

## 同侧肢体腕肩髋三联损伤的诊断命名

Diagnostic nomenclature on simultaneous injury of the unilateral wrist, shoulder and hip as consecutive unilateral wrist shoulder hip injury.

吴继昆 李律宇 张俊

WU Ji-kun, LI Lv-yu, ZHANG Jun

【关键词】骨折; 命名法 【Key words】Fracture; Named

我院从 1989 年 1 月~ 1999 年 10 月共收治同侧肢体桡骨远端骨折、肱骨外科颈骨折、股骨颈或股骨粗隆骨折 35 例。由于本组病例在伤因机制诊断治疗及命名上具有特殊性, 现就其有关问题讨论如下。

### 1 临床资料

本组 35 例, 男 13 例, 女 22 例。年龄 18~ 83 岁, 平均 57.22 岁, 其中 18~ 30 岁 6 例, 31~ 50 岁 4 例, 51~ 80 岁 22 例, 81 岁以上 3 例, 本组资料表明伤者以中老年人为主。性别分布: 右侧 17 例, 左侧 18 例。

其中按部位及骨折类型分为: 桡骨远端、肱骨外科颈、股骨颈 16 例; 桡骨远端、肱骨外科颈、股骨粗隆 11 例; 桡骨远端、肱骨外科颈、大结节、股骨颈 4 例; 桡骨远端、肱骨大结节、股骨粗隆、肩关节脱位 2 例; 桡骨远端、肱骨外科颈、股骨颈、肩胛骨骨折 1 例; 桡骨远端、肱骨外科颈、股骨粗隆、耻骨上下枝 1 例。

### 2 治疗方法

本组 35 例中, 多数以保守治疗为主, 尤其对桡骨远端骨折及肱骨外科颈骨折, 均以局麻下行闭合手法复位, 小夹板固定。对股骨颈或股骨粗隆骨折多行股骨髁上骨牵引或皮牵引, 配合中草药外敷, 内服中药, 中后期 TDP 及理疗等综合治疗。其中股骨颈骨折行加压螺钉内固定术 2 例。

### 3 治疗结果

本组 35 例病例均达局部无压痛、无纵向叩击痛; 局部无异常活动; X 片显示骨折线模糊, 有连续性骨痂通过。临床治愈标准, 治愈出院, 未随访。

### 4 讨论

**4.1 诊治中注意事项** 本组病例以交通伤最多, 占 60%, 其中尤以自行车冲撞跌伤最多。发病部位为临床常见的桡骨远端骨折、肱骨外科颈或大结节骨折、股骨颈或粗隆骨折。若为以上部位的单处损伤, 结合病史、症状、体征及 X 线检查, 作出正确诊断并不困难。但同时有多处损伤时, 临床医师常将重点集中于伤者自诉最重或症状最突出的部位, 而忽略了伤情不突出的部位, 忽略了对全身的全面检查, 从而延迟诊断甚至漏诊。本组病例虽无延迟诊断或漏诊, 但一般认为导致此

类失误的原因多为临床经验不足, 检查不够细致, 对不同伤因所形成的损伤特点缺乏认识等<sup>[1]</sup>。多发骨关节损伤的创伤机制包括合并伤、并发症与局部创伤三方面, 远较“一般骨折”复杂严重, 因而更应强调早期诊断与早期处理并行。治疗原则是优先处理危及生命的合并创伤与并发症, 并尽快完善检查, 避免延迟诊断或漏诊<sup>[2]</sup>。在具体治疗上, 同侧肢体多发损伤常存在一些矛盾, 如整复时, 常顾此失彼, 外固定不易保持骨折稳定, 邻近关节的早期活动受到限制等<sup>[1]</sup>。因此, 在条件允许的情况下, 内固定的指征可适当放宽。或将“主要骨折”处理后, 再按单发损伤逐一处理“次要骨折”。

**4.2 伤因机制** 多发骨关节损伤, 常因较大的暴力或瞬间高动能性暴力所致, 而且当暴力作用于人体后常持续一段时间或由于在很短的时间内重复暴力、冲击力和反作用力等所造成, 往往是直接暴力和间接暴力的综合<sup>[1]</sup>。瞬间高动能性暴力除直接作用于局部造成损伤外, 还可沿软组织或骨干上下传导; 或将受伤者撞出一定距离后摔倒; 或撞击于另一物体上; 造成二次甚至三次损伤。本组病例大多数伤者在初始暴力或高处滚跌的作用下, 伤者除局部受伤外, 最明显的特点就是伤者在惯性力的作用下发生翻滚、冲撞等连续性损伤。由于人体的重心在上半部, 当跌扑或冲撞时, 因重心失控而逆撞击方向向头部着地或顺撞击方向平行抛动一段距离后倒地<sup>[3,4]</sup>; 上肢手掌着地, 先致桡骨远端骨折, 惯性力继续作用使肢体继续向前翻动, 肩部着地致肱骨外科颈骨折, 锁骨骨折等; 若暴力就此终止则不能发生三次损伤, 若惯性力继续作用, 使同侧髋部外侧着地, 自身重力及反作用力作用于股骨颈或粗隆部而致骨折。又由于本组病例年龄平均偏大, 三次损伤着力点均为解剖学上之易损薄弱环节, 故而产生了肩腕髋连锁损伤的特殊现象。

**4.3 关于诊断命名** 对多发骨关节损伤的定义, 目前尚无明确而统一的定义<sup>[5]</sup>。蔡汝滨从骨科临床的角度提出将人体分为 24 个部位: 头、面、胸、骨盆、脊柱各为一个部位; 其他如: 肩(包括锁骨及肩胛骨在内)、肱骨干、肘尺桡骨干、腕手部、髌、股骨干、膝、胫腓骨干及踝足部皆为双侧, 每一侧各作为一个独立的部位。凡具备上述两个部位或以上的骨折或脱位者, 皆称为多发骨关节损伤<sup>[1,5]</sup>。这种分类定义法具有临床实用价值。本组病例按此标准均可诊断为多发骨关节损伤。但本

组病例又具有以下发病特点:一是在初始高动能暴力作用下,受伤者产生了一个“动”和“连续”的惯性损伤,而非仅一个单次的暴力作用即终止。二是损伤均发生于解剖学上之易损薄弱环节——桡骨远端,肱骨外科颈,股骨颈或粗隆部。三是同时损伤三个部位(或三个以上)。这一点符合蔡氏多发骨关节损伤的定义。四是均为同侧发病与暴力的“连续作用”有关,是直接暴力和间接暴力作用的结果。五是发病年龄偏大,平均 57.22 岁。以上发病特点若仅用“偶然因素”来解释是不完全的或不令人信服的;若仅用多发骨关节损伤诊断一组病例,似乎又不能充分表达本组病例的内涵及关联。故笔者提出了“同侧肢体腕肩髌三联损伤”的诊断命名,以引起同道关注与

争鸣。

### 参考文献

- 1 王亦璁. 骨与关节损伤. 第 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 1998. 215-227.
- 2 邵斌. 同侧多发骨折的治疗体会. 骨与关节损伤杂志, 1992; 7(1): 41-42.
- 3 白涛. 现代创伤诊断学. 北京: 人民军医出版社, 1996. 5-12.
- 4 林汉生. 交通事故伤与碰撞类型的关系. 中华创伤杂志, 1995, 11(1): 75-76.
- 5 蔡汝滨. 创伤与急救. 贵州人民出版社, 1983. 251-257.

(收稿: 2001-04-28 编辑: 李为农)

## •手法介绍•

# 肩关节零度位整复肩关节前脱位

石中东  
(休宁县人民医院, 安徽 休宁 245400)

肩关节前脱位是临床常见的关节脱位之一, 传统整复方法有多种。我院自 1996 年 3 月至 1999 年 12 月采用肩关节零度位法整复外伤性肩关节前脱位共计 22 例。现报告如下。

### 1 临床资料

本组共 22 例, 男 14 例, 女 8 例; 年龄 18 岁~ 57 岁。右侧脱位 13 例, 左侧脱位 9 例; 喙突下型 12 例, 孟下型 8 例, 锁骨下型 2 例; 合并肱骨大结节骨折 6 例。本组病例均为外伤所致新鲜肩关节前脱位。

### 2 整复方法与结果

患者仰卧于治疗台上, 术者立于患侧, 术者一手把持住肱骨头, 另一手握住患肢前臂呈中立位, 在轻度牵引下使患肢缓缓上举过肩呈 15° 上举位, 此时术者移动至患肩的上外侧。持续牵引, 轻轻内外旋转, 当感到有肱骨头入臼的滑动感时复位即告成功, 患肢贴胸搭肩固定。本组 22 例中, 均未施麻醉, 一次复位成功, 经 X 线复查合并肱骨大结节骨折者骨折块均满意复位。所有病例均未发生由于复位所致的骨折、神经血管损伤等并发症。

### 3 讨论

肩关节零度位的概念<sup>[1]</sup>, 是指上肢上举约 15°, 没有肱骨内旋和外旋, 肱骨功能轴线与肩胛岗基本平行的状态下肩关节所处的一个特定位置。从功能解剖特点来看, 在此位置, 组成肩袖的诸肌肉处于松弛状态, 因而可以放松肩袖, 减少肩袖及其周围软组织的张力。故当肩关节呈零度位整复脱位时, 不需要太大的牵引力, 此时肌肉松弛、关节囊破裂口松开, 很容易使肱骨头回纳。

根据肩关节前脱位的致伤机理<sup>[2]</sup>, 以间接暴力致伤最多见, 当肱骨呈外展位受到传导暴力或杠杆暴力作用时, 导致肱骨头冲破肩关节囊前壁形成肩关节前脱位。在零度位整复进行牵引时, 使肱骨呈上举外展位牵引, 这种牵引力同受伤时所受暴力方向相反, 肱骨头随着牵引力由脱出途径的相反方向,

经关节囊的破裂口被拉回关节囊内, 这种逆损伤机制复位方法, 符合复位原理。另外, 这种复位法改变了传统肩关节脱位整复过程中肱骨头入臼的滑动过程为滚动过程, 使摩擦阻力大大减少, 同时, 还可避开肱二头肌腱的缠绕<sup>[3]</sup>, 使复位易于成功。

肩关节前脱位传统的 Hippocrates 复位法, 由于肩袖诸肌和三角肌、肱二头肌等在牵引中的拮抗力, 在牵引时需要很大的力量, 在足蹬手牵过程中, 有发生腋部神经、血管损伤和加重关节周围软组织损伤的可能。在这种牵引力的作用下, 使肩袖和关节囊的破裂口呈紧张、闭锁状态, 如遇上肱二头肌腱缠绕, 则肱骨头不易回纳。Kocher 法虽省力、轻巧, 但由于杠杆原理在肩部可以形成较大作用力, 如使用不当有发生骨折、损伤神经血管和撕裂肩袖的可能, 特别对伴有骨质疏松者一般不宜采用。零度位法整复肩关节前脱位是一个相对轻柔的过程, 不会加重原有损伤。本组 22 例中未发生一例由于整复而发生的并发症。根据零度位的原理, 整复中避免了传统整复方法中的大力牵引, 病人痛苦小, 不需麻醉即可以使肌肉松弛, 操作简单省力, 只需一人即可完成复位。特别对伴有肱骨大结节骨折者, 采用零度位牵引复位可使移位的骨片复位, 很少有骨片嵌于肱骨头和肩峰之间的现象<sup>[1]</sup>。

### 参考文献

- 1 马张, 张伟滨, 张沪生, 等. 肩关节零度位牵引在肩部损伤中的应用. 上海第二医科大学学报, 1996, 16(6): 456.
- 2 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 569.
- 3 江勇, 陈渭良, 吴峰. 过肩折顶复位法治疗肩关节脱位 33 例. 中国骨伤, 1998, 11(4): 53~ 54.

(收稿: 2000-12-10 编辑: 李为农)