

## 外展外旋推挤手法复位老年肩关节前脱位 49 例

张双明<sup>1</sup> 李巧霞<sup>1△</sup>

**[摘要]** 目的:观察外展外旋推挤手法复位肩关节前脱位的临床疗效。方法:选取老年肩关节前脱位患者 49 例,采用外展外旋推挤手法复位,分别在复位前及复位后 6 周时采用视觉模拟评分(VAS)和美国肩肘协会肩关节功能评分(ASES)评估疗效。结果:49 例肩关节前脱位患者均手法复位成功,未出现并发症,3 例复位困难,肩关节腔内注射 1%利多卡因 10 mL 疼痛减轻后复位成功。复位后 1~6 周全部患者得到随访,平均随访时间 32.6 d,均无再次脱位。末次随访患者 VAS 疼痛评分和 ASES 肩关节功能评分与复位前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:外展外旋推挤手法复位老年肩关节前脱位疗效较好。

**[关键词]** 肩关节脱位;手法复位;外展外旋;肩关节功能

**[中图分类号]** R684.7 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)04-0059-02

老年人肩关节前脱位是常见的骨伤科急症,临床中常用的手牵足蹬法等复位方法,有合并医源性损伤的风险。1938 年由 Milch 博士描述了外展外旋手法复位肩关节前脱位,由于其手法轻柔、有效和相对无痛特别适合老年患者<sup>[1]</sup>。本研究借鉴 Milch 复位方法,应用外展外旋推挤手法复位老年肩关节前脱位观察其临床疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

本组共纳入自 2014 年 2 月至 2017 年 4 月在水市中医医院门诊诊治的肩关节前脱位患者 49 例,其中:男 27 例,女 22 例;年龄 62~78 岁,平均年龄 65.3 岁。病因:交通伤 8 例,坠落伤 17 例,摔伤 21 例,其他伤 3 例;影像学检查为肩关节前脱位。脱位分型:喙突下 31 例,孟下 15 例,锁骨下 3 例。病程 2~21 h,平均 4.2 h。无骨折及血管神经损伤,无头颅、胸部等重要脏器损伤,无严重基础疾病。

## 2 方法

### 2.1 复位方法

取患者仰卧位,术者立于患侧,助手固定患者肩胛骨。将患者前臂中立位屈肘 90°轻柔牵引,再徐徐外展、外旋 90°持续牵引 3~5 min,术者在患者腋窝处用拇指向外上方推顶肱骨头复位,感觉到肱骨头入臼弹响声,查体肩关节外形恢复,方肩畸形消失,功能活动正常,Dugas 征阴性,影像学检查证实肩关节解剖结构正常,确认复位成功。

### 2.2 固定

复位成功后,在患侧腋下及肘关节内侧放置纱布

棉垫,将胸壁与上臂内侧皮肤分开,防止发生皮炎、皮肤溃烂。患肩保持在内收、内旋及屈肘 90°位,前臂依附于胸前,用绷带将上臂固定在胸壁,再用三角巾将前臂悬挂于胸前,限制肩关节外展、外旋活动,固定时间 2~3 周。

### 2.3 外敷药物治疗

按照患者肩关节外形折叠干净纱布块,局部外敷消肿止痛膏(天水市中医医院协定处方,处方组成:儿茶、土鳖虫、乳香、没药、川断、无名异、麝香、冰片、地龙等共 16 味药物。功效:活血化瘀,消肿止痛,续筋接骨。批号:甘 Z14010002)。每次 10 g,将药膏均匀平摊于干净纱布块上,药膏上覆盖毛头纸,敷于伤处,1 次/周,共用 3 周。

### 2.4 练功活动

复位后即可做握拳、屈肘功能锻炼;1~2 周内去除固定绷带,保留三角巾悬吊前臂,做肘关节的屈伸活动和肩关节的前屈、后伸和钟摆样功能锻炼。3 周后去除三角巾,做肩关节各方向的主动功能锻炼,如左右开弓、手指爬墙、双手托天及圆周运动。

### 2.5 评分标准

分别在复位前及复位后 6 周采用视觉模拟评分(VAS)及美国肩肘协会评分(ASES)<sup>[2]</sup>评估疗效。

### 2.6 统计学方法

统计采用 SPSS 20.0 统计软件对患者复位前、复位后 6 周患者肩关节 VAS 疼痛评分及 ASES 肩关节功能评分进行配对  $t$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 3 结果

49 例肩关节前脱位患者均手法复位成功,无骨折及血管神经损伤,3 例因外院复位失败疼痛欠配合复

<sup>1</sup> 甘肃天水市中医医院(甘肃 天水,741000)

<sup>△</sup>通信作者 E-mail:644911070@qq.com

位困难,患侧肩关节腔内注射 1%利多卡因 10 mL 疼痛减轻后复位成功。复位后 1~6 周随访,平均随访时间 32.6 d,均无再次脱位。末次随访,患者 VAS 疼痛评分和 ASES 评分与复位前比较差别均有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 复位前后肩关节不同评分的比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

时间	VAS 评分	ASES 评分
复位前	8.12±0.78	42.57±6.51
复位后	3.85±0.96	85.30±7.11
<i>t</i>	3.75	4.06
<i>P</i>	<0.05	<0.05

4 讨论

肩关节前脱位发生率约占全身大关节脱位的 40% 以上<sup>[3]</sup>。目前,常用的肩关节前脱位复位方法有手牵足蹬法、牵引回旋法、拔伸托入法等<sup>[4,5]</sup>,这些方法在老年患者的复位治疗中存在诸多问题:因肩关节周围骨折、习惯性肩关节脱位或腋神经损伤,遗留肩关节疼痛、功能活动受限,影响患者的生活质量<sup>[6]</sup>。同时在肩关节复位后固定类型和时间、固定位置等方面也有争议,如传统固定方法是屈肘内旋固定,但有学者主张采用外旋位固定<sup>[7]</sup>,认为固定并不能降低老年患者复发性脱位<sup>[8]</sup>。探索成功率高、并发症少且适合老年患者的肩关节脱位手法复位方法对确保医疗安全、提高临床疗效有重要意义。外展外旋推挤手法是在总结中医正骨实践经验的基础上,借鉴 Milch 外展外旋复位法,应用于临床的肩关节前脱位复位手法。中医治疗骨关节损伤历史悠久,历代医家临床实践,现已形成了一套独具中国医学特色的理论体系和治疗方法。古人很早就对肩关节脱位有所认识,早在马王堆汉墓医籍《阴阳十一脉灸经》中就有“肩以脱”的记载。自唐以来,历代医家对肩关节脱位的手法复位总结了丰富的经验。唐·蔺道人在《仙授理伤续断秘方》中记载了椅背复位法:“凡肩甲骨出,用椅当圈住肋,使一人捉定,两人拔伸,却坠下手腕,又着曲手腕”。明·朱橚在《普济方·折伤门》中就有手牵足蹬法和膝顶复位法的记载:“令患人服乌头散麻之,用人脚蹬定,拿病人手腕近肋,用力倒身扯拽,再可用手按其肩上,用力往下推之”及“以膝顶于肋肋之上,双手将患肩之臂膀擒住,往外拉之,以膝往里顶之,骤然用力,一拉一顶,则入臼矣”。清·胡廷光在《伤科汇纂·髌骨》中记载了拔伸托入法:“以手掌推其腋,用手略带伸其手,如骨向上,以手托上”。

肩关节肱骨头大,肩胛盂小而浅,关节囊前处薄弱,上肢在外展外旋后伸位摔伤时,间接暴力传递至肱骨头,突破关节囊是形成肩关节前脱位的主要损伤机制<sup>[9]</sup>,其复位方法虽多,但大体上是利用牵引力、重力和杠杆作用按照“顺原路返回”的原则复位<sup>[10]</sup>。肩关节脱位复位失败的主要原因是由于肩关节囊破裂,肱

骨头移位 在肩胛盂或喙突的前下方,被肩关节周围痉挛的肌肉、肌腱卡压交锁,又受胸大肌的牵拉使肱骨头发生内旋,使肱骨头无法顺原破裂口复位<sup>[11,12]</sup>。外展外旋推挤复位手法的治疗机理是在屈肘位牵引下减轻了肩胛下肌、肱二头肌和胸大肌等肌肉的紧张状态,外展时解除肱骨头的交锁,外旋位时肱骨头沿脱位路径经关节囊原裂口滑入关节盂内实现复位<sup>[13]</sup>,与其他常用复位方法相比,本方法通过牵引、外展、外旋手法,利用肩关节各结构的对位关系复位,而不是利用太大的牵引力和杠杆作用复位,可减少医源性损伤的发生。本组患者均手法复位成功,未出现并发症,随访结果显示,患者 ASES 肩关节功能评分明显升高,与本方法操作轻柔,遵循损伤机制,减少了复位阻力,按照“顺原路返回”的复位原则有关<sup>[14]</sup>。在具体操作中,如遇复位困难,按摩肩关节肌肉放松,在肩关节外展 100° 位略施牵引,同时在腋下向外上推挤肱骨头复位,切不可暴力反复复位。

中医认为肩关节脱位主要病机是筋骨受损,气滞血瘀,治疗当以活血化瘀、消肿止痛。本组患者复位后使用本院院内协定中药制剂消肿止痛膏,方中乳香、没药、川断有活血化瘀,行气消肿功效;土鳖虫、儿茶破血逐瘀,止血生肌,续筋接骨;无名异活血化瘀,通络止痛;麝香通络散瘀,冰片清热散郁火。全方有明显的活血化瘀、消肿止痛功效,随访结果显示复位后患者肩关节 VAS 疼痛评分明显降低。

老年患者因为骨质疏松,复位方法不当会造成骨折,如果脱位后有隐匿性骨折则后果更加严重,应用外展外旋推挤手法配合活血化瘀、消肿止痛中药外敷治疗老年肩关节前脱位操作简单,成功率高,无并发症,安全性高,复位后患者肩关节功能恢复好,尤其适合老年骨质疏松或合并基础疾病的患者,值得临床推广应用。

参考文献

[1] O'CONNOR D R, SCHWARZE D, FRAGOMEN A T, et al. Painless reduction of acute anterior shoulder dislocations without anesthesia[J]. Orthopedics, 2006, 29(6): 528-532.

[2] RICHARDS R R, AN K N, BIGLIANI L U, et al. A standardized method for the assessment of shoulder function[J]. J Shoulder Elbow Surg, 1994, 3: 347-352.

[3] WHITE J J, SOOTHILL J R, MORGAN M, et al. Outcomes for a large metaphyseal volume hemiarthroplasty in complex fractures of the proximal humerus[J]. Shoulder Elbow Surg, 2017, 26(3): 478-483.

[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.

(上接第 60 页)

- [5] 沈时元,蒋松.改良 Stimson 法治疗成人肩关节脱位[J].中国骨与关节损伤杂志,2015,30(5):529-530.
- [6] 戚超,蔡琰,孟庆阳,等.肩关节脱位合并肩袖与腋神经损伤的诊治体会[J].中华关节外科杂志:电子版,2015,9(5):550-552.
- [7] 宁军强,王永铭,涂世玉,等.手法复位结合中药三期辨证治疗肩关节脱位 89 例[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(3):54-56.
- [8] BUCHOLZ R W,HECKMAN J D,BROWN C C.洛克伍德-格林成人骨折[M].6 版.裴国献,译.北京:人民军医出版社,2009:1089.
- [9] 程辉,肩关节前脱位的解剖学基础及坐位复位[J].中国医药指南,2017,15(19):294-296.
- [10] 牛杰.上举牵引内收复位法治疗肩关节脱位的机制和效果[J].临床医学,2018,38(4):64-66.
- [11] 陶金国,段洪,徐永清,等.屈肘提手法复位治疗肩关节脱位 52 例[J].中国骨与关节损伤杂志,2017,32(11):87-89.
- [12] 杨宏涛,贺西京,祝利虎,等.双带袢纽扣钢板重建喙锁韧带治疗完全性肩锁关节脱位疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(19):2122-2124.
- [13] 许争光,杨浩,李晓松,等.“牵腕蹬肩”法治疗孟下型肩关节脱位 38 例[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(7):52-54.
- [14] 张帅梅,周硕霞,聂伟志.肩峰推顶外展外旋位牵引整复肩关节脱位 97 例[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(9):56-58.

(收稿日期:2018-12-05)