且又不妨碍早期活动肩关节。

此外,张安桢用鼎式夹板⁽⁸⁾、黄殿栋⁽¹¹⁾用外展铁

丝架(由腋杖式架、肩架、胸架和支杆组成)、许鸿照⁽¹²⁾用双爪固定器固定法(半侵入法)均收到很好的疗效。

3. 功能锻炼

肩部的功能恢复是肱骨外科颈骨折康复治疗中的重要一环。为防止冻结肩形成,骨折复位固定后,即应指导病人开始做手指、腕、肘等关节的伸屈及前臂的旋转活动,一周后逐渐开始肩部活动,但限制不利活动(外展型限制外展、内收型限制内收、后伸型限制后伸活动)。夹板或外固定解除后,早期开始物理治疗法。

中医骨伤科学有一整套行之有效的练功疗法。早期作抓空增力(金龙探爪),互相用力伸展,再用力握拳;上翘下钩(鲤鱼摆尾)、腕关节作背伸掌屈的摆动;左右摆掌(棕叶迎风),腕关节作内收外展活动;屈肘持篮(力提千钧),作肘关节伸屈活动;屈肘持篮(力提千钧),作肘关节伸屈活动。中期仍作上述各式动作,增加运动量。解除固定作肩肘屈伸(白猿献果),健患两上肢同时作肩关节前屈、肘关节伸直,然后收回还原动作;双手托天(举火烧天),用健手扶住患侧手,同时上举。

若解除固定后,粘连严重,肩痛和肩关节运动功能障碍,可辅以推拿按摩或松解手法。患者坚持每日 3~4 次,每次 20~30 分钟的主动练功活动,应忍痛进行。
①以患肩为轴心按顺、逆时针方向分别作环旋运动(划圆圈)
②肩肘屈曲十指交叉合拢抱头作外展上举活动
③双臂内旋后伸,手背贴腰部,健手拉患手向健肩活动
④患肩前屈上举,作手指爬墙或上举拉滑轮活动。

参考文献

- 姜友民. 肱骨外科颈骨折国内外研究近况. 骨伤科通讯 1988;(2):31.
- 张安桢. 中医骨伤科学. 第 1 版,北京:人民卫生出版社 1988;205~213.
- 岑泽波. 中医正骨学. 第 1 版,北京:人民卫生出版社 1991;57-63.
- 林子顺. 林如高正骨经验荟萃. 第 1 版,北京:人民卫生出版社 1990;156-160.
- 吴阶平. 黄家驷外科学. 第四版,北京:人民卫生出版社 1988;1867.
- 姜友民. 手法治疗陈旧性肱骨外科颈骨折. 中国中医骨伤科杂志 1988;(3):20.
- 王桂生. 骨科手术学. 第 1 版,北京:人民卫生出版社 1982;213.
- 张安桢. 肩部损伤与腋管应用. 福建中医药 1983;(4):24.
- 周志华. 塑形石膏托结合小夹板及中药治疗老年性肱骨外科颈骨折. 中西医结合杂志. 1983;(5):285.
- 曲克服. 肱骨外科颈骨折的分型和治疗. 上海中医杂志 1982;9:24.
- 黄殿栋. 骨折简易疗法专辑. 黑龙江中医学院附院 1983;12.
- 许鸿照. 双爪固定器治疗不稳定型肱骨外科颈骨折 48 例报告. 中医正骨. 1992;(1):25.