

# 三位十三法徒手整复外伤性肩关节脱臼

江西省铜鼓县中医院 沈佳铭

外伤性新鲜肩关节脱臼，是骨伤科较为常见的临床病症，其整复方法，历来丰富多采。本人不揣浅陋，谨就整复外伤性新鲜肩关节脱臼简单归纳为三位十三法，供伤科同道临床参考，错误之处，敬希指正。

肩关节是一个典型的球窝关节，由于浅而小的关节盂仅能容纳半球形的肱骨头的三分之一，关节囊薄弱，周围韧带松弛，形成了肩关节的灵活性和不稳定性。加上它位居人体浅表，运动幅度大，所以受伤脱臼的机会较多。

外伤性肩关节脱臼必有明显的外伤史，其主要特征是：肩部疼痛肿胀，功能障碍呈弹性固定，搭肩试验为阳性；肩峰突出，关节盂空虚呈方肩畸形，直尺试验阳性。其脱臼的情况主要按受伤的体

位和肱骨头移出的方向而定。

当肩关节处于外展位跌倒时，手或肘部着地面，由肱骨传导的间接暴力使肱骨头冲破肩胛下肌与大圆肌之间的薄弱环节，穿过关节囊的前下方，进入喙突下间隙即为喙突下脱臼。若暴力加大，肱骨头可达锁骨下面即为锁骨下脱臼，若肱骨颈与肩峰顶触为支点相抗，则肱骨头向下向外冲破紧张关节囊下壁，突入盂下间隙内，即为盂下前脱臼；有时因胸大肌和肩胛下肌的牵拉，可使肱骨头由盂下脱臼转为喙突下脱臼；极个别的情况，由于暴力强大，肱骨头可冲破肋间隙进入胸腔形成胸腔内脱臼。若患肢在内收体位时受伤，则可使肱骨头向肩胛岗下脱出即为后脱臼。极少数者，肱骨头向肩峰猛烈冲击，可使肩峰骨折而形成肱骨头向上脱

x线片示：腓骨上、下缘，胫骨平台边缘均有明显之骨刺形成，髌间棘变尖变大，关节间隙内窄外宽。

于八七年六月十五日入院。

经膝关节穿刺，抽取浅黄色关节积液20毫升，并注入强地松龙25毫克，关节周围小针刀松解，尔后施行全套手法治疗，膝关节加压固定，佐以中药内服、外用。先后共治疗45天，疼痛、肿胀消失，行走自如，但劳累及受寒后仍有轻度酸痛，休息后好转。

例四：谢××，女，43岁，陕西省柴阳县人，住院号01018。

患者双膝关节酸痛十二年之久，行走时尤剧，每于劳累及天气变化时疼痛加重。在地方医院久治无效而于八七年十月十四号转我院治疗。

查：浮髌试验(-)，腓骨磨擦感(+)，双膝关节周围多处压痛，关节伸屈受限。

x线片示：双膝关节内均有明显之骨质增生影。

经手法复位，局部小针刀松解，关节固定，并辅以中药内服，治疗42天，病愈出院。

## 七、讨论

膝关节骨性关节炎，又称肥大性关节炎，增生性关节炎。该病的病因过去一直认为是生理上的退

化作用。我们通过临床观察，认为该病的病因是不同程度的外伤后引起膝关节内力平衡失调。由于膝关控制作用 and 限制作用遭到破坏，而产生上下关节面的不同方向的位移即错缝。

膝关节是人体最大最复杂的关节，又是人体的载重关节。由于关节错缝，改变了关节面上生物机械应力的分布和幅度，有的部位承受应力减少，有的则增多。其载荷增加的力点，就成为高应力力点，在应力的反复作用下，骨质增生致密、坚硬。

再由于关节负重和运动的张力性刺激，引起软骨边缘部软骨膜过度牵拉，形成软骨性骨赘，进而骨化而形成骨刺，使关节面形成特殊的肥厚的唇样边缘，增加了关节的变形。

手法治疗膝关节骨性关节炎，就是使其错位的关节恢复原位，使关节面上生物机械应力的分布得到平衡，症状消失。至于骨刺的产生，虽然是关节内力平衡失调，压应力反复刺激的结果，但也是机体的一种保护性反应。反复的刺激，增生就逐渐加重，停止刺激，增生的骨刺也可以被吸收。

中医认为，增生性关节炎之发病，与劳伤体弱，肝肾亏损、气血不足、寒湿侵袭有关。配合中药辨证论治，可加快关节功能的恢复。

本文系初步总结，错谬之处，在所难免，敬请同行专家不吝赐教。

白。以上除孟下脱位患肢呈伸长畸形，余者皆为短缩畸形。

根据脱白的方向，患者的年龄、体质以及当时场合条件等具体情况，可适当选用以下手法，予以整复。

### 一、立位

1、肩背法：患者立定，全身放松，前脱白者，医生位于患侧后方。后脱白者，医生位于患侧前方。余者，医生位于患侧，均宜曲腿沉腰以肩就实患侧腋下，一手握患肢腕部，一手握患肢前臂，缘其肱骨纵轴用力向下斜拉，同时伸腰抬掬，背起患者，微微用劲，轻轻一抖，即可整复。

2、扛抬法：患者立定，全身放松。两人扛一木棒（先以软物包好），就实患侧腋下，缓缓抬起，使之悬空。一人则握住患肢前臂往下斜拉，使之伸展。医生以两手擒定脱出部位，就势端拿，即可复位。

3、悬吊法：患者侧身斜倚梯上，患肢穿过对侧，腋窝靠实横梁。一人扶梯缓缓立起使患者悬空吊起，一人则握住患肢往下斜拉，医生拿定患处，顺势提端即可整复。

### 二、坐位：

4、一人膝顶拔伸法：患者正坐凳上，全身放松。前脱者，医生位于患侧后方，后脱者，医生位于患侧前方，上、下脱白者，医生位于患侧，一足立稳，一足踩于凳上以膝抵住患者腋窝，司机上抬顶托，一手擒握住患肢肘部，肘腋则紧挟患肢手腕，缘患肢纵轴用力拔拉，一手则擒定脱出部位，顺势提端，即可复位。

5、两人膝顶拔伸法：患者、医生体位同前，唯增助手一人，紧握患肢前臂，沉身用力往下斜拉。医生则一足立稳，一足踩于凳上，用膝抵住患侧腋窝，两手则一前一后扣住脱出的肱骨头，趁助手拔伸之际，顺势以膝顶之，以手拿之，即可整复。

6、一人牵引回旋法：患者正坐，后背靠实。医生立于伤侧，一手顺握患肢手腕，一手顺握患肢肘部，在屈肘九十度位置顺肱骨干纵轴牵引，逐渐将上臂外展外旋，待肱骨头转致关节孟缘时，继续牵引内收上臂，使肘部接触胸壁即将上臂内旋并迅速向外上方推送即可使肱骨头归孟复位。

7、靠椅顶托一人复位法：患者侧坐靠背椅上（椅梁先以软物搏之），患肢顺向伸过靠背，使椅梁紧贴患腋，即以软带将其紧紧套住，下结圆环离地五寸左右。医生位于患侧靠背椅后，一足立稳，

一足顺踩患肢手下圆环缘患臂纵轴方位斜向蹬踏，同时两手拿准脱出部位顺势端提即可整复。

8、三人拔伸端提法：患者正坐，使一人立健侧，双手环抱患侧腋下，一人底坐患侧以手握住患肢腕臂缘其肱骨纵轴斜向牵引。医生位于患侧，两手拇指压住肩峰，余指钩住肱骨头，示意两人同时用力拔伸，待肱骨头移动之际，顺势提端，即可复位。

9、四人拔伸端提法：患者正坐，使一人立患者背后高凳之上，以布巾兜住患侧腋窝向上牵引，一人以布巾兜住患腋向健侧水平牵引，一人坐患侧地下，足蹬凳腿，手握患肢腕臂缘患肢肱骨纵轴用力牵引，三人一齐用劲缓缓拔伸牵引务使协调勿乱，医生即立于患侧，两手拿定患处，顺势提端拿正即可使肱骨头复位。

### 三、卧位：

10、一人拔伸足蹬法：患者仰卧，医生位于患侧，两手握住患肢腕部，并以患侧同向之足伸入患侧腋窝，手缘患肢肱骨纵轴方位斜向拔拉，足对肱骨头顶部顶托，手足并用，协力和谐，即能整复。

11、两人拔伸牵引法：患者侧卧，患肩向上，一人以条凳卡坐其上，用软带套紧患肢，结环挽于肩上，缘患肢肱骨纵轴方位抬肩牵引，同时以足踩于患侧腋下相抗用力。医生即以两手，一前一后拿定患肩，相机提拔端托，即可整复。

12、一人拔伸牵引法：患者仰卧手术床上，环胸缠以被单固定身躯，恰就患侧腋窝纵立扞稳一铁棒（外裹软物），再用软带套紧患肢上臂，缚于医生腰上。医生俯身向前，以双手提端患肩，同时即曲腰向后顺势牵引，可以立即整复。

13、四人拔伸牵引法：患者仰卧，一人用布巾兜住患侧腋窝，向头部水平牵引，一人用布巾兜住患侧腋窝，向健侧水平牵引，一人双手握住患肢腕臂缘肱骨纵轴方向牵引。待三人同时用力拔伸之际，医生即顺势将患肩提端拿正，可以着手成功。

以上手法，使用于外伤性新鲜肩关节脱臼复位，一般不必施行麻醉，也无须药物熏洗。只要确诊肱骨头脱出的方向，并根据患者的年龄、体质和当时当地的具体情况，选用适合的体位和方法，均能立刻整复归位。但是，外伤性陈旧肩关节脱臼则必须配合一定时间的长期牵引、药物熏洗和术时麻醉，并应选择适合于手法整复的病例（不适合于手法整复的则千万不可勉强）。总之，作为骨伤科医生，应该在平时勤学苦练，具备一定的身功手法，

（下转24页）

### 疗效标准

优：前臂旋转受限在 $15^{\circ}$ 以内，解剖或近乎解剖复位。

良：前臂旋转受限在 $15^{\circ}$ — $30^{\circ}$ 以内，骨折面接触 $1/2$ 以上，力线正常。

尚可：前臂旋转受限在 $30^{\circ}$ — $45^{\circ}$ 以内，骨折面接触近 $1/3$ — $1/2$ ，力线好。

差：前臂旋转受限超过 $45^{\circ}$ ，复位不能达到上述要求者。

50例中：优20例，良22例，尚可7例，差1例。

### 典型病例

例1、张××，42岁，司机。病历号3908号。

84年10月29日被汽车摇柄打伤左前臂上端、肘部及前臂肿胀，可见成角畸形，疼痛，肘关节活动受限，去某院拍片诊断为“尺骨上 $1/3$ 粉碎骨折并桡骨头脱位。”本人拒绝切开复位和石膏固定，后来我院治疗，检查，左肘部及前臂肿胀，可见尺骨成角畸形，在肘关节前外方可摸到脱出的桡骨头，尺骨上 $1/3$ 和桡骨头处压痛明显，手腕部和手指感觉及运动功能尚好，拍X线片，诊断：左尺骨上 $1/3$ 粉碎骨折并桡骨头脱位，伸直型，经手法复位，夹板固定拍片近似解剖复位，回当地治疗。85年3月18日又回我院拍片复查，骨折及桡骨头复位尚好，但无骨痂形成，两断端有分离约1毫米，经服中药三期分治，夹板固定，于85年7月18日拍片骨折端有中量骨痂形成，局部无压痛，无冲击痛，解除固定，前臂旋转受限在 $15^{\circ}$ 以内，近似解剖复位，临床治愈为优。一年后随访，左前臂功能恢复正常，恢复工作。

例2、刘××，26岁，工人。病历号3626号，X光片号8335，工作单位，长春市石油加工厂。

84年4月28日被汽车撞伤，遂去某医院拍片诊断“孟氏骨折”本人拒绝手术复位石膏固定，于84年月30日来我院治疗。检查，左肘部及前臂肿胀，活动受限，X光拍片，左尺骨上端骨折向背侧成角，桡骨头向背侧脱位，诊断：“左尺骨上端骨折合并桡骨头脱位，屈曲型，经手法整复及夹板固定，拍片近解剖复位，固定46天，解除固定，加强功能锻炼，85年9月22日拍片复查，已达到骨性愈合。

例3、冯××，11岁，学生，病历号3707号，X线号8681号。

84年7月8日骑车摔伤，左前臂着地，肿胀、疼痛、肘关节活动受限，去某医院拍片诊断为：“孟

氏骨折”内收型。手法复位，石膏固定，后来我院医治，检查：左肘关节肿痛，活动受限，X光拍片左尺骨中段骨折，桡骨头向外侧脱位，诊断为“左尺骨骨折合并桡骨头脱位”经手法复位，用夹板固定，X光拍片，近似解剖对位。84年7月30日X光拍片，达到解剖复位，骨折部有大量骨痂形成，局部肿胀消退，无压痛，无冲击痛，解除固定，半年后随访左前臂功能活动正常。

### 小 结

1、过去对成人尺骨骨折合并桡骨头脱位多采用手术治疗，我们采用此方法治疗该骨折，方法精当、稳妥可靠、疗效显著、操作简便、容易掌握、便于推广。

2、先整复桡骨头脱位是治疗该骨折的关键，在复位过程中，如骨折或桡骨小头虽然经过努力，但没能达到满意复位时，不必过于强求复位，因为可以通过夹板及布带的约束力和肌肉本身的内在动力，调整夹板固定时，继续矫正残余畸形。我们治疗中，有4例最初复位不理想，但通过多次调整夹板固定、复查、基本上达到了满意的疗效。

3、在固定方法上，如尺桡骨之间的分骨垫放置不当，可引起尺骨骨折端再向桡侧移位，桡骨小头亦可随之再脱位，故放分卡垫的位置一定要适当，我们根据尺桡骨干具有向背侧的生理弧度及前臂掌侧肌肉丰富，不易造成付损伤这一特点，常将分骨垫放在掌侧的适当位置。

4、我们认为对桡骨小头放半环形压垫的位置亦不可忽视，半环形压垫用绷带固定后能起到“箍”的作用，若半环压垫过短，除易松动滑脱外，也不能使其他夹板对该垫起到应有作用，在半环形压垫必须压在桡骨头脱位方向，才能起到直接固定桡骨头的作用，故在实际操作中，应特别重视。

(本文承蒙长春中医学院刘柏龄教授审阅，谨致感谢)

陈丽芝吉林省伊通县中医院·李晓婕吉林省电器安装公司卫生所·曹建华长春市南关区幸福卫生院···

(上接15页)

在脱臼复位的临床操作时，又必须医患合作，严肃认真，灵活机动，慎重行事。正如清代伤科大师胡廷光氏在《伤科汇纂》上所言：“上骰（即脱臼复位）不与接骨同，全凭手法及身功。宜轻宜重为高手，兼劝兼骗是上工。法使骤然人不觉，患者知时骨已拢（已经整复好了）。”