

肩关节脱位手法治疗的比较研究

曾祥永 彭远兰 田 伟 胡 雾

重庆市南岸区中医院 400060

〔摘 要〕肩关节脱位是临床骨伤科常见病、多发病,通常采取手法整复,但也可能出现复位不能或造成医源性损伤的发生,目前手法研究也较多,现将肩关节脱位的相关改良方法综述如下。

〔关键词〕肩关节脱位;复位;比较研究

〔中图分类号〕R684 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 08-234-02

肩关节脱位是临床骨伤科常见病、多发病,占全身关节脱位的 40% 以上。多发生于青壮年,男性多于女性。肩关节由肩胛骨的关节盂和半球形的肱骨头相连而成,是人体活动范围最大的球窝关节,也是全身极不稳定的关节。直接暴力或者间接暴力作用于肱骨头,容易使肱骨头向前、后脱出而形成肩关节前脱位或后脱位。

祖国医学对肩关节脱位认识源远流长,古称“肩胛骨出”“肩胛上出臼”“肩胛骨脱落”“膈骨突出”“肩胛骨脱出”“肩膊骨出臼”“肩骨脱臼”“肩骺落下”“肩胛骨肩髋脱”“臂骨脱臼”等。肩关节脱位的最早文献记载可见诸唐代蔺氏《仙授理伤续秘方》“凡肩甲骨出,相度如何整”。自唐以来,历代医家对肩关节脱位的手法整复总结了丰富的经验并取得了良好的治疗效果。如《普济方·折伤门·肩胛骨脱落法》记载“肩胛骨脱落法:令患者服乌头散麻之,仰地上,左肩脱落者用左足蹬,拿患者手腕近肋,用力倒身扯拽,再可用手按其肩上,用力往下推之。如骨人臼,用软绢卷如拳大,垫于腋下。”肩关节脱位通常采取手法整复,手法研究也较多,传统方法对大多数肩关节脱位均能使之复位,包括:手牵足蹬复位法(Hippocrates 法)、牵引回缩复位法(Kocher 法)、悬吊复位法(Stimson 法)、拔伸托入法、椅背整复法、膝顶推拉法等。手牵足蹬复位法历史最为悠久,并得到普遍的运用。但常常也存在复位困难或造成相关并发症的可能。因此,国内对肩关节脱位的整复手法及体位在继承前人的基础上又有所改良和创新。

1 改良方法

1.1 臂丛神经肌间沟针刺法

患者平卧位,头偏向健侧,于前斜角肌后缘,锁骨上 2.5cm 处,消毒后以针灸针斜形刺入,至患侧肩臂部有强烈针感为度,留针,令患者侧坐在椅子上,将患臂“骑跨”在椅背上,臂在椅背外侧,再选择膝压牵引法、悬吊法或手压法牵引复位。谷先光等采用此法治疗对其他方法不能复位的 9 例肩关节脱位取得成功。并认为传统牵引足蹬复位法对于体格强壮患者或术者体力相对较差时,单人操作,难免感到力不从心。如多人同时用力牵引,对于伴有肱骨大结节骨折或明显骨质疏松脱钙者,在牵引时过早内收,杠杆力可造成肱骨外科颈骨折而肱骨头为复位。但此法同样存在需变换体位及针刺风险。

1.2 改良牵引推拿法

文昌义等对牵引推拿法的改进,让患者坐于木椅上,腰背伸直,健肢抓牢椅把,患肢自然下垂。术者立于患侧,用双腿夹住患肢前臂,再用双手拇指抵于肩胛盂外上方,其余

四指握于腋下触摸到肱骨头,双手拇指向前用力推动,同时压住肱骨头向后上方用力,双腿夹住患肢前臂向外侧牵拉让患肢外展并稍向后伸,形成对抗牵引,使关节复位。以术者自己的大腿夹住患肢作为牵引代替了助手,四肢协调操作,使只有术者一人的情况下也能完成。

1.3 改良 Kocher 复位法

高道海对 Kocher 法进行改良。患者采用坐位,助手立于患者背后,双手自伤侧腋下紧握于患肩下作对抗牵引,术者立于患者前方,左手握住患肢腕部,屈肘 90°。并外旋,右手握住患肢肘部下压,缓慢用力,待听到明显的弹响声或感觉到肩部突然跳动后表示复位成功。复位过程中患者疼痛较轻,术者可借助自身重力垂直下压即可,容易控制力量大小,不易出现副损伤;助手双手紧握于伤肢腋下,即能起到对抗牵引作用,又有使肱骨头向外顶移,符合肩关节复位机制。

1.4 肩胛骨推拿手法

患者取俯卧位,患肢离开床缘,助手对患肢施以牵引,术者通过在中部向内旋转肩胛骨的下角对肩胛骨进行推拿,另一手固定肩胛骨的上部,轻轻的推向下侧方。成功率达 86%~96%,此操作的重点在于复位关节盂并使它到达肱骨头,而不是将肱骨头带至关节盂。创伤小且没有并发症的报道。

1.5 麻醉下复位

随着人们的无痛意识不断提高,许多学者越来越重视麻醉下的无痛复位,使肌肉彻底松弛而避免暴力产生严重后果,复位成功率极高。苏士乐等曾收治肩关节脱位严重医源性并发症患者 10 例,认为在复位时除需认真阅读分析影像资料,手法准确外,建议在良好的麻醉下进行复位。但是同时必然存在有麻醉意外等相应风险,且因肩关节脱位较常见,多在基层诊治,因此对于不具备麻醉条件的边远地区显然不现实。

2 体位选择

2.1 仰卧位

临床中常用的复位体位是仰卧位,既能使患者得处于休息位,也便于术者操作。

2.2 俯卧位

俯卧位利用床板对肱骨的杠杆支点作用和上肢重量及附加重量,使肱骨头绕过喙突而向后从破裂的关节囊滑入关节。吴荣博对 4 例仰卧位不能复位的患者该用俯卧位后取得成功。认为对于锁骨下脱位的患者,由于仰卧位复位时喙突阻挡了肱骨头的外移,并且此时肩袖的反向牵引使闭合复位更加困难。

2.3 侧卧位

(下转第 236 页)

胺类药物的依赖性及毒性, 用药安全。

3.3 治疗新生儿持续肺动脉高压 (PPHN)

PPHN 是在新生儿出生后随着肺血管阻力的持续增加, 胎儿向正常成人循环过渡的过程中发生障碍, 导致心房和 / 或动脉导管水平右向左分流, 发生严重低氧血症等症状。在活产儿中, PPHN 占的比例约为 0.2%。病死率高达 10~20%。PPHN 超声诊断可依据 (1) 肺动脉收缩压 (SPAP) > 35mmHg, 或肺动脉收缩压大于 2/3 体循环收缩压或 (2) 存在心房或动脉导管水平的右向左分流。研究人员在 52 例新生儿持续性肺动脉高压患儿的治疗中随机分为两组, 一组采用机械通气、静脉注射前列腺素等常规治疗, 另一组在常规治疗基础上给予米力农治疗, 予米力农 50 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 的负荷剂量, 在 10 分钟内完成静脉注射, 随后以 0.75 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 的剂量静滴治疗。两组治疗时间均为 48h。通过观察治疗前后氧合疗效 [SpO₂、PaO₂、氧合指数]、肺动脉压 (PAP) 肺动脉平均压 PAMP、左心室输出量 (SV) 水平来评估治疗总有效率, 结果显示米力农临床治疗总有效率显著高于常规治疗组, 并未观察到不良反应。证实了米力农可扩张肺动脉血管, 降低肺动脉压力, 改善持续性肺动脉高压状态, 提高氧合疗效, 安全性较好。

4 小结

米力农作为新一代心血管系统药物, 通过增强心肌的收缩力产生正性肌力作用, 同时可扩张血管平滑肌, 使外周血管扩张, 从而降低心脏的前负荷和后负荷, 改善左室功能, 增加心脏指数^[5]。扩张肺血管, 降低肺血管阻力, 有效降低肺动脉压, 改善低氧及右心功能, 不增加心肌耗氧量。在儿

科心血管领域已应用于 CHD 合并重症肺炎及心力衰竭、急性心衰、新生儿持续肺动脉高压、重症肺炎合并心衰的治疗、预防先心病术后低心排、以及先心病术后发生低心排的治疗。但是, 米力农在临床上的应用剂量和浓度不统一。目前, 到底什么样的给药方式及给药途径能够起到更好的治疗效果, 降低米力农引起的不良反应, 临床上也尚没有很好的办法来检测使用米力农以后患儿体内米力农的药物浓度是否过量, 可能雾化吸入米力农以及降低米力农的使用量能够降低米力农的不良反应^[6]。近年来, 米力农在儿童人群中药物监测得到了国外学者的重视, 但目前还没有统一的标准来实时监测米力农的药物浓度, 降低不良反应, 值得我们去关注。

【参考文献】

- [1] 顾莹莹. 米力农的临床应用 [J]. 中国实用药, 2013, 8(31):169-170.
- [2] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学 [M]. 17 版, 北京: 人民卫生出版社, 2011:376.
- [3] 徐淑云. 中华临床药理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003:6.
- [4] 莫绪明. 中国先天性心脏病外科镶嵌治疗的现状及思考 [J]. 中华小儿外科杂志, 2015, (8): 55-58.
- [5] 李俊, 冯爱君. 米力农治疗小儿先天性心脏病合并重症肺炎及心力衰竭临床观察 [J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(3):539-540.
- [6] 吴克诚. 米力农治疗小儿先天性心脏病合并重症肺炎及心力衰竭临床观察 [J]. 保健文汇, 2018, (1):7.

(上接第 233 页)

- [2] 武延萍. 儿童咳嗽变异性哮喘 37 例临床症状分析 [J]. 智慧健康, 2019, 5(08): 80-86.
- [3] 蒋祥林, 蒲永莉, 刘奉. 咳嗽变异性哮喘与中医体质研究进展 [J]. 现代医药卫生, 2018, 34(22): 3497-3500.
- [4] 苏家辉. 小儿咳嗽变异性哮喘治疗的研究进展 [J]. 现代

医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(19): 172-173.

- [5] 郭亦男, 李源. 冬病夏治穴位贴敷联合拔罐治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(08): 205-206.
- [6] 刘娟, 刘宝琴, 王晓燕, 等. 穴位埋线对儿童咳嗽变异性哮喘肺功能和血清免疫球蛋白的影响 [J]. 河南中医, 2015, 35(06): 1417-1419.

(上接第 234 页)

张艾民等认为如果患者健侧卧位, 肩关节周围肌肉、关节囊、韧带等最为松弛, 肩关节前屈、内收移动过程中肱骨头自然向关节盂斜向移动, 同时由于肩关节肌群及关节囊等自身的张力作用, 易使肱骨头自动滑入到关节盂内。

2.4 端坐位

主要适用于体格健壮, 不伴其他严重损伤的肩关节脱位患者。通常认为它是利用重力整复的原理进行复位。虽然坐位下患者是否能够充分放松仍存在争议, 但对于肩部及同侧胸壁损伤而致失去杠杆条件患者也不失为一可行体位。

3 总结

关节复位总的原则需遵循“按其原路返回”, 现尚无某一种方法能对所有脱位进行复位。随着对肩部解剖和创伤机制的进一步认识和临床实践, 整复肩关节脱位的方法越来越多, 但总的可以分为 3 种整复原理: ①利用杠杆作用整复; ②利用牵引整复; ③利用重力整复。其实质均以对抗牵引为整复特点, 或采用麻醉等各种方式使肌肉组织得到松弛。无论采用何种方法体位, 均需注意腋部血管神经的保护, 对于骨质疏松的患者更应选用适当的手法注意预防骨折。肩关节活动度最大的关节, 其稳定性主要依赖于肩袖、关节囊、孟唇。在肩关节脱位时也多伴有其损伤, 绝大多数经复位、制

动后治疗后可自身修复。但对于习惯性脱位、肩袖严重损伤、孟唇撕裂等常成为以后肩关节疼痛、不稳的主要原因”, 此类必要时则需进一步采用关节镜手术进行修复治疗。

【参考文献】

- [1] 胥少汛, 葛宝丰, 徐印坑. 实用骨科学 [M]. 3 版. 人民军医出版社, 2008: 406, 413.
- [2] 谷先光, 谷静, 孟庆山, 等. 介绍肩关节前脱位的简易复位法 [J]. 中华创伤骨科杂志, 2004, 6(5): 593-594.
- [3] 文昌义, 吴建. 手法复位治疗肩关节脱位 [J]. 中医正骨, 2009, 22(2): 109-110.
- [4] 高道海, 刘军. 改良 Kocher 复位法整复肩关节脱位 [J]. 中国骨伤, 2009, 22(2):109-110.
- [5] 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, 17(18): 1433-1434.
- [6] 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.
- [7] 张艾民, 张君, 孙胜林. 健侧卧位自然复位法治疗肩关节脱位 [J]. 中国骨伤, 2003, 16(1): 54.
- [8] 黄克坚, 高立华, 藏学慧, 等. 节镜下孟唇缝合治疗肩关节前脱位 [J]. 临床骨科杂志, 2011, 14(1): 49-50.