徐志强治疗肱骨近端骨折经验介绍

向长杨[1]，李腾[1]，曾扬[2]，眭新会[2]，姚广源[2]，李建[1]，刘文[1]，谢学文[2]

1. 广州中医药大学第八临床医学院，广东 佛山 528000
2. 佛山市中医院，广东 佛山 528000

［摘要］介绍徐志强教授治疗肱骨近端骨折的临床经验。徐志强教授认为，对适合非手术治疗的肱骨近端骨折患者运用手法整复与小夹板外固定治疗，经过早期功能锻炼与内外治法相结合治疗，可获得良好的功能恢复效果。临证宜首先判断骨折的解剖结构及其移位程度并分型，对于适合非手术治疗者，采用正骨十四法整复骨折并小夹板外固定。强调手法复位前需明白手法整复的目的，凡行手法整复均需先通过“触摸辨认”法辨明局部骨折端的移位、成角，在手法复位前适当辅以理筋手法。注重骨折康复治疗，遵从中医骨伤科原则“动静结合、筋骨并重、内外兼治、医患合作”。手法整复及小夹板固定后，中药调理以行气活血为主，辅以健脾养精，重视从气血三期辨证论治，同时结合陈渭良教授的伏瘀理论，随证施治。

［关键词］肱骨近端骨折；手法整复；正骨十四法；小夹板外固定术；辨证论治
［中图分类号］R249 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）18-0206-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.18.038

Introduction of XU Zhiqiang´s Experience in Treating Proximal Humerus Fracture

XIANG Changyang[1], *LI Teng*[1], *ZENG Yang*[2], *SUI Xinhui*[2], *YAO Guangyuan*[2], *LI Jian*[1], *LIU Wen*[1], *XIE Xuewen*[2]

1. The Eight Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528000, China; 2. Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528000, China

Abstract: This paper is to introduce Professor XU Zhiqiang′s clinical experience in treating proximal humerus fracture. He believes that for patients with proximal humerus fractures and suitable for non-surgical treatment should be given manual reduction and external fixation of small splints, which can achieve good functional recovery after early functional exercise combined with internal and external treatment. In clinical practice, it should firstly evaluate the anatomical structure of the fracture and its degree of displacement and classification. For those suitable for non-surgical treatment, the fracture should be reduced by fourteen bone-setting manipulation and external fixation of small splints. It is emphasized that the manual reduction should be taken after understanding its purpose. All manual reduction should first identify the displacement and angulation of local fracture end by “identification by touch” method, and should be supplemented by therapeutic manipulation for tendon injury before. With focus on rehabilitation treatment of fracture, it should follow the principles of Chinese medicine orthopedics “combination of static and dynamic treatment, emphasizing both tendons and bones, internal and external treatment, and doctor-patient cooperation”. After manual reduction and small splint fixation, the Chinese herbal medicine treatment is mainly to promote qi movement and activate blood, supplemented by boosting the spleen and nourishing essence, and attaches importance to syndrome differentiation and treatment from three stages of qi and blood. At the same time, it is treated according to syndrome

［收稿日期］2025-01-11
［修回日期］2025-07-15
［作者简介］向长杨（2000-），男，硕士研究生，E-mail：2964336517@qq.com。
［通信作者］谢学文（1970-），男，主任中医师，副教授，硕士研究生导师，E-mail：ww2021258@163.com。

combined with Professor CHEN Weiliang's theory of latent blood stasis.

Keywords: Proximal humerus fracture; Manual reduction; Fourteen bone-setting methods; External fixation of small splints; Syndrome differentiation and treatment

徐志强是广州中医药大学副教授，广东省名中医，国家第三批名老中医学术经验继承人。精通独具特色的佛山伤科正骨十四法与伤科辨证论治技巧，熟练运用中医药内外治法，辨证施治，对各种疑难骨折、筋伤、骨病等具有独到经验，对肱骨近端骨折这类骨伤科常见病，更是取得了自己的心得体会，笔者有幸跟诊学习并总结徐志强教授的临床经验，现介绍如下。

肱骨近端骨折，中医又名孺骨肩端骨折，常见原因是患者跌倒时前臂或肘关节触地，间接暴力传导至肱骨近端致伤，其在中老年人群中有较高发病率，机理在于肱骨近端骨松质与骨皮质交界的骨骼特点及中老年人常见的骨质疏松使较低能量的损伤即可导致骨折发生，伤后患者即感疼痛，上臂及肩关节活动受限，局部肿胀压痛明显[1]。开放手术治疗肱骨近端骨折的复位效果好，但手术本身的创伤，麻醉风险等需要骨科医师谨慎考虑。因肩关节的活动范围大，轻度的骨折畸形愈合不会造成明显的功能影响，因此，肱骨近端骨折可不必得到解剖复位即可恢复较好的肩关节功能，且临床上肱骨近端骨折多为轻度移位骨折，大多数可采取非手术治疗方案。

1 辨病分型，因型立治

辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，“方从法出”“法随证立”“方即是法”，可见明确病证为诊治疾病之首。对于伤科疾病，明确现代医学的诊断分型与中医证型同等重要，二者均为指导治疗、判断疾病预后的主要依据。

现代医学对肱骨近端骨折的分型方法多样，徐志强教授常先判断骨折的解剖结构及其移位程度并分型，主要采用Neer分型。Neer分型的依据是骨折块的数目及分离程度：视与任何相邻骨块之间移位＞1 cm或成角畸形＞45°的骨块为移位骨块，未达到该标准的骨块视为较为稳定的无移位或轻度移位骨块[2-3]。通过Neer分型判断出不稳定的移位骨块，有助于判断骨折预后：移位骨块多、移位大的骨折愈合周期更久，外固定时间长，功能锻炼难度大。

分型的意义还在于指导后续治疗。徐志强教授在临床上广泛运用手法复位小夹板外固定术、切开复位内固定术和人工肩关节置换术治疗肱骨近端骨折患者。Neer分型三部分、四部分骨折合并肩关节脱位，手法复位效果不理想，手法复位外固定后再发骨折、骨不连等都应当考虑切开复位肱骨近端锁定钢板内固定治疗，肱骨头缺血性坏死发生风险高者则应当采取肩关节置换术。非手术治疗适用于不符合上述情况者，通过正骨十四法整复骨折并小夹板外固定，可维持折端稳定，保障骨折愈合；对于无移位或轻度移位的大结节骨折、嵌插长度较大骨折端稳定的外科颈骨折等，无需手法复位，小夹板固定后用三角巾悬吊上肢2周，期间加强伤肢功能锻炼，即能恢复良好肩关节功能。

徐志强教授指出，临床上许多患者因身体基础情况不良等导致即使有手术治疗的指征也无法或不愿意行手术治疗，而手法复位小夹板外固定术具有避免手术并发症，避免二次创伤的特点。对于这类患者，在臂丛麻醉或血肿内麻醉下行手法复位，能减轻疼痛、尽量恢复骨干力和肩关节的功能，行复位后小夹板固定骨折端，嘱患者定期门诊复查，并根据患者骨折端稳定性制定个体化康复计划，即使手法复位后仍对位欠佳，患者仍可获得较满意的治疗效果。

2 手法复位术

佛山伤科正骨十四法包含触摸辨认、擒拿扶正、拔伸牵引、提按升降、内外推端、扣挤分骨、屈伸展收、旋翻回绕、接合碰撞、抱迫靠拢、扩折反拔、摇摆转动、顶压折端、对抗旋转等手法，可快速有效复位各型骨折，结合小夹板外固定术，可在尽量减少组织创伤下恢复、维持骨折端正确解剖形态，支持骨折愈合[4]。在运用正骨十四法整复肱骨近端骨折方面，凡骨折整复均需“触摸辨认”“擒拿扶正”，

在进行整复又时常运用到“拔伸牵引”“提按升降”“内外推端”“屈伸展收”等基础手法，“抱迫靠拢”多适用于粉碎性骨折，“扩折反拔”适用于骨折嵌顿难复的情况，“接合碰撞”则用于骨折复位后增强折端稳定性。

徐志强教授认为，做手法复位前首先需明白手法整复的目的：患肢伤后骨断筋错，局部气血壅滞，且筋肉挫伤离断，或嵌插骨端其间、或牵拉骨端离位，使骨折难以愈合或畸形愈合，最后可导致严重的功能障碍。手法整复旨在纠正这种筋出槽、骨错缝，使筋骨归位：一者，使局部气血通畅，减轻患者疼痛，且避免后期可能的二次损伤；二者，有利于骨折复原，尽可能确保伤肢功能的恢复，使骨折愈合后患者能回归生活。

临床上凡行手法整复均需先通过“触摸辨认”法辨明局部骨折端的移位、成角，此法难度较大，一因伤肢肿胀、肌肉丰厚，二则不仅需要术者临床经验丰富，对伤肢局部解剖有较强理解，所以医者术前必详悉病史，观察影像，辨明受伤机制。在行“触摸辨认”手法时，力度需由浅至重、由浅至深、由远及近、反复按压触摸，摸清骨折块被牵拉的位置和肌肉挛缩的力度。术者通过这些前期工作，使伤肢局部的立体结构印于心中，规划好手法整复时的步骤与路线，并提前预计肌肉嵌顿及处理方法，术中便能真正做到“知其体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”[5]。

手法整复肱骨近端骨折前，需确保2名助手“擒拿扶正”上臂末端和腋窝位置准确，“拔伸牵引”力量持续稳定，切忌以突然暴力牵引，后者不仅无法牵开肌肉和重叠移位的骨折端，还易造成进一步的损伤。

“提按升降”“内外推端”为基础的骨折复位手法，通过上提下按和内外推挤的方法能矫正骨折端在这些方向上的移位；肱骨近端骨折为近关节的骨折，通过“屈伸展收”法在肩内收时可复位外展型骨折，肩外展位能复位内收型骨折。上述三法互相配合，可恢复大部分的侧方、成角畸形，而复位的过程中还需注意，如整复时折端难以推挤复位，则不能蛮力推挤，应考虑折端嵌顿，可在保持牵引下重复屈伸展收，在多个位置尝试推动折端复位，复位后触得折端接触，骨面平整为佳。如果仍难复位，当用“扩折反拔”法，可令助手先稍解除牵引，再在向加大折端移位或成角的方向施力牵引，此时于折端用“提按升降”“内外推端”法推动骨折端接触碰撞，感触骨面平整程度，满意后再次调整牵引方向延肢体正常力线，术者此时需保持相向用力，由骨折端凹凸两侧施“抱迫靠拢”法，恢复折端成角。

对于Neer分型三部分或四部分的粉碎性骨折，“抱迫靠拢”法还适用于恢复移位较大的大小结节骨折，在外展45°位牵引时反移位方向挤压可复位这些骨块，但这类骨块通过夹板或石膏难以维持有效固定，复位后仍容易再次移位，需在夹板换药时多次调整。折端复位基本完成后，通过在伤肢肘关节延上臂肱骨纵轴方向做多次短促敲击，为“接合碰撞”法，可使移位的骨折相互嵌插，增强折端稳定性，但需注意肱骨近端骨折本多为骨质疏松性骨折，这类骨折患者的手法整复过程应轻柔，术者使用“接合碰撞”时应把握好力量，防止二次损伤。

徐志强教授做手法复位前还会适当辅以理筋手法。“筋骨并重”是中医伤科的治疗原则之一，骨折过程中伴随软组织损伤，会导致肌肉、筋膜等软组织肿胀明显，肌肉痉挛，因此，行正骨手法前需适当辅以按、摩、推、拿的理筋手法，可理筋活络，减轻肌肉挛缩，解除肌肉嵌顿，以便正骨手法的进行。

3　小夹板外固定

采用杉树皮制作的小夹板配合佛山市中医院特色制剂伤科黄水（粤药制字Z20070924）外敷固定骨折，可起到疏风除湿、消肿止痛、活血清热的功效[6]。复位后需定期换药调整小夹板，以配合软组织的消肿过程，维持骨折端的良好位置与稳定性。对于复位后仍有轻度移位的骨折，通过调整压垫的厚薄程度，夹板固定也有助于固定过程中折端轻度移位的复位。且小夹板固定肱骨近端骨折时在保持稳定性的基础上，相对传统石膏板减少了对功能锻炼的限制，术后早期即可行耸肩、前后摆动的功能锻炼，符合“动静结合”的治疗原则[7]。

固定小夹板时应首先维持轻度牵引，于骨折处予伤科黄水纱布外敷，再包扎固定。提前准备棉垫，8块平垫，4块压垫，平垫多为2～3层棉纱，压垫为4层棉纱及以上。准备杉树皮小夹板四块，外侧、前后侧小夹板长度需上达肩锁关节上3 cm、下达肘关节，内侧小夹板需长达腋窝至肱骨内上髁，宽度达前臂周径1/5，前后外侧夹板可稍宽。对于外展型骨折合并向前移位、成角，需在外侧夹板远端、内侧

夹板近端，前侧夹板远端、后侧夹板近端放置压垫，余平垫用于保护皮肤，防止压疮。小夹板的固定需采用“8”字绷带固定法，将各夹板安放到合适的位置后，先于骨折端及夹板折端缠绕2～3圈绷带以初步固定夹板，再从分别从前后、内外侧夹绕对侧腋下成8字包扎固定，最后骨折远端可再固定2～3圈，复位后初期制动可再过对侧胸廓2圈以维持内收。最后屈肘90°三角巾悬吊上肢于胸前(见图1)。



图1　小夹板四夹超肩固定演示

4　功能锻炼

徐志强教授认为，中医骨伤科的治疗原则“动静结合、筋骨并重、内外兼治、医患合作”在骨折康复治疗中尤为重要。这些原则要求骨科医师监视骨折复位、固定，愈合过程的同时注意软组织损伤的发展，并指导患者共同合作完成康复训练。肱骨近端骨折的治疗效果体现在疼痛缓解程度、肩关节功能的恢复程度。

为求良好的患肩功能恢复，早期功能锻炼在术后或手法复位外固定术后24 h即开始。早期行“握拳耸肩”的功能锻炼(即患肩掌指关节、腕关节屈伸活动训练及患肩耸肩式运动)；术后2周复查X线摄片，骨折端保持稳定，较复位后成角、移位程度无明显加重，则可行45°位肩关节划船运动(即在患肩关节前屈、外展45°位行各向“划圈式”功能锻炼)；4周后复查X线摄片，可拆除内外侧两夹板，保留前后侧两夹板，调整肩关节各向划船运动范围达90°；5～6周后需复查X线摄片，若骨折端愈合基本良好，则完全拆除夹板，并要求肩关节划船运动范围基本同健侧。徐志强教授指出，肱骨近端骨折的不愈合率低，过于保守的功能锻炼方案因由于长时间的制动对患肩功能造成严重影响，因此，患者门诊复诊时骨科医师应着重观察患肩关节功能康复情况，并严格指导患者的肩关节功能康复训练。

5　辨证论治

徐志强教授认为，骨折所伤在筋骨气血，治则不离脾胃肝肾。中老年人肾精不足，肾精亏虚，髓不充骨、筋骨不荣，筋骨不若青年强健，遭遇较大外来暴力便容易筋伤骨断。筋骨被伤，为求愈合则必需脾胃运化水谷精微充养，肝肾精血充足。且筋伤骨断必定影响气血运行，所以治则亦不能离调理气血运行。故骨折调理不离行气活血为主，辅以健脾养精。在气血辨证方面，徐志强教授认为，凡属骨折伤科均需从气血三期辨证论治。

骨折前期，伤后不久，筋肉血脉新近受损，或骨折端畸形需重新折断复位时，血溢脉外，气机不行，肿胀疼痛明显，当用行气止痛、活血化瘀之法缓解患者疼痛，适当兼止血以防止进一步流血结瘀。内治方用骨三方加减，专理上肢伤科疾患，活血化瘀、行气止痛，方以桃仁、赤芍为君，丹参为臣，专能活血祛瘀，兼通经止痛；佐以生地黄清热凉血滋阴，以制温燥；佐木香、延胡索、郁金能行气止痛，土鳖虫能破血，三七则辅以止血、散瘀、定痛；桂枝专行上部肩臂，能领药至痛处，为使药。

骨折中期，伤后或折端重新整复后近1周，患者疼痛稍缓，肿胀难消，因气机停滞、瘀血停留，水液积聚化为肿胀，且多有兼证。仍当以活血祛瘀为先，还需从阴阳辨证。若瘀血化热、耗血动血，属阳证，伤肢局部肿胀疼痛明显，皮肤温度偏高，可见舌红苔黄、脉偏弦数，应加茜草、生地黄等凉血之品，以使方剂药性偏凉；若患者体质素虚，阳气受阻、水液结聚，伤肢肿胀明显，可见舌淡胖或有齿痕，脉沉，属阴证，需用桂枝荆芥之类以辅益气通阳之效；内治可仍续前方，减少活血祛瘀类药的用量，并根据阴阳虚实加减划裁，可添茯苓、泽泻、川牛膝之类利水消肿，添黄芪、党参等适度益护脾胃，添续断、骨碎补等续筋接骨。

骨折后期，约合伤后3～6周，患者骨折端愈合或良或缓，伤肢功能恢复程度亦有差异，多因损伤或长时间制动而萎软不用。患者折端肿胀渐消退，疼痛明显减轻，是瘀滞吸收、气血逐渐通畅的表现，但多有伏瘀留滞而难完全消肿。此时应以补益肝肾、续筋接骨为主，稍兼破血逐瘀为法，可予骨九方加

减，以骨碎补、续断为君补益肝肾，补骨脂、杜仲、狗脊、何首乌共补肾阴阳精血，佐川牛膝等药逐瘀通经，共奏补肾生髓、接骨续损之功，尤益于先天肾精不足，骨折延迟愈合，合并骨质疏松症的患者。

徐志强教授曾学习名医陈渭良教授的伏瘀理论[8]，并以此为基础发展成为独具特色的临床常用理法方药。伏瘀为气血互结、瘀血积滞所化，痹阻伤肢经络不通，随节气更替、逢阴雨天气或湿热而作痛，常见于骨折后期和各种骨骼肌肉系统慢性劳损性疾病，可按痹证论治，治则以祛瘀除痹、通络止痛法为基础，再辨患者偏性，若以经脉不通、阳虚寒滞为主，则内治可予黄芪桂枝五物汤为底以益气温经、和营通痹，常加鸡血藤、制附子为辅，增强驱寒、逐瘀之功。若患者因伏瘀阻滞，逐渐筋脉枯竭、筋肉萎软不用，则攻逐伏瘀与补益气血、充养肌肉当并行施治，常以养血柔肝汤为底，能兼补肝气、柔肝筋，助筋脉复荣，且患者瘀重可加桃仁红花化瘀，湿盛可加茯苓白术祛脾湿，湿热并重可合四妙散兼清利肝脾。

6　病案举例

黄某，女，76岁，2025年1月21日初诊。患者因跌倒致右肩关节疼痛、活动受限1天前往佛山市中医院门诊就诊。外院拍X线摄片示：右肱骨外科颈骨折伴肩关节半脱位；右肩关节普遍骨质疏征。门诊拟诊断为右肱骨近端骨折收入住院治疗。入院症见：精神可，无发热，觉右肩部疼痛，活动受限，胃纳可、睡眠可，二便正常，舌淡红、苔薄白、脉弦。查体：右肩关节中度肿胀，肱骨近端压痛，可及骨擦感和异常活动，右肩关节活动受限，指动血运感觉未见异常。入院后予止痛、护胃等对症处理，伤科黄水纱外敷右肩患处，予中药处方：桃仁15 g，赤芍15 g，丹参20 g，桂枝10 g，茯苓15 g，木香10 g（后下），延胡索10 g，郁金10 g，土鳖虫10 g，三七（先煎）10 g。每天1剂，水煎服。完善右肩X线摄片检查（见图2）、右上肢血管彩超等检查，排除相关禁忌证后，于1月22日在外周神经阻滞行右肱骨近端骨折手法复位术加小夹板外固定术。术中取仰卧位，触摸辨认，可触及右肩畸形，助手拔伸牵引使患肢外展上举，术者运用内外推端、提按升降等手法复位右肩关节脱位及外科颈骨折，后运用擒拿扶正法复位大结节骨折。通过触摸辨认判断复位成功，予外敷黄水，右肩四夹外固定术，术后复查X线摄片及CT检查（见图3），指导功能锻炼，1月27日带药出院。

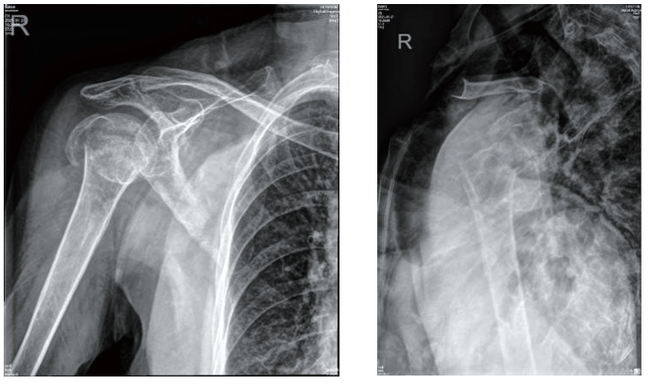


图2　手法整复前X线摄片

出院后门诊于手法整复后第2、3、4、5、6、7周均复诊。手法整复后第2周复查X线摄片（见图4），予四夹超肩固定；第4周复查X线摄片（见图5），改平肩夹板；第5周改内外二夹；第7周拆除夹板，查右肩关节活动：上举0°～90°，后伸0°～30°，嘱继续加强功能锻炼。

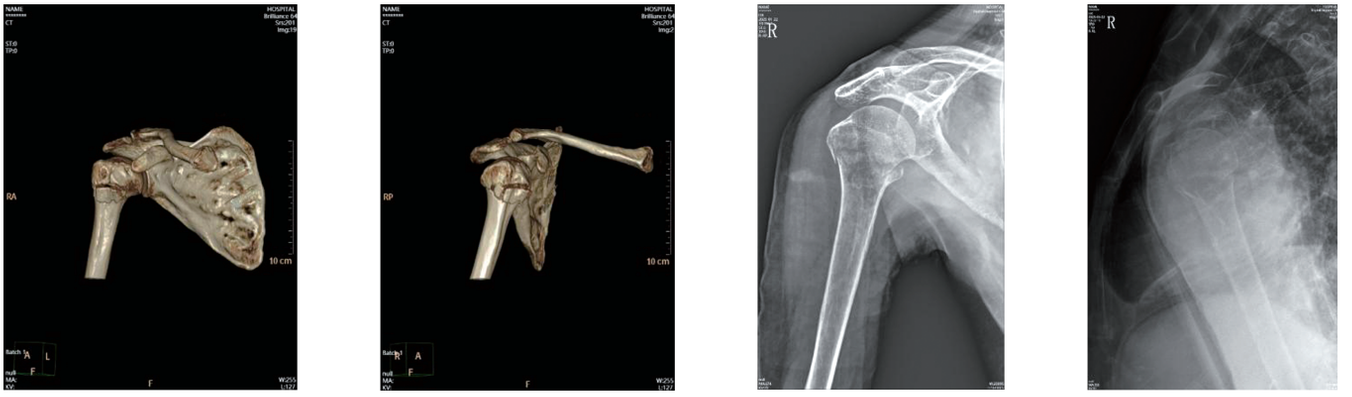


图3　手法整复后复查X线摄片及CT

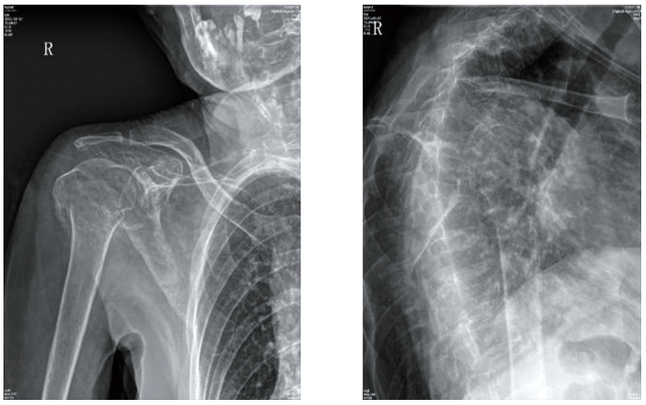


图4　手法整复后第2周X线摄片

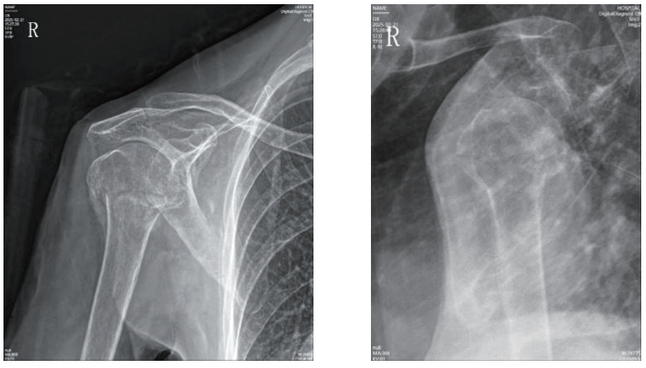


图5　手法整复后第4周X线摄片

［参考文献］

[1] 黄桂成，王拥军．中医骨伤科学[M]．北京：中国中医药出版社，2016．
[2] 黄强，米萌，蒋协远．肱骨近端骨折分型的意义及发展变化[J]．创伤外科杂志，2024，26(7)：487-492．
[3] MARSH J L，SLONGO T F，AGEL J，et al．Fracture and dislocation classification compendium-2007：Orthopaedic Trauma Association classification，database and outcomes committee[J]．J Orthop Trauma，2007，21(10 Suppl)：S1-S133．
[4] 江湧．佛山正骨医案集[M]．北京：中国中医药出版社，2022．
[5] 黄明翥，周红海，何心愉，等．《医宗金鉴·正骨心法要旨》中治疗伤科瘀肿疼痛方剂的用药规律分析[J]．中医正骨，2023，35(10)：37-41．
[6] 曾扬．伤科黄水治疗TKA术后无菌性炎症的临床研究[D]．广州：广州中医药大学，2023．
[7] 张向东，曹向阳，王鹏，等．中医骨伤科的“动静结合”思想[J]．中医临床研究，2015，7(25)：37-39．
[8] 李伟强，朱永展．陈渭良教授骨伤科气血辨证撮要[J]．中医药学刊，2005，23(7)：1191-1192．

［责任编辑：刘淑婷，蒋维超(英文)］