

中医伤科学：肱骨外科颈骨折的治疗方法中医执业医师称考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/593/2021\\_2022\\_\\_E4\\_B8\\_AD\\_E5\\_8C\\_BB\\_E4\\_BC\\_A4\\_E7\\_c22\\_593238.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/593/2021_2022__E4_B8_AD_E5_8C_BB_E4_BC_A4_E7_c22_593238.htm)

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，仅用三角巾悬挂考，试大网站收集伤肢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。

2. 手法整复，夹板固定法 整复方法患者坐位，一助手用布带绕过腋下向上提拉肩部。患者肘关节屈曲90°，前臂在中立位，另一助手以双手握住患肘，并沿肱骨干纵轴向下牵引，注意外展型骨折应外展位牵引，内收型骨折先内收位牵引，以纠正短缩移位，然后术者根据不同类型再采用不同手法整复。

外展型：术者双手握骨折部，两拇指按于骨折近端的外侧，其它各指抱住骨折远端的内侧，在两助手牵引下行外端内挤（即向外牵拉），助手同时在牵拉下内收其上臂即可复位。

内收型：术者两拇指按住骨折部，将远骨折段近端向内推，其他四指拉骨折远端外展，助手在牵引下外展肘部，一般骨折即可复位，用夹板暂时固定，

然后用X线透视检查。固定方法 固定器材：长木板三块，放于上臂的前、后、外三面，下达肘部，上端超过肩部，木板上端有小孔，以便作超关节固定。短木板一块，下达肱骨内髁以上，上至腋窝部，木板的一端用棉花包裹，呈蘑菇头样。纸压平垫二块。内收型骨折：蘑菇头应放在肱骨内上髁的上部。外展型骨折：蘑菇头应顶住腋窝部，三块长木板分别放在上臂的前、后、外侧三面；若向前成角，外展型可在前侧板成角处加一平垫，内收型则在外侧板骨折处放一平垫，先用三条布带将夹板扎紧，然后长布条穿过小孔，每空一孔作一结，成环状结扎，长布条绕过对侧腋下打结。固定后，术者一手捏住夹板上端，一手掌沿肱骨纵轴叩击肘部数次，这样使骨折断端紧密嵌插，使骨折稳定。

3. 练功活动骨折固定后初期，可先让患者握拳，使上肢肌肉紧张，然后，屈伸肘、腕关节，收缩上肢肌肉等活动。3周后练习肩关节各方向活动，活动范围应循序渐进，每日练习十多次。一般4周左右即可解除外固定。后期应配合中药熏洗，以促进肩关节功能活动，练功活动对老年患者尤为重要。

4. 手术治疗的适应症（1）有移位的陈旧性骨折。（2）移位严重、断端极不稳定或有软组织嵌入，经手法整复失败者。

5. 药物治疗 根据三期用药原则辨证施治。

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)