

# 顺势复位法治疗肩关节前脱位

赵纯, 荣海波, 蒋小明

(四川省骨科医院, 四川 成都 610041)

**摘要** **目的:**观察顺势复位法治疗肩关节前脱位的临床疗效和安全性。**方法:**2015 年 11 月至 2016 年 2 月,采用顺势复位法治疗闭合性肩关节前脱位患者 72 例,男 39 例、女 33 例。年龄 16~90 岁,中位数 41 岁。左肩脱位 28 例,右肩脱位 44 例。喙突下型脱位 31 例,孟下型脱位 39 例,锁骨下型脱位 2 例。病程 2~24 h,中位数 7 h。观察患者肩关节复位和功能改善情况及并发症发生情况。**结果:**71 例无麻醉下复位成功,其中 67 例 1 次复位成功,4 例 2 次复位成功;1 例因对疼痛敏感,在臂丛神经阻滞麻醉下 1 次复位成功。复位成功后 3 个月,按照 Neer 肩关节功能评定标准评价疗效,优 64 例、良 6 例、可 2 例。均无骨折、神经损伤等并发症发生。**结论:**采用顺势复位法治疗肩关节前脱位,复位成功率高,有利于肩关节功能的恢复,并发症少,值得临床推广应用。

**关键词** 肩脱位;肩关节;舒筋整复手法;顺势复位法

肩关节脱位是骨科常见病、多发病之一,在全身关节脱位中占 40%~50%<sup>[1]</sup>,尤以青壮年男性较多,其中肩关节前脱位约占 97% 以上<sup>[2]</sup>。2015 年 11 月至 2016 年 2 月,我们采用顺势复位法治疗肩关节前脱位患者 72 例,现报告如下。

## 1 临床资料

本组 72 例均为四川省骨科医院急诊患者,男 39 例、女 33 例。年龄 16~90 岁,中位数 41 岁。均为闭合性肩关节前脱位患者,其中左肩脱位 28 例、右肩脱位 44 例。按照肩关节前脱位的分类<sup>[3]</sup> 514-515:喙突下型 31 例,孟下型 39 例,锁骨下型 2 例。病程 2~24 h,中位数 7 h。

## 2 方法

**2.1 顺势复位法** 以左肩关节前脱位为例。患者取仰卧位,术者立于患者左侧,无需助手做对抗牵引;术者左手从患肢背侧握住其左手腕,嘱患者放松并屈肘;同时术者右前臂从患肘前侧穿过,用右手握住自己左肘部前侧,术者右肘部和患者左肘部相交,此时由术者双前臂和患者前臂形成一个三角形;术者调整患者左肩关节于前屈 40°、内旋 45°、外展 30°位和肘屈 90°位,然后顺患者左上臂方向,逐渐加力做牵引;当感觉肱骨头有松动后,在持续牵引下使患肢活动至肩关节前屈 80°~90°、内旋 45°、外展 30°位和肘屈 90°位,然后在持续牵引下使患者左肩关节外旋 45°,最后放松患肢;当肩关节恢复饱满、搭肩试验阴性、患肢疼痛得到缓解时,证明复位成功。

**2.2 术后处理** 术后将肩关节置于内收、内旋位和肘关节屈曲 90°位,用三角巾悬吊于胸前;术后 2 周逐渐进行肩关节活动;术后 3 周解除悬吊;术后 4 周内避免肩关节过度负重。

## 3 结果

71 例无麻醉下复位成功,其中 67 例 1 次复位成功,4 例 2 次复位成功;1 例因对疼痛敏感,在臂丛神经阻滞麻醉下 1 次复位成功。复位成功后 3 个月,按照 Neer 肩关节功能评定标准<sup>[3]496</sup> 评价疗效,本组优 64 例、良 6 例、可 2 例。均无骨折、神经损伤等并发症发生。典型病例图片见图 1。

## 4 讨论

顺势复位法是笔者在继承郑怀贤教授和张世明教授学术思想的基础上,结合临床工作实践总结出的复位手法。该手法是指在顺肌肉方向牵引下做肩关节旋转,以放松肌肉,解锁软组织交锁,并利用肩关节内部应力,达到复位效果的一种手法;以中医整体观和“筋骨并重”为指导思想,通过分析肩关节脱位后局部“筋”与“骨”在复位过程中的有利和不利因素,而设计的复位方法。

肩关节的稳定性取决于关节的静力性因素和动力性因素之间复杂的相互作用。董旺超等<sup>[4]</sup>认为,肩关节周围肌肉组织的相互作用是维持肩关节稳定的主要来源。笔者认为肩关节脱位后,肩关节的内部平衡被打破,肩部外旋、外展肌群因肱骨头脱位向内下方移位,而其被特定的动作牵拉后,会产生一个向外上方的合力,此应力有利于肩关节的复纳。肩关节脱位后不能自动复纳的原因有以下几个方面:①肩关节

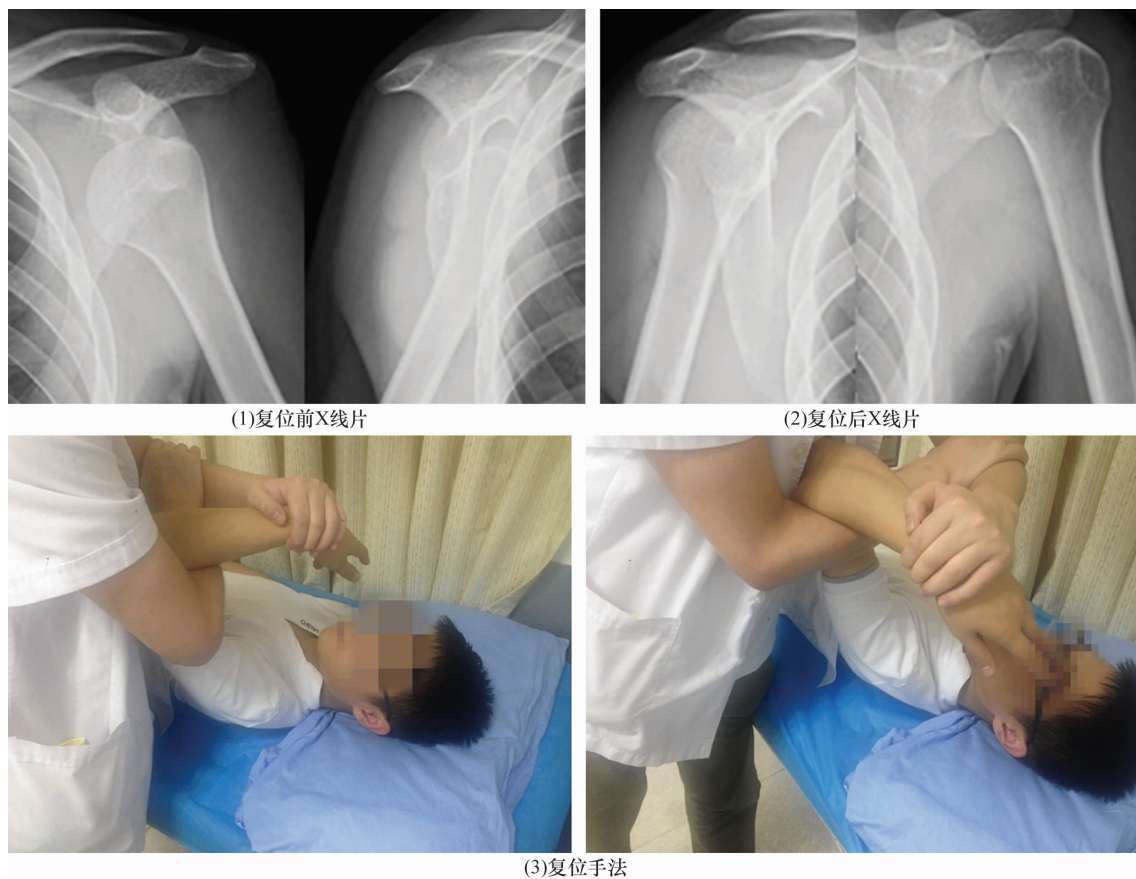


图1 肩关节前脱位复位前后图片

患者,男,25岁,左肩关节前脱位,采用顺势复位法治疗

脱位后,患者因疼痛而处于强迫体位,肩关节周围肌肉紧张,肱骨头难以移动;②肩关节前脱位后,肱骨头移位至肩胛骨前方或前下方,肱骨大节结和肩胛盂形成骨性障碍,阻扰其复纳;③肩关节周围软组织的嵌入也会阻扰肩关节的复纳。因此,临床上我们在整复肩关节脱位时,首先让患者处于合理舒适的体位,使其放松,缓解其疼痛;再通过顺肌肉方向牵引下做肩关节旋转,这样可以绕开骨性阻碍,解锁软组织交锁,利用肩关节自身的肌群应力使肩关节自动复纳。该手法的具体复位机理为:①复位通路。肩关节脱出的部位即是复位的入路。肩关节盂唇的损伤一直被认为是肩关节前方脱位最主要的病理变化,也是引起复发性肩关节脱位的最重要因素<sup>[5-7]</sup>。肩关节盂唇既是复纳肱骨头的通路,也是在复位过程中应避免加重损伤的部位。②顺势牵引。我们选择肩关节前屈40°、内旋45°、外展30°位和肘屈90°位作为复位起始位,在这一体位上进行牵引,能缓解患者疼痛,放松肌肉,减少牵引阻力,利于牵动肱骨头,使肱骨头滑至肩胛盂前下方;同时通过牵引,使肩胛骨关节孟面朝前内下方转动,回到其原来的正常位置,减少肱骨大结

节与关节孟缘的嵌压力,不仅减轻了疼痛,还起到了固定肩胛骨的作用,避免肩胛骨的浮动。③旋转回绕。当感觉肱骨头有松动后,在持续牵引下使患肢活动至肩关节前屈80°~90°、内旋45°、外展30°位和肘屈90°位,此位置可以使纵向跨越肩关节的主要肌肉的综合张力为最小,即处于松弛状态<sup>[8]</sup>;同时,患侧肩关节在屈肘90°位时做前屈活动,能降低肱二头肌长头的张力,有利于降低肱二头肌长头的阻扰,同时还可以增加肩袖部的旋后、外展肌群的张力;此外,在肩关节前屈80°~90°位时,作用于肱骨头的肌肉主要为肩袖肌群,其中肩胛下肌松弛,而冈上肌、冈下肌和小圆肌紧张,会产生向外移、外旋的作用力<sup>[9-11]</sup>。④复纳。在肩关节前屈80°~90°、内旋45°、外展30°位和肘屈90°位下做肩关节外旋活动,可以打开肱骨头复位通道,降低肩胛盂及盂唇的进一步损伤,减小患者的不适感;使肱骨头接近关节孟,这样在肩袖的牵拉下,肱骨头顺势滑入关节孟,使之回纳于关节囊内。

顺势复位法的优势:①采用“复位三角”控制患肢,代替了传统的术者双手抓住患者腕关节来作用患肢的方式,让术者能更好地控制患肢的伸展角度和复

位过程中的旋转,同时避免了双手抓腕的握力所产生的疼痛;②缩短力臂,减少作用力的分散,术者通过患者肘关节作用于肱骨,避免了腕部牵引力跨肘关节时作用力的分散和消耗,更有利于控制患肢和放松肱二头肌<sup>[12-15]</sup>;③牵引的起始位定于肩关节前屈 40°、内旋 45°、外展 30°位和肘屈 90°位,在此体位上进行顺势牵引,患者不会出现明显的疼痛,有利于让患者放松,从而利于复位的操作;④复位过程平稳和持续,无突然发力的阶段,既能减轻患者痛苦,又能避免出现骨折、血管神经损伤等并发症,安全性高<sup>[16-17]</sup>。

本组患者治疗结果显示,采用顺势复位法治疗肩关节前脱位,复位成功率高,有利于肩关节功能的恢复,并发症少,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] Robinson CM, Shur N, Sharpe T, et al. Injuries associated with traumatic anterior glenohumeral dislocations [J]. J Bone Joint Surg Am, 2012, 94(1): 18-26.
- [2] Canale ST. 坎贝尔骨科手术学[M]. 卢世壁,译. 9 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:2096-2099.
- [3] 王亦璠. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2002.
- [4] 董旺超,王培民. 肩关节脱位复位方法的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(13):1687-1688.
- [5] Willemsen UF, Wiedemann E, Brunner U, et al. Prospective evaluation of MR arthrography performed with high-volume intraarticular saline enhancement in patients with recurrent anterior dislocations of the shoulder [J]. AJR, 1998, 170(1): 79-84.
- [6] Gusmer PB, Potter HG, Schatz JA, et al. Labral injuries: accuracy of detection with unenhanced MR imaging of the shoulder[J]. Radiology, 1996, 200(2): 519-524.
- [7] 郑卓肇,范家栋,谢敬霞. 肩关节脱位:MR 以及 MR 关节造

- 影评价[J]. 中国医学影像技术,2002,18(9):927-929.
- [8] 高云山,曹贻训,王鹏池,等. 肩关节前脱位足踝复位法的设计及应用[J]. 中医正骨,1993,5(1):8-9.
- [9] hoi E, Sashi R, Minagawa H, et al. Position of immobilisation after dislocation of glenohumeral joint. A study using magnetic resonance imaging [J]. J Bone Joint Surg Am, 2001, 83-A(5): 661-667.
- [10] Itoi E, Hatakeyama Y, Kido T, et al. A new method of immobilisation after traumatic anterior dislocation of the shoulder: a preliminary study [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2003, 12(5): 413-415.
- [11] Miller BS, Sonnabend DH, Hatrick C, et al. Should acute anterior dislocation of the shoulder be immobilised in external rotation? A cadaveric study [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13(6): 589-592.
- [12] 郭振平,李占国,刘一,等. 陈氏正骨手法治疗肩关节脱位的优势及特色[J]. 中医正骨,2015,27(8):67-68.
- [13] Shin SJ, Yun YH, Kim DJ, et al. Treatment of traumatic anterior shoulder dislocation in patients older than 60 years [J]. Am J Sports Med, 2012, 40(4): 822-827.
- [14] Van TA, Rosa F, Heffernan G, et al. Long term result after traumatic anterior shoulder dislocation: what works best? [J]. musculoskeletal surgery, 2011, 95(suppl 1): 65-70.
- [15] Lin CL, Hong CK, Jou IM, et al. Suture anchor versus screw fixation for greater tuberosity fractures of the humerus - a biomechanical study [J]. J Orthop Res, 2012, 30(3): 423-428.
- [16] Matsushashi T, Hooke AW, Zhao KD, et al. Effect of humeral head rotation on bony glenohumeral stability [J]. Clin Biomech (Bristol, Avon), 2013, 28(9): 961-966.
- [17] 张均锦,陆春. 肩关节脱位手法复位临床研究现状[J]. 医学综述,2015,21(13):2407-2408.

(2016-05-28 收稿 2016-06-61 修回)

## · 通 知 ·

### 关于在本刊网站“下载专区”中增添论文写作参考模板和常用表格格式的通知

《中医正骨》的各位作者:

在处理稿件的过程中我们发现,部分稿件由于撰写格式不规范,给专家审稿和编辑加工带来不必要的困难,从而延长了稿件审核、刊出的周期。为方便大家在我刊投稿,提高稿件的审核和编辑加工效率,加快其刊出速度,我们根据学术论文撰写的基本要求及我刊的体例格式,编写了《中医正骨》论文写作模板和论文中常用表格格式,供大家参考。建议大家在投稿前在本刊网站首页“下载专区”中下载相应的论文模板,参照模板对稿件进行初步修改。

《中医正骨》编辑部