

手法介绍

手法整复肱骨近端骨折 68 例

浙江省临海市第一人民医院 (317000)

王文斌

我院于 1989 年 3 月至 1995 年 12 月收治了 68 例肱骨近端骨折病人,经手法复位夹板固定效果满意,报告如下。

临床资料

本组 68 例中男 23 例,女 45 例;年龄 16~86 岁;伤后距就诊时间 2 小时~7 天;直接暴力伤 6 例,其余均为间接暴力伤;骨折分类:按 Neer 分类法^[1],68 例中,Ⅰ型 32 例,Ⅱ型 16 例,Ⅲ型 16 例、Ⅳ型 4 例。

治疗方法

肱骨外科颈骨折伴肱骨头后倒或旋转在 45°以上,手法整复步骤:病人端坐,由一助手固定肩部,另一助手将患肢屈肘 90°,向前 45°作持续牵引约 5~10 分钟,用力要适中,待断端重叠基本纠正后,令远端助手将患肢逐渐抬举至头顶位,并稍作前后旋转轻轻叩击肘部。使骨折断端嵌插,助手可将患肢慢慢放回原处,后倒之肱骨亦随之复位。骨折整复后,应用肩关节夹板进行固定,肩关节夹板除内侧腋下外,其余三块前后外侧夹板均需超关节,根据骨折不同类型放置加压垫、即三点加压固定,作颈腕带悬吊。若卧床时,肩肘部要垫平,以防止伤肢后伸而致骨折断端重新移位。

2. 肱骨外科颈骨折伴盂肱关节脱位。先由一助手将患肢置于外展 90~150°的位置,用骨折远端对准骨折近端的纵轴所指方向,另一助手用宽布带通过腋窝向对侧,双方作对抗拔伸约 10~15 分钟,以解除骨折远端对肱骨头的挤压,为肱骨头进入关节盂打开通路。术者用一磨菇头夹板,紧顶腋下肱骨头处,将磨菇头夹板末端套入通过腋下的宽布带内,利用双方助手的对抗牵引,和磨菇头对肱骨头向上向外挤压,同时令远端助手逐渐内收患肢,此时肱骨头即可进入关节盂,骨折端同时得到整复,方法简便。

治疗结果

痊愈 56 例,骨折复位满意,对位对线佳,功能恢复基本正常。良好 12 例,骨折端对位在 1/2 或 3/5,肩关节活动伴有不同程度的功能障碍(主要为老年患者,缺乏锻炼)。

讨 论

1. 根据解剖特点及受伤姿势,若扑倒时,上臂外展位常致外展型骨折,若上臂内收肌扑地则致内收型骨折,当同时合并脱位时,一般以向前脱位为多。因摔跌机会多使肩过度外展外旋,肘部着地致伤,传导暴力使肱骨头穿破关节囊的前下方,停于肱二头肌短头和喙肌之后,形成喙突下或下脱位。

2. 正确指导功能锻炼。早期的锻炼主要是指手指手腕的抓空增力和摇摆活动,中期随着肿胀的消退,疼痛的减轻,逐渐增加运动量,并在健肢的帮助下作适当的前臂屈伸。外展型骨折忌外展,内收型骨折忌内收,以免断端移位。约 4~6 周,结合 X 线片情况,可解除小夹板固定,并作肩关节前后摆动,或以健肢带动患肢作抬举活动,范围由小到大,随着骨折愈合牢固程度,逐渐开始患肢的主动功能锻炼和抗阻力锻炼,以恢复肩部肌肉的力量和张力。

3. 有关手法整复与手术治疗的问题。虽有些肱骨近端骨折程度比较严重,但由于肱骨近端骨折面积较大,复位后接触范围广,局部血液循环较丰富,骨痂生长较快,很少发生肱骨头缺血性坏死。只要手法熟练,术者与助手配合默契,自然功到事成。在临床上有些肱骨近端骨折,行手术内固定后,由于组织造成严重的创伤,加上手术剥离,术后软组织广泛粘连,在功能恢复上往往还不如手法整复。当肱骨近端骨折合并肱骨头旋转 45°以上或肱骨近骨折合并盂肱关节脱位时,若手法整复失败,或并发血管神经损伤,必须手术治疗,避免引起不良后果。手术可循肱二头肌腱长头及肱二头肌腱沟,并避免损伤与肱骨头相连的软组织,否则易损伤肱骨头的血运,造成肱骨头缺血性坏死。所以对每位病人应认真仔细检查,了解骨折类型,进行综合分析,正确制定治疗方案。除必须的手术外,首先应考虑手法整复加小夹板固定。

参考文献

1. 戴尅戎. 肩部外科学. 北京人民卫生出版社, 1992: 135.

(收稿: 1997-01-13)