

经验交流

治疗肩关节活动障碍的新方法

上海市伤骨科研究所(200031) 祝波

作者根据中医的经络学说和人体解剖学的特点,经过10余年的不断探索和反复验证,发现用拇指按压肩关节前方某一部位(暂名松肩穴)数分钟后,局部疼痛和肩关节功能可立即改善或恢复正常。现报告如下。

取穴方法

患者端坐,双上肢自然下垂,掌心向前,以肩胛骨的喙突顶点为中心先划一条水平线,然后再通过喙突顶点划一条垂直于水平线的垂线,该垂线与水平线相交而形成一个“十”字型,从两线交点沿外下方直角的平分线向下2cm左右即是松肩穴。

治疗方法

患者端坐,肌肉完全放松。医者用拇指末节指腹按压于松肩穴上,其余四指自然置于肩关节外侧。由轻到重再由重到轻按压该穴2~5分钟。其按压的力量以患者能够忍受为限度,最后轻轻放松。按压时患者不但局部有酸麻沉胀的得气感,而且有些患者自觉有一股热流向上放散至颈部,向下放散至肘部,少数可放散至腕部。每2~3天治疗一次,每4周为一个疗程。

治疗结果

本组患者共80例,其中双侧者5例,共85个肩关节;男30人,女50人;年龄在42~64岁之间,平均52岁;病程在1个月~3年2个月之间,平均4个月。疗效评定标准,参考Cave~Rowe标准。功能恢复属优秀者69人,71个肩关节,占83.5%;良好者7人,7个肩关节占8%;尚可者4人,7个肩关节,占8.5%;差者无。如果病程短,肩关节活动中度障碍,只需1~2次治疗即可痊愈,如果病程长,活动严重障碍者,约需4~5周方可改善或康复。一般上举障碍者收效最快,而后伸困难者治疗时

间稍长。

典型病例

张××,男,53岁,〈台湾省医师,“90”深圳中国中医骨伤科国际学术讨论会代表大会表演病例。〉右肩疼痛伴有进行性活动障碍六个月,在台湾曾拍X线片检查右肩关节未发现骨的关节破坏性病变。血常规,血沉均在正常范围。诊断右肩关节粘连,经推拿、理疗治疗未见明显改善。体检:右肩三角肌轻度萎缩,肩上举130°,后伸25°,外展70°,内收30°,内旋30°,外旋10°。按压松肩穴1分钟,患者感觉有一股热流向颈部和肘部放散,随即局部疼痛消失。当即复查:肩上举175°,与健侧相等,外展130°,外旋,内旋正常,仅后伸较健侧差5°左右。基本恢复正常。第四天复查,疗效巩固,嘱患者加强功能锻炼,尽快康复。

讨 论

原因不明的肩关节疼痛伴有肩关节活动障碍,虽然有不少的命名,例如:肩关节粘连,肩关节周围炎,五十肩,漏肩风等,治疗方法也很多,且有较满意的效果,但其命名并不确切,发病原因也不十分明确。大多数学者认为肩关节囊,关节软骨及其周围软组织退变或无菌性炎症,而导致关节囊粘连,关节容量减少,腋皱消失,最终影响关节的功能。但是以上理论不能解释按压松肩穴数分钟,即可改善肩关节活动,甚至恢复正常的事实。显而易见,按压松肩穴既不可能使粘连的关节囊立即松解,关节容量增加,也不可能使腋皱恢复,更不可能使退变逆转。

冯天有氏认为肩关节活动障碍的原因主要是肱二头肌短头肌腱和喙肱肌形态学与解剖关系发生微细变化。作者曾在几十例肩部手

术和尸体解剖时特别注意观察肱二头肌短头腱与喙肱肌的关系，证明其二者是一条联合肌腱，共同起自于喙突而不易分开，根本不可能发生位移。但是应用冯氏手法治疗肩关节活动障碍也有一定的效果，在多年的实践中发现，凡是按压在松肩穴上，其效果就显著，否则无效。证明冯氏手法并非改变了肩部形态学或解剖关系的微细变化，而是无意中按压了松肩穴而获得了效果。

解剖学提示，松肩穴位于肱二头肌短头腱的外侧缘，其深层有头静脉，胸肩峰动脉，其下方有腋动脉和锁骨上神经中、后支，胸前神经分支及臂丛外囊等组织。究其经络分布，松肩穴在手太阴肺经的循行路线上，其近侧是云门，远侧是天府。《灵枢·筋经》谓：“足太阳之筋，其病……肩不举”，“手阳明之筋，其病……肩不举”；上述记载说明了肩关节疼痛和活动障碍，与肩部所经过的经脉，经络的病变更有较密切的关系。《灵枢·本脏篇》指出：“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋

骨，利关节者也。”因此作者认为该病的病因是血不荣筋，复感风寒湿邪，邪滞经络；或因劳伤筋脉，血淤凝滞不通所致。指压松肩穴，有疏通经络，祛风散寒，营养肌筋和松肩、解痉、镇痛的作用，所以可收到满意的效果。

该法疗效迅速，治疗后肩关节活动度明显增加，本组治疗一次，平均上举增加30~50°，外展增加20~35°，少数患者可立即恢复正常。但是有部分患者手法后第二天其活动度比当时略有减少，所以鼓励患者积极地功能锻炼，是提高疗效的措施之一，应尽量使患肩保持或超过手法后即刻所达到的活动范围。

指压法是一种无损伤疗法。操作简便，效果明显，但是必须严格掌握其适应症，才能收到预期的效果。笔者认为，指压松肩穴对于病程短，尚未冻结的肩关节活动障碍者，效果较好，冈上肌钙化，肱骨头骨折等所引起的肩关节活动障碍者其疗效不甚满意；如果肩袖拉伤，肱二头肌断裂者则无效。

圆筒加小夹板固定喙突基底部骨折

四川省宜宾县人民医院(644000) 宋炳华 许五更

张××，男，32岁，X光片号：7586。患者于1990年6月1日与他人斗殴，左上肢上举冲拳时突感无力。继打第二拳时左上肢不能上举，自觉肩部不适。行走活动时肩部有响声。当日来院就诊。查：肩部肿胀，肩胛冈中点、肩胛内缘及肩关节处有压痛，肩关节功能障碍。肩关节被动前屈、后伸、内收、外展、肩胛骨内外挤压均有骨擦音。但无方肩畸形，搭肩试验阴性。6月2日摄正位片见肩胛冈中点有致密白线折痕，阶梯样不平，喙突有裂纹，肩锁关节及肩肱关节无脱位。诊断：喙突骨折。处理：按常规局部敷消肿胀膏，三角巾悬吊前臂于胸前。伤后22天肩胛岗肩胛内缘无明显压痛，肿胀消退。但轻度活动肩关节仍有骨音。继摄喙突特殊位X片见，喙突基底部连同肩长肌腱上2/5处完全撕脱骨折，裂纹清晰可见。用12cm绷带卷放患侧腋下，长10cm、宽3.5cm杉树皮放肩峰上邻颈部，绷带由腋下往前上肩，从后至对侧腋下

再往胸达患肩上，经后方至腋下，如此反复缠绕数圈层层绑紧。三角巾悬吊前臂于胸前，迫使喙突与肩胛孟紧密接触，包扎固定10天，无骨擦音，摄片骨折线模糊，去除固定，锻炼肩关节功能。同年3月1日肩关节功能已完全恢复。

讨论：单纯喙突骨折罕见。一般合并肩锁关节脱位或肩肱关节脱位，按常规是处理脱位，喙突骨折不必特殊处理，但此例患者折块较大，波及肩胛孟，22天后仍有骨擦音，故采用圆筒加小夹板固定，圆筒将肩胛颈向上托，小夹板使喙突往下压，对抗喙锁韧带的向上拉。促进骨折块促紧密接触，使折线上下产生一种挤压力。固定期间上臂仍可轻度前屈、后伸、内收、外展运动，新生骨痂在关节孟产生模造作用。即防止了肩关节粘连，又对加速骨折愈合起了积极作用。