

先离后合法整复肩关节前脱位

李健, 江和训, 张秀娟, 王凤

(山东省文登整骨医院, 山东 文登 264400)

摘要 目的: 探讨先离后合法整复肩关节前脱位的临床疗效。方法: 1997 年 2 月至 2010 年 5 月, 采用先离后合法整复肩关节前脱位患者 35 例, 男 28 例、女 7 例, 年龄 25 ~ 78 岁, 中位数 45 岁。急性肩关节前脱位 33 例, 习惯性肩关节前脱位 2 例。左侧 15 例, 右侧 20 例。喙突下脱位 23 例, 锁骨下脱位 10 例, 孟下脱位 2 例。合并肱骨大结节骨折 8 例, 腋神经损伤 2 例。受伤至就诊时间 30 min 至 3 d, 中位数 8 h。采用 Hippocrates 法(手牵足蹬法)复位均失败。采用先离后合法整复后随访观察肩关节功能恢复情况。结果: 所有患者均获随访, 随访时间 12 ~ 24 个月, 中位数 18 个月。采用 Neer 肩关节功能评分标准评定疗效, 优 30 例、良 3 例、可 1 例、差 1 例。结论: 采用先离后合法整复肩关节前脱位, 操作简单, 效果良好, 适用于 Hippocrates 法复位失败的患者。

关键词 肩脱位; 正骨手法

肩关节是人体活动范围最大的关节, 稳定性相对较低, 容易发生脱位, 其中以肩关节前脱位最为常见, 临床常采用 Hippocrates 法(手牵足蹬法)、Stimson 法(俯卧下垂法)、Kocher 法(牵引回旋法)、FARES 法、椅背复位法及上举复位法等治疗, 效果不一^[1-4]。1997 年 2 月至 2010 年 5 月, 我们采用先离后合法整复肩关节前脱位患者 35 例, 并对其临床疗效进行了观察, 现报告如下。

1 临床资料

本组 35 例, 男 28 例、女 7 例。年龄 25 ~ 78 岁, 中位数 45 岁。均为山东省文登整骨医院患者。急性肩关节前脱位 33 例, 习惯性肩关节前脱位 2 例。左侧 15 例, 右侧 20 例。肩关节前脱位类型: 喙突下脱位 23 例, 锁骨下脱位 10 例, 孟下脱位 2 例。合并肱骨大结节骨折 8 例, 腋神经损伤 2 例。受伤至就诊时间 30 min 至 3 d, 中位数 8 h。采用 Hippocrates 法复位均失败。

2 方法

患者取仰卧位, 术者站于一旁。明确患侧肱骨头所处具体位置, 嘱一助手握持患侧腕关节及肘关节, 外展肩关节, 于肩关节外展 70° ~ 90° 位持续牵引, 用宽布带穿过患侧腋下, 嘱另一助手各持布带一端向左右侧作对抗牵引, 术者右手置于肩峰下三角肌处, 推压肱骨外科颈使肱骨头向前下方移位, 增大肱骨头与肩关节孟前缘间隙, 左手由腋下向关节孟推动肱骨头, 嘱助手轻度旋转上臂, 感觉肱骨头已被右手托向前方, 左手手指能够完全托住肱骨头时, 嘱助手适当

加大上臂旋转程度, 内收肩关节, 听到弹响声或杜加氏征阴性表示复位成功。肩关节前脱位复位成功后, 肱骨大结节骨折即自行复位。复位后将上肢屈肘固定于胸壁上, 维持复位效果, 2 周后逐渐进行肩关节功能锻炼。合并肱骨大结节骨折者, 上肢固定 3 周后开始进行肩关节功能锻炼。

3 结果

所有患者均获随访, 随访时间 12 ~ 24 个月, 中位数 18 个月。采用 Neer 肩关节功能评分标准^[5] 评定疗效, 本组优 30 例、良 3 例、可 1 例、差 1 例。典型病例 X 线片见图 1、图 2。

4 讨论

肩关节由肱骨头与肩胛骨的关节盂组成, 属于球窝关节, 关节盂边缘的盂唇可以加深关节窝, 能够增加肩关节的稳定性。影响肩关节稳定的因素包括动力性因素和静力性因素, 盂肱韧带是维持肩关节前方稳定的重要静力性因素, 肱二头肌长头是维持肩关节稳定的重要动力性因素^[6]。

早期闭合复位是肩关节脱位的主要治疗原则, Hippocrates 法临床最为常用, 具有操作简单等优点, 但仅适用于新鲜肩关节脱位, 不适用于陈旧性肩关节脱位^[7]; Stimson 法主要利用牵引复位, 患者需俯卧于治疗床上, 不便于麻醉操作; Kocher 法主要利用杠杆原理复位, 虽然也有效果, 但是风险较高, 操作失误容易造成肱骨外科颈骨折^[4]; FARES 法治疗肩关节脱位具有复位时间短、疼痛小、功能恢复好等优点, 但操作较为复杂, 且容易造成臂丛神经损伤^[8-9]; 椅背复

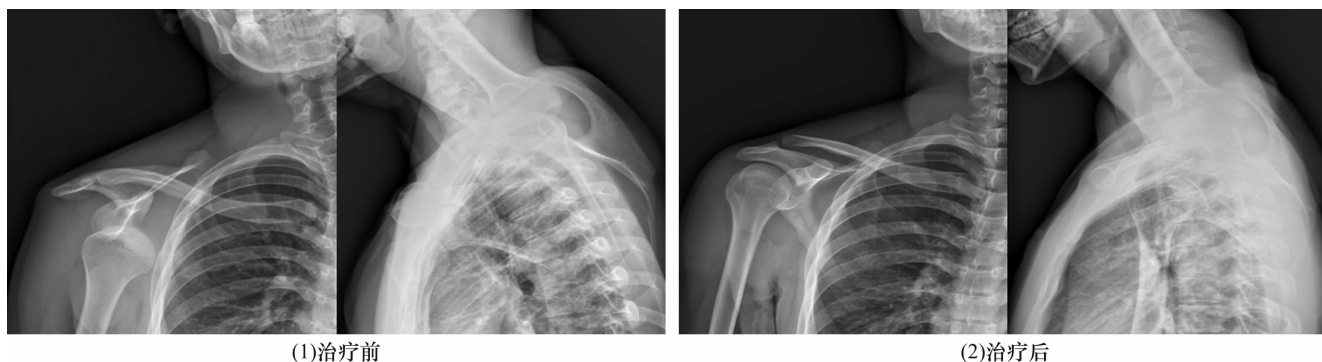


图 1 右侧肩关节前脱位治疗前后 X 线片

患者,男,23 岁,右侧急性肩关节前脱位,采用先离后合法整复



图 2 左侧肩关节前脱位治疗前后 X 线片

患者,女,51 岁,左侧习惯性肩关节前脱位,采用先离后合法整复

位法具有操作简单、无需麻醉、不容易引起损伤等优点^[10];上举复位法按照原路返回的原则复位,仅适用于部分孟下脱位。

肩部肌肉发达的患者复位时容易出现肌肉痉挛,可导致复位困难。手法整复肩关节前脱位时,常规向外上方推动肱骨头可遇到骨性阻挡,复位较为困难。肩关节外展 70°~90°位时关节囊及肩关节周围肌肉均处于松弛状态,向外上方推动肱骨头相对容易,有利于复位^[11]。先离后合法整复肩关节前脱位,可以解决肌肉痉挛及骨性阻挡等问题,能够有效复位。增大肱骨头与肩关节孟前缘间隙的过程为“离”;感觉肱骨头已托向前方,能够控制肱骨头运动方向的过程为“合”。手法整复过程中注意禁止暴力操作,避免造成不必要的损伤。

本组患者治疗结果显示,采用先离后合法整复肩关节前脱位,操作简单,效果良好点,适用于 Hippocrates 法复位失败的患者。

5 参考文献

- [1] 宁凡友,张作君,牛素玲,等.改良 Bristow-Latarjet 术治疗复发性肩关节前脱位[J].中医正骨,2014,26(7):30-31.
- [2] Maity A, Roy DS, Mondal BC. A prospective randomized clinical trial comparing FARES method with the Eachempati

external rotation method for reduction of acute anterior dislocation of shoulder[J]. Injury, 2012, 43(7):1066-1070.

- [3] 李昊阳,李金良,辛兆旭,等.单人足蹬法复位与双人手法复位治疗肩关节脱位 56 例体会[J].黑龙江医药科学,2010,33(3):42.
- [4] 王亦聰.骨与关节损伤[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2001:748-800.
- [5] Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation[J]. J Bone Joint Surg Am, 1970, 52(6):1077-1089.
- [6] 龚熹,崔国庆,王健全,等.复发性肩关节前脱位的临床病理表现[J].中华骨科杂志,2006,26(6):399-403.
- [7] 魏璟璟,谭宗奎. Hippocrates 法复位治疗肩关节脱位 210 例[J].中医正骨,2012,24(8):69-70.
- [8] 邓永,程加峰. FARES 法与 Hippocrates 法手法复位肩关节脱位的比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(9):983-985.
- [9] 朱清华,王崇礼.改良 FARES 复位法治疗肩关节前脱位 35 例[J].创伤外科杂志,2013,15(4):305.
- [10] 周硕霞,于东升,孙献武.“单人椅背法”整复肩关节前脱位 86 例[J].中医正骨,2009,21(10):47-48.
- [11] 陈建慧,喻勤军,张孔彬,等.改良 Milch 法治疗急性肩关节前脱位[J].中医正骨,2013,25(8):53-54.

(2015-04-09 收稿 2016-02-18 修回)