

《中医伤科学》第七章：常见骨折病证的治疗(3) PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/168/2021\\_2022\\_\\_E3\\_80\\_8A\\_E4\\_B8\\_AD\\_E5\\_8C\\_BB\\_E4\\_c22\\_168737.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/168/2021_2022__E3_80_8A_E4_B8_AD_E5_8C_BB_E4_c22_168737.htm) 执业医师专用训练

软件《百宝箱》【**上肢骨折.肱骨外科颈骨折**】【**解剖特点**】肱骨外科颈位于肱骨解剖颈下2厘米~3厘米，相当于大小结节移行于肱骨干的交界处，为松质骨与密质骨交界处，最易发生骨折。紧靠外科颈内侧有腋神经向后进入三角肌内，臂丛神经、腋动静脉通过腋窝。严重移位时可合并神经血管损伤。肱骨外科颈骨折以老年人多见，亦可见于儿童与成人。

【**病因病理**】肱骨外科颈骨折可分为裂纹骨折、嵌插型骨折、外展型骨折、内收型骨折、骨折合并脱位[如下图]。除裂纹骨折是由于直接暴力造成外，其它型骨折多是由间接暴力造成。

1. 裂纹骨折 肩部外侧受到暴力，造成肱骨大结节撕裂与外科颈骨折，多为骨膜下骨折，故骨折片多无移位。
2. 嵌插型骨折 多为传达暴力引起，属稳定性骨折。
3. 外展型骨折 由于上肢于外展位时，手掌撑地受到间接暴力所致，骨折断端外侧嵌插而内侧分离，骨折断端向前内侧成角，有时远端向内侧移位，并合并肱骨大结节撕脱骨折。
4. 内收型骨折 上肢在内收位时手掌撑地或肘部受到暴力而引起，骨折断端外侧分离而内侧嵌入，骨折断端向外侧成角，局部可见向外隆起明显。
5. 外科颈骨折合并肩关节脱位 上肢在外展外旋位受到暴力引起外展型骨折，若暴力继续作用于肱骨头，就可以造成肱骨头前下脱位。

【**诊断要点**】伤后局部肿胀，功能障碍，疼痛，大结节下方有压痛和纵轴叩击痛，肩部外观无改变，应注意与肩关节脱位鉴别。非嵌插型骨折则有骨擦音和

异常活动。X片正位、穿胸位或外展位可确定骨折类型及移位情况。结合受伤史、临床表现及X线检查即可作出明确诊断。【治疗方法】肱骨外科颈骨折，是接近关节的骨折，周围肌肉比较发达，肩关节的关节囊和韧带比较松弛，骨折后局部血肿与其附近的软组织易发生粘连。骨折的移位则直接影响结节间沟，使肱二头肌长头肌腱发生粘连。如长期固定肌肉粘连，易发生肩凝，致使肩关节活动受到影响，因此对外科颈骨折要仔细分析骨折的类型，明确整复手法，要求解剖对位。其次在固定基础上，仍能保持活动，因此采取动静结合的原则，做到既要达到坚强有效的固定，又能进行适当的肩关节活动。因此目前多使用超肩关节夹板固定法。1. 处理原则 对于无移位的裂纹骨折或嵌插型骨折，不需要特殊处理，仅用三角巾悬挂伤肢2周后即可开始活动。对有移位的骨折则采用手法整复加超关节夹板外固定。转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)