维普资讯 http://www.cqvip.com

肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位的治疗

唐锡明 （巴中市骨科医院，四川 巴中 636000）

［关键词］肱骨；外科颈骨折；肩关节脱位
［中图分类号］R683.41 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2006)03-0203-01

肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位是肩关节的严重损伤，大多为强大暴力或在受伤过程中受到两次或两种以上复合暴力所致[1-2]。我院8年来收治该骨折34例，经采用手法复位、夹板固定或切开复位、手术内固定，取得了较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例34例，男21例、女13例，年龄21～68岁，平均为38岁；左肩伤11例，右肩伤23例；根据临床分型：Ⅰ型5例；Ⅱ型17例；Ⅲ型12例。受伤原因：车祸伤7例，坠落伤6例，平地摔伤10例，骑自行车摔伤2例，其他9例；初诊19例。经外院治疗转入我院15例；伤后就诊时间最早1 h，最晚27 d。所有病例均做肩关节X线检查，6例作CT。腋神经损伤2例，颅脑损伤2例，实质内脏损伤1例，肩关节脱位于肱骨干内侧31例，外侧3例。

1.2 治疗方法

34例中行手法复位超肩夹板固定15例；手术内固定19例，其中克氏针固定7例，T型钢板3例，螺钉固定2例，术后第1天即在理疗康复科医师指导下进行主动功能锻炼，中后期配合理疗，中药熏洗治疗。

1.3 骨折对位情况评定

优：骨折解剖对位，脱位完全纠正；良：骨折成角纠正，对位达80%，脱位纠正；差：成角＜5°，对位50%，肩关节半脱位。术后肩关节功能评定：优：肩关节无疼痛，功能恢复超过80%，肩部肌力正常或略减弱；良：肩关节劳累时疼痛，功能恢复超过50%，肩部肌力减弱；差：肩关节经常疼痛，功能恢复30%，肌力较弱。

2 结果

手术组优良率78.9%，手法组优良率93.3%，手术治疗19例中，T型钢板发生肱骨头缺血坏死1例，并发现感染1例，关节强直1例，均发生于手术组，术后6～23个月行内固定取出术。

3 讨论

肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位在临床少见，其创伤机制复杂。摄肩关节正位及穿胸位X片不难诊断，必要时作CT检查，以了解碎块的大小及移位情况，本组6例作CT检查，为手法复位及手术内固定提供主要依据。肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位在临床分型：Ⅰ型：肩关节脱位，肱骨大结节骨折，骨折无移位或轻度移位；Ⅱ型：肩关节脱位，肱骨大结节骨折或肱骨外科颈骨折移位，骨折呈粉碎性，不完全移位；Ⅲ型：肩关节脱位伴肱骨头翻转，肱骨大结节骨折或肱骨外科颈骨折，骨折呈粉碎性，完全移位。本文就该骨折脱位提出临床分型，对临床治疗方案选择具有指导意义。通过研究肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位的创伤机制，治疗方法，提高临床疗效，减少并发症。

肱骨近端骨折伴肩关节脱位，首选非手术治疗中医药传统治疗复杂性骨折有独特的疗效[2-3]。本组病例通过34例该病例的治疗分析，认为采取非手术治疗Ⅰ型、Ⅱ型及部分Ⅲ型骨折，远期肩关节功能恢复明显优于手术组。本组34例中，30例均行一次手法复位，并根据其复位效果采用超肩夹板、钢丝托板、外展支架固定。值得注意的是手法治疗复位中有6例出现肩关节半脱位，分析原因是关节囊破例松弛或疼痛引起肩关节向患侧倾斜所致，术后经功能锻炼1个月后恢复。

本组病例根据骨碎块形状大小选择适当的内固定，克氏针及螺钉固定操作简单，随机变化大，可结合张力带钢丝固定，对已损伤的软组织及骨块再损伤小，既固定骨块，又不影响肩袖功能及关节活动，是治疗该类型骨折的较好固定方法。本文2例腋神经损伤为肱骨头挤压所致，不需手术探查，复位内固定后一周均恢复。中医药对复杂的骨折治疗有一定疗效，骨折早、中、晚三期中药的外敷内服，在有效的固定下术后第一天即进行主被动功能锻炼，对肩关节功能的恢复有益[4]。

［参考文献］

[1] 王 刚. 肱骨外科颈骨折伴肩关节脱位[J]. 临床误诊误治，2004，17(9)：660-661.
[2] 邬 强，杨宗显，赵泰晟. 捭手复位法治疗盂下型肩关节脱位合并肱骨大结节骨折[J]. 中国骨伤，2005，18(9)：573.
[3] 郑世春. 张力带固定并喙锁韧带修补术治疗肩锁关节脱位34例临床分析[J]. 局解手术学杂志，2005，14(4)：279.
[4] 马 斌，刘裕昌. 肩关节脱位合并肱骨颈骨折的治疗[J]. 岭南现代临床外科，2004，4(2)：125-126.

（编辑：郭光金）

［收稿日期］2006-03-16 ［修回日期］2006-04-10