

Hippocrates 法复位治疗肩关节脱位 210 例

魏璟璟, 谭宗奎

(中国人民解放军广州军区武汉总医院, 湖北 武汉 430070)

摘要 目的: 为评价 Hippocrates 法治疗肩关节脱位的临床效果。方法: 回顾性分析了采用该法治疗的 210 例肩关节脱位的临床资料。结果: 210 例中 189 例原发性脱位均一次复位成功; 习惯性脱位 21 例中有 9 例手法失败后经手术复位成功。结论: Hippocrates 法是治疗新鲜肩关节脱位有效疗法。

关键词 肩关节 脱位 Hippocrates 法 手法复位 功能锻炼

肩关节脱位是常见的关节损伤, 不恰当的复位操作常致复位困难, 出现复位失败并可能发生并发症。本院自 2005 年 5 月至 2010 年 6 月共收治肩关节脱位患者 210 例, 均急诊行 Hippocrates 手法复位, 治疗结果满意, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 210 例, 男 119 例, 女 91 例。年龄 15 ~ 76 岁, 中位数 40 岁。原发脱位 189 例(90.0%), 习惯性脱位 21 例(10.0%)。210 例均为前脱位, 其中喙突下脱位 109 例, 孟下脱位 77 例, 锁骨下脱位 24 例; 有 35 例(全部是原发性脱位)合并肱骨大结节撕脱骨折, 2 例合并有桡神经损伤。伤后就诊时间 0.5 ~ 24 h。临床表现为不同程度的肩部疼痛, 肩关节活动受限, 肩峰突出成方肩畸形, 肩峰下空虚, Dugas 征阳性。摄 X 线片确认肩关节脱位。

2 方法

2.1 复位方法 均首选手牵足蹬法(Hippocrates 法)。该法分为两种。一人法: 患者仰卧于诊断床上, 术者位于患侧床旁, 双手握住患肢腕部, 将同侧足跟置于患侧腋窝紧靠胸侧壁作反作用力, 两手稍外展患肢持续牵引一段时间后, 肩部肌肉松弛, 持续牵引中足跟向外推挤肱骨头, 同时旋转, 内收上臂即可复位, 复位时可听到“咯噔”响声或感觉到弹响感^[1]。两人法: 患者仰卧于诊断床上, 由助手位于患侧床旁, 双手握住患肢腕部, 将同侧足跟置于患侧腋窝紧靠胸侧壁作反作用力, 使患肢处于外展、外旋位, 术者两手置上臂内侧靠近腋窝处, 助手与术者同时沿各自方向持续逐渐加大力量牵引, 待术者感觉肱骨头与肩盂稍分离时, 嘱助手内收、内旋患肢的同时, 术者保持原牵引力, 将上臂内收、内旋, 使肱骨头与肩胛盂前缘稍分离, 闻及轻微的“咯噔”声顺势轻微内、外旋, 即可复位。

锁骨下脱位采用上述方法复位失败者, 则嘱患者俯卧位于诊断床上, 术者立于患侧, 协助患肢后伸、外展、内旋, 同侧足跟置于患侧腋窝紧靠胸侧壁作反作用力, 对抗持续牵引患肢, 可将脱位复位。

2.2 术后处理 复位成功后单纯肩关节脱位的青年患者以超肩石膏托固定患肢于内收内旋位 3 ~ 4 周, 中老年患者以三角巾固定患肢于内收内旋位 3 ~ 4 周; 合并肱骨大结节骨折者以超肩石膏托外固定 4 ~ 6 周, 合并肱骨外科颈骨折者超肩石膏托固定 6 ~ 8 周。外固定期间, 三角巾固定者作患肩有限功能锻炼, 石膏固定者作腕、手功能锻炼。去除外固定后患肩作进一步功能锻炼及爬格运动。

3 结果

本组 210 例, 其中原发性脱位者均 1 次闭合复位成功, 21 例习惯性肩关节脱位者中 9 例未能 1 次成功复位, 建议患者手术治疗, 患者拒绝后入手术室于臂丛麻醉下闭合复位成功。210 例均获随访, 随访时间 3 ~ 12 个月, 中位数 4 个月。单纯脱位者 3 ~ 4 周后解除外固定, 行功能锻炼 2 周, 肩关节功能恢复良好。2 例合并桡神经损伤者 3 个月后神经症状消失, 肌力和感觉恢复正常。合并肱骨大结节骨折者固定 4 周后仍有轻度疼痛, 解除外固定后肩关节活动受限, 功能锻炼 2 ~ 4 周后肩关节功能恢复; 21 例习惯性肩关节脱位者行超肩石膏托固定 6 ~ 8 周后行功能锻炼 3 周, 暂恢复肩关节功能, 但 1 年跟踪回访, 有 13 例在较剧烈活动时再次脱位, 最终入院手术治疗。

4 讨论

本组 210 例均为病程较短的新鲜脱位, 其中 21 例为习惯性肩关节脱位的复发病例。我科近年接收有部分陈旧性肩关节脱位, 肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位等复合型肩关节脱位, 需要进行手术治疗, 在

本报告中不具备代表性,已排除。肩关节脱位临床上十分常见,北京积水潭医院资料统计占四大关节(肩、肘、髋、膝)脱位的 40.1%,仅次于肘关节^[2]。这种损伤多发生于青壮年的男性,且肩关节前脱位者占绝大多数。

对于肩关节复位的治疗,新鲜肩关节脱位一般不需麻醉,采用传统的手牵足蹬法多可获得成功。该法操作简便,节省人力,成功复位时指征明显。但是对于青壮年上臂肌肉发达以及肌肉难以有效松弛的患者,需要操作者具有较大力量才可能成功,而且用力不当容易造成神经血管副损伤,甚至发生肱骨外科颈骨折或解剖颈骨折。对于难治性肩关节脱位,当单人足蹬手牵法复位不成功时,应及时调整双人复位或其他方法,必要时可以考虑给予局部麻醉或臂丛神经阻滞麻醉;使之精神放松、肌肉松弛,可以有效减少复位过程中的阻力。双人法复位是在肱骨头与关节孟边缘略有接触后将肱骨头放入关节孟内,有效的减少了复位时关节所受的力,也就减少了肩关节的损伤。

经本组病例观察,我们体会到,手牵足蹬法的确是治疗肩关节脱位的有效方法。但为了一次复位成功,减少甚至避免医源性副损伤的发生,在进行复位操作前应特别注意以下几点:①结合 X 线检查及临床症状明确肱骨头所处位置;②认真阅读肩关节脱位的影像资料,发现肱骨近端骨小梁细微改变,及时和患者及家属交待可能发生的情况,及时调整治疗方案,预防医源性损伤的发生^[3];③是否为原发性脱位;④全身情况及局部有无先天性或其他病变;⑤受伤时间;⑥是否合并血管神经损伤。另外,还要及时和患者及家属交流,取得患者的配合。

我们所采用的 Hippocrates 法,足蹬的主要目的是发挥足跟的杠杆支点作用,双手持续牵引使肩关节的关节囊、韧带及肌肉松弛,持续牵引中足跟向外推挤肱骨头,同时旋转,内收上臂可旋转、摆动脱位的肱骨头,使其顺着破损的关节囊还纳,即可复位成功。如果合并肱骨大结节撕脱骨折,撕脱的骨折片与肱骨干

间有骨膜相连者,在一般情况下,肩关节脱位复位后撕脱的骨片也随之复位。

对于大多数孟下和喙突下肩关节脱位患者,传统的 Hippocrates 复位方法都能成功复位,但对于锁骨下脱位,有时难以复位。其主要原因是对于锁骨下脱位仰卧位复位时肱骨头的外移被喙突所阻挡,而且肩袖的反向牵引更是加大了复位的困难。对此,应采用俯卧位,因俯卧位利用床板的杠杆支点作用和上身重量,可使肱骨头较易绕过喙突向后滑入关节腔内^[4]。

总之,足蹬牵引法治疗肩关节脱位已得到广大临床工作者的认同,有非常确切的疗效,而且对肩关节脱位合并肱骨大结节撕脱骨折的患者亦有明确的效果。但此方法对施术者本人的身体素质、个人技巧有相对较高的要求:脱位引起的疼痛刺激使肩周围肌肉痉挛,肩关节弹性固定,肱骨大结节与关节孟前缘交锁、关节面旋转及关节囊皱褶形成等因素,使得需要持续牵引,有时不满意的牵引,造成的伤痛更容易引起患者的心理恐惧^[5],增加施术难度。因此复位过程中,术者牵引方法、持续时间、力量大小、复位技巧都要求做到连贯、有序、一气呵成,否则就可能使复位失败甚至造成不必要的医源性损伤。所以,在复位前要仔细评估,排除各种并发症;如有必要,可适当麻醉。复位时避免暴力,持续牵引,缓慢加力,松弛肌肉,理顺筋脉,尽量减轻患者的痛苦。

5 参考文献

- [1] 朱敏. 手牵足蹬结合牵抖手法治疗肩关节前脱位[J]. 中医正骨, 2006, 18(6): 70.
- [2] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 511.
- [3] 苏士乐, 刘浩, 章宏志, 等. 肩关节脱位医源性并发症失误分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2009, 18(9): 1433 - 1434.
- [4] 吴荣博. 肩关节脱位闭合复位的体位探讨[J]. 中国骨伤, 2009, 22(1): 25 - 26.
- [5] 洪源. 侧位悬垂手法复位治疗肩关节脱位 42 例[J]. 基层医学论坛, 2010, 14(13): 413 - 414.