

手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位 89 例

宁军强¹ 王永铭^{1△} 涂世玉¹

[摘要] 目的:探讨手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位的临床效果。方法:自 2012 年 8 月至 2015 年 6 月应用手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位患者 89 例。随访内容包括 X 线表现、肩关节的疼痛程度、活动范围、再次脱位情况、肩关节功能评分等。结果:全部患者随访 12~25 个月,平均 18.5 个月,按照评定标准对肩关节恢复情况进行评定,其中优 63 例、良 23 例、可 3 例,优良率达 96.63%。结论:手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位有其独特的“点-线-面-体”的手法复位理论,灵活的中药三期辨证治法;手法操作轻柔,患者痛苦少,易于接受;主张整体观念,动静结合,强调功能锻炼,辨证施治;肩关节再次脱位率低,功能恢复满意,优良率高等,适用于基层医院推广、学习。

[关键词] 三期辨证;肩关节脱位;石膏托外固定;保守治疗;手法复位理论

[中图分类号] R684.7 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2017)03-0053-03

关节脱位是骨伤科常见病、多发病之一,人体四肢各关节在外界暴力的作用下都可引起脱位,其中发生于肩部的关节脱位占 40% 以上^[1]。2012 年 8 月至 2015 年 6 月本院骨伤科应用手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位 89 例,并获得 12 个月以上随访,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

共选择 89 例患者,为 2012 年 8 月至 2015 年 6 月在本院就诊患者。男 54 例,女 35 例;病程 0.5~21.5 h,平均(4.3±2.65)h;年龄 32~69 岁,平均(41.5±9.5)岁;住院时间 3~14 d 不等,平均(7.25±4.75)d。

1.2 纳入标准

1)X 线片:外伤合并肩部疼痛畸形的患者常规行 X 线检查,将符合肩关节脱位患者纳入观察病例;2)CT:对于特殊患者,如行 X 线片检查不能完全配合或 X 线片无法确诊患者行 CT+三维重建检查,将符合条件患者纳入观察病例;3)MRI:对于肩关节脱位患者根据损伤程度行 MRI 检查,以明确关节周围滑囊、韧带损伤程度,合并肩袖韧带损伤需要手术修补者不纳入观察病例;4)肩关节脱位合并锁骨骨折、肩胛骨骨折、肱骨外科颈骨折、肱骨干骨折不纳入观察病例。

1.3 剔除标准

1)自行中止治疗的患者;2)不能按期复查,影响观

察指标的患者。

2 方法

2.1 手法复位治疗结合患肢功能锻炼

所有肩关节脱位患者均采用常见正骨手法复位,主要采用手牵足蹬法、斜靠椅背牵引复位法。复位过程中以肩部腋窝处为支撑点,使肩-肘-前臂为一纵轴线,肱骨头中心与关节盂中心为另一轴线,适当牵引,以肱骨近端外科颈处作为杠杆支点,然后内收、内旋肩-肘-前臂这一纵轴线,即可听到弹响,复位成功,肱骨头纳入关节盂内,肱骨头关节面与关节盂关节面之间接触形成一作用面,同时关节复合体形成。年轻体壮者及大部分肩关节脱位可采取手牵足蹬法复位。对于老年及体质虚弱肩关节脱位患者采取斜靠椅背牵引复位法。对于合并大结节撕脱骨折的患者采取手牵足蹬法复位后再采用“推挤”手法复位大结节撕脱骨块,复位成功后行绕肩石膏或支具固定,复查 X 线片。鼓励患者早期手指功能训练,主要是指导患者关键肌(手指及腕屈肌群、伸肌群)的主动收缩舒张运动;外固定拆除后,采用揉、滚、按、扳等手法来活血通络,并缓慢行肩关节外展、外旋、内旋、后伸、摸背等活动,活动结束后根据患者恢复情况采取必要的非限制关节活动的制动;后期根据不同肌群肌力做抗阻力加强锻炼,恢复肌肉形态及关节灵活动度。

2.2 中药三期辨证治疗

早期(脱位后 1~2 周),辨证属于气滞血瘀型,治以活血化瘀、行气消肿,予以桃红四物汤加减内服,方药:桃仁、红花、赤芍各 10 g,泽兰、羌活各 12 g,三七 9 g,当

¹ 陕西安康市中医医院(陕西 安康,725000)

[△] 通信作者 E-mail: wangyongming1972@163.com

归、川芎、生地各 15 g, 黄芪 20 g, 炙甘草 9 g 等。

中期(脱位后 3~6 周), 辨证属于瘀血痹阻型, 治以活血化瘀、接骨续筋, 予以活血止痛汤加减内服, 方药: 当归、川芎、苏木、红花各 10 g, 杜仲、续断各 12 g, 陈皮、赤芍、制乳香、制没药各 15 g, 山药、炙甘草各 9 g 等。

后期(7 周以上), 辨证属于筋脉失养型, 治以补肝肾、养气血, 药用中药熏洗方外用熏洗或热敷治疗, 方药有: 黄芪、首乌、熟地、当归、制乳香、制没药、煅自然铜、蟹粉、丹参、川芎、苏木、骨碎补、川断、木瓜、桑枝、花椒、独活、透骨草、艾叶等。

2.3 疗效评价标准

随访内容包括 X 线表现、肩关节的疼痛程度、活动范围、再次脱位情况、肩关节功能评分等, 疼痛程度采取 VAS 评分法(0 分为无疼痛, 10 分为疼痛严重无法忍受), 关节活动度记录采取中立位 0°法分别测量肩关节前屈、后伸、外展、上举、内收、内旋及外旋的角度, 再次脱位情况记录治疗期内实际发生再次脱位的例数及百分率, 肩关节功能评分参照 Constant 肩关节评分系统^[2]进行临床疗效评定, 95~100 分为优, 80~94 分为良, 60~79 分为可, <60 分为差。

3 结果

本组共 89 例患者均得到随访, 最短 12 个月, 最长 25 个月, 平均(18.5±2.85)个月。一年后患肩关节疗效评价结果: VAS(0.98±0.67)分, 再次脱位率 1.12%, Constant(84.76±12.76)分。一年后肩关节活动度: 前屈(65.25±6.45)°, 后伸(20.47±6.19)°, 外展(61.35±15.65)°, 上举(50.35±9.95)°, 内收(21.35±4.95)°, 内旋(54.15±9.36)°, 外旋(17.15±7.98)°。一年后肩关节功能评分优良率比较: 优 63 例, 良 23 例, 可 3 例, 差 0 例, 优良率为 96.63%。

采用手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位具有较好的治疗效果, 能有效缓解患者疼痛, 降低肩关节再次脱位发生率, 改善患者的肩关节功能。

4 讨论

4.1 提出“点-线-面-体”手法复位理论

本院涂世玉主任医师及其团队将传统的手法复位与现代医学及解剖力学等相结合, 通过手法正骨使关节还纳, 关节面复位, 恢复关节功能, 提出了“点-线-面-体”手法复位理论, “点”即疼痛点、关节脱位点, 也是关节脱位后患者最先表述的疼痛位置, “线”即关节力线, 是由疼痛点分别向远端骨质延伸形成的力线, 包括功能位时构成关节骨质轴线形成的力线和关节最大屈伸位置时所形成的力线; “面”即关节的每个功能范围内由力线形成的空间活动面, 也包含上下关节面所接触形成的作用面; “体”即关节整体及其活动空间, 是完成关节的各方向运动下由活动面形成的空间体, 也包含

关节面、骨质及周围软组织构成的关节复合体。对于肩关节脱位患者, 首先表述腋窝处疼痛, 即可确定治疗点, 由于肩关节活动范围较广, 可完成前屈、后伸、上举、外展、旋转等方向的运动, 而脱位后这些功能都丧失或异常, 通过对治疗点的手法牵引, 恢复伤肢原有力线, 完成肩关节在不同功能范围形成的力线空间活动面, 采用一定的治疗方法, 最终使患者肩关节空间活动面恢复至正常, 肩关节复合体稳定, 无再脱位发生, 恢复肩关节的最大活动空间。

4.2 手法复位肩关节脱位的治疗体会

笔者在治疗肩关节脱位时遵从“整体观念、医患合作”, 既重视人体自身解剖力学结构, 看重解剖复位, 但又不拘泥于解剖, 采用较少的损伤尽可能恢复患者的关节功能; 同时重视复位手法时操作者身体操作部位的应用, 善“借力、找力”, 而不“蛮力”复位^[4]。在手法复位上不断改善, 既减轻患者痛苦, 又不给操作者造成大的难度, 做到操作前知晓脱位的难易程度, 操作中手法游刃有余, 操作后正确的制动及康复锻炼。由于肩关节特殊的力学解剖结构^[5], 肩关节韧带及肌肉组织在肩关节不同外展幅度中所发挥的稳定作用^[6], 如操作者采取手牵足蹬法牵引实施时, 特别强调沿伤肢纵轴方向与床面 15°~30°角及外展 10°~15°角牵引。通过牵引使肱骨头、肩胛骨分离解除交锁^[7], 使关节囊及周围组织扩张在肩关节内产生一定的负压, 利于肱骨头还纳复位。临床有学者采用^[8,9]左右摇摆及旋转法, 产生传导动力, 使肱骨头滑向关节腔, 也是采用“借力、找力”使肩关节复位, 合并肱骨大结节撕脱骨折时注意手法的推挤使及时复位。肩关节脱位复位成功后, 传统方法是贴胸悬吊内旋固定, 但有学者^[7]主张采用外旋位固定, 笔者对于这一固定体位的选择由于临床病例情况, 未发现有明显差别, 在以后的研究中将进一步观察。肩关节脱位的治疗讲究“动静结合、功能锻炼”, 固定期间, 积极行手指的主动活动, 促进血液循环, 患者外固定拆除后, 采用揉、滚、按、扳等手法促进肢体活动达到温通经络、濡养筋脉的治疗效果, 并缓慢行肩关节外展、外旋、内旋、后伸、摸背等运动, 后期根据不同肌群肌力做抗阻力加强锻炼, 恢复肌肉形态及关节灵活度, 达到康复。

4.3 中药三期辨证治疗肩关节脱位应用体会

笔者在临床上根据中医学治疗骨折及脱位的传统理论原则^[10], 对肩关节脱位患者采用中药三期辨证治疗, 更利于患肢肿胀消退、组织修复^[11]。其总体治疗原则为活血化瘀、接骨续筋、强筋健骨, 但临床上应用时绝不可拘泥于某单一方剂, 需要结合患者的体温、二便、舌象、胸腹部体征、食欲、脉象等辨证加减。早中期均以活血化瘀为主, 有研究^[12]发现活血化瘀中药可以

促进细胞增殖,调节人体免疫力,利于早期局部组织修复,同时通过生长因子来调节细胞增殖和基质合成,使成骨细胞分化加快。早期以桃红四物汤为主方,肿胀明显加用泽兰、茯苓、薏仁;合并大便干结加用大黄、白芍;完谷不化、腹胀加用山药、肉蔻、山楂、陈皮;肢体疼痛严重加用延胡索、木香;体温较高加用生地、麦冬、丹皮等。中期以活血止痛汤为主方,方中当归、川芎、赤芍、三七、红花可活血化瘀,陈皮、苏木、制乳香、制没药等可行气消肿止痛,杜仲、续断可以补肝肾、强筋续伤,山药、炙甘草调和诸药共奏行气活血,消肿止痛之功。后期用中药熏洗方外用熏洗或热敷治疗患肩,中药熏洗法可以通过热力与药力的相互作用,使局部小动脉扩张,毛细血管通透性增加,血流速加快,改善局部微循环^[13]。中药三期辨证治疗可以有效恢复手法复位后肩关节的功能,使患者治愈率显著提高。

综上所述,手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位具有以下优势及特点:有其独特的“点-线-面-体”的手法复位理论,灵活的中药三期辨证治法;手法操作轻柔,患者痛苦少,易于接受;主张整体观念,动静结合,强调功能锻炼,辨证施治;肩关节再次脱位率低,功能恢复满意,优良率高等,适用于基层医院推广、学习。

参考文献

- [1] 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):2407-2409.

(上接第 52 页)

手术体会:1)采用断端偏内纵行切口,长度约 3.0 cm,特殊情况下可向近远端延长改为开放手术。2)因跟腱近端往往因肌肉牵拉回缩,切口位于断端稍偏近端,方便术中寻找及拉出近断端的尾部。3)穿刺之前切开 0.5 cm 皮肤及皮下,钝性分离至跟腱表面,由外侧直视下穿刺,避免腓肠神经损伤。4)缝线应采用可吸收线,降低软组织刺激。5)打结时避免过紧,踝关节跖屈 15°时断端对合没有重叠即可,如果太紧导致跟腱断端重叠太多影响后期恢复速度。6)断端腱膜缝合确切以达到完全覆盖断端,形成封闭的“套管”促进跟腱的愈合,同时降低与皮下组织的粘连。7)包扎时于跟腱两侧个放置纵行纱布卷加压包扎,减少腔隙,同时予跟腱塑形,预后美观。

本研究认为,应用小切口改良 Bunnell 缝合法修复急性跟腱断裂,术后并发症发生率低、切口小,保护了跟腱断端血运,术后瘢痕小,外形美观,临床疗效满意,患者满意度高,是一种理想的跟腱手术方法。

参考文献

- [1] 欧变海,陆荣斌,赵国平,等.急性闭合性跟腱断裂的微创

- [2] 胡永成.骨科疾病疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2012:249.
- [3] 王永铭,党杰,涂世玉.涂氏正骨手法复位治疗桡骨远端骨折临床观察[J].现代中医药,2015,35(6):42-45.
- [4] 邓永,程加峰.FARES 法与 Hippocrates 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.
- [5] 许争光,杨浩,李晓松,等.“牵腕蹬肩”法治孟下型肩关节脱位 38 例[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(7):51-52.
- [6] 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.
- [7] 王海洲,高俊,谢杰伟,等.肩关节前脱位手牵足蹬复位法的分析与体会[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(5):39-40.
- [8] 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.
- [9] 陈文龙.陈氏正骨治疗肩关节脱位经验[J].中医杂志,2009,50(1):58.
- [10] 张海燕,刘定安,黄树明,等.骨折三期用药的临床研究[J].中国骨伤,1999,12(3):46.
- [11] 罗为民.采用骨折三期辨证论治 640 例骨折疗效分析[J].江西中医药,2014,45(9):42-43.
- [12] 杨锋,李小群,李彦民,等.活血化瘀法对骨折早期基因表达谱的影响[J].辽宁中医杂志,2013,40(6):1246-1249.
- [13] 程少华.骨科洗剂Ⅱ号在粉碎性科雷氏骨折早期治疗中的临床应用[J].医学理论与实践,2014,27(14):1897-1898.

(收稿日期:2016-07-08)

- 治疗[J].中国矫形外科杂志,2015,23(14):1341-1343.
- [2] 蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].1 版.北京:人民卫生出版社,2005:216-218.
- [3] 张程,王宸,陈辉.急性跟腱断裂的治疗进展[J].东南大学学报(医学版),2016,35(4):622-626.
- [4] Ma GW,Griffith TG. Percutaneous repair of acute closed ruptured achilles tendon: a new technique[J]. Clin Orthop,1977,12(8):247-255.
- [5] 柴明祥,何泽阳,吴希瑞.经皮与开放缝合治疗急性闭合性跟腱断裂的临床研究[J].中国矫形外科杂志,2016,24(8):711-716.
- [6] 杨明,张晓萌,张殿英,等.两种微创技术治疗跟腱断裂的比较研究[J].中华创伤骨科杂志,2016,18(3):192-196.
- [7] Hsu AR. Limited-Incision Knotless Achilles Tendon Repair[J]. Clin Orthop,2016,45(7):487-492.
- [8] 陈伟达.急性闭合跟腱断裂采用经通道辅助缝合系统微创修复的疗效观察[J].浙江创伤外科杂志,2016,21(2):369-371.

(收稿日期:2016-10-07)