

创伤性肱骨头下移症

山东中医学院附属医院(250011) 邱红明

现将近 5 年来治疗的 9 例创伤性肱骨头下移症作一分析介绍。

临床资料

本组 9 例中男 5 例,女 4 例;年龄 34~62 岁;左侧 5 例,右 4 例;均有外伤史;肱骨头与肩峰关节面距离(X 片)为 0.9cm 至 1.2cm;合并损伤:肱骨干粉碎性骨折,肋骨多发骨折,无移位之肱骨大结节骨折,锁骨骨折及腋神经损伤;伤后至来诊治疗在 6 小时~3 天。

治疗方法

患者端坐位,患臂内收屈肘前臂中立位。术者右手按于肩峰上轻轻向下用力,左手扶住患臂肘后部向上托起,使肩关节过宽间隙消失,维持固定。用 5~6cm 宽胶布长条上起肩胛骨上部向前经肩关节前侧、上臂前外侧、尺骨背侧绕肘关节转向上臂后内侧向上经肩关节后侧斜向锁骨中内 1/3 交界下方止,使胶布与皮肤粘牢固定。注意肘关节尺神经沟处用棉垫衬垫保护,以防尺神经受压,腋窝及上臂与胸壁之间用棉垫垫起,上臂保持内旋位。胶布条应有一定的拉力,用完整胶布条达到可靠的固定。胶布固定后再用绷带按胶布条走向加强固定。最后用绷带绕过对侧颈部,前胸部、经肘关节背侧向后经背部斜向对侧颈部重复包扎 5~6 圈,使上臂与胸壁固定在一起,既起悬吊作用又能限制肩关节及肘关节活动,以利组织修复。固定完成后摄片观察肩关节位置,下移的关节间隙消失后复位即为成功。并于固定后 3 天、10 天复查,如有松动随时调整外固定,4 周后解除固定练功。

治疗结果

本组病例经 6 个月~4 年随访,肩关节活动均在正常范围,无肩关节疼痛、弹响不稳定及脱位。

讨论

本病在骨科文献中叙述较少,有人称之为“肩关节中度扭伤”(肩关节半脱位)^[1],又有人称之为“损伤后的肱骨头向下半脱位”,认为这种移位是因肩部肌肉不活动和张力低所造成,再加上上肢重量的悬挂移位将更显著^[2]。从本组病例分析所有病人都是新鲜伤,损伤时暴力较大,肩部肌肉明显紧张痉挛,由于肩部疼痛重,患者往往用对侧手托住患臂肘部,以减少活动引起的疼痛,所以肌张力低上肢重量的悬挂难以用移位来解

释其移位。

从创伤机制分析可以看出,病人受伤时肩关节多处于明显外展、外旋位,肱骨头顶于关节囊前下方使肩胛下肌、喙肱韧带、上孟肱韧带和中孟肱韧带紧张,造成部分撕裂伤,使静力悬吊肱骨头的主要结构喙肱韧带及上孟肱韧带损伤,失去了正常的作用而出现肱骨头向下移位。由于喙肱韧带及上孟肱韧带属不完全性撕裂,肱骨头未突出于肩关节囊及韧带而脱离肩胛孟,构成关节的基本结构形态完整,所以病名称之肱骨头下移症更能准确反映此种损伤的病理改变。所有病人都有肩部外伤病史,摔倒时肩关节外展外旋手部着地,或者肩前上部直接接触地。受伤后肩部疼痛,不敢主动活动,肩关节外展外旋时疼痛尤为明显,肩关节无畸形,局部肌肉明显紧张以三角肌最甚。肩关节上前方压痛最重,强力外展外旋有时可有肩关节不稳定感。肩部 X 平片对明确诊断最重要,主要征象是肱骨头上缘与肩峰关节面之间距离显著增宽,一般在 1cm 左右。有时伴有肱骨大结节骨折,但骨块多无移位。

单纯肩吊带悬吊制动,无法消除肱骨头下移之过大的关节间隙。所以治疗上不但需克服悬垂上肢的重量,而且还需要一定的向上拉力,拉力必须大于患肢重量,这样才能纠正下移。宽长条胶布环绕固定法具有一定的拉力,并且固定好不易变动,能够消除肩关节过大的间隙,外用绷带将患肢与胸壁加强固定在一起,维持稳定的肩关节,有利于损伤韧带在无张力下修复,对避免肩关节后期形成习惯性下移十分重要。4 周后解除外固定,局部用活血舒筋通络止痛中药活血止痛散(处方:归尾 红花 苏木 白芷 姜黄 灵仙 羌活 五加皮 牛膝 川楝子 土茯苓 乳香 花椒 透骨草)熏洗,每天 2 次,每次 1.5 小时左右,配合功能锻炼,能明显缩短病程,促进肩关节的康复。

参考文献

1. 王亦璁,等主编. 骨与关节损伤. 北京:人民卫生出版社 1987;322~323
2. 过邦辅编译. 骨折与关节损伤. 上海科技出版社 1984; 288
3. 黄公怡. 肩袖损伤. 中华骨科杂志 1993;13(4):242

(收稿:1994-04-21)