

肩关节脱位与足蹬复位法小议

天津市卫生职工医学院(300051)

李尔年

中医骨伤科对肩关节脱位的认识早在公元九世纪,唐蔺道人著《仙授理伤续断秘方》中已有论述:“凡肩胛骨出(即肩关节脱位),相度如何整,用椅当圈住肋,仍以软衣被盛罩,使一人捉定,两人拨伸,却坠下手腕,又着曲着手腕,绢片缚之”。公元1328年元代危亦林在他的《世医得效方》中又提到:“肩胛上出臼,……须用春杵一枚,小凳一个,令患者立凳上,用杵撑在下出臼之处,或低用物罩起,令一人把住手尾,拽其凳,一人把住春杵,令一人助患者放身从上坐落,骨节已归窠矣,神效。”“若不用小凳,则两小梯相对,木棒穿以两梯股中过,用手把住木棒,正棱在出臼腋下,骨节蹉跌之处,放身从上坠下,骨节自然归臼矣”。公元1333年元代骨伤科医家李仲南在他的《永类铃方》中又提出了一个新方法,“凡左右两肩或颠坠失落,若骨髁又出在前,可用布袋腕系在前,如出在后,腕系手在背后,若左出摺向右肱,右出摺向左肱,骨即入。接左摸右髻,接右摸左髻。”这很象今天的牵引回旋法(Kocher法)和现今证实复位成功与否的“搭肩试验”法。公元1425年明代朱橚在《普济方》中又重述了危氏的“春杵小凳复位法”和“梯子复位法”。而更可贵的是在接骨手法中首次提到了“肩胛骨脱落实法,令患者服乌头散麻之,仰卧地上,左肩脱落者,用左脚蹬定;右肩落者,用右脚蹬定,用软绢如拳大抵于腋窝内,用人脚蹬定,拿病人手腕近肋,用力倒身扯拽,可再用手按其肩上,用力往下推之……如骨入臼……。”这就是中医骨伤科治疗肩关节脱位(在麻醉下)用足蹬复位法的最早记载,现称拔伸足蹬法(当时古希腊Hippocrates法还不可能传入中国)。明代王肯堂在:《证治准绳》中又写

到“手中系腕牵引法”。而后,1815—1818年间,清代医家辈出,纷纷著书立说,如《伤科汇纂》中的“上肩髁用手两边拉法”,“肩头肩法”,以及在案例中的“布搭连法”(与王肯堂的“手中系腕法”略同)。《伤科大成》中的“使患者低坐,一人抱住其身,将手拔直用推拿法,酌其重轻,待其筋舒,一手担其肩,抵住骶头,齐力拔出,骶内有响声者,及复位矣……”。可见中医骨伤科对治疗肩关节脱位已有着极丰富的经验和方法。其他如近代的“杆抬法”,“膝顶法”,“牵拉端托法(临床正首学)”,“拔伸托入法”(中医骨伤科学),以及“垫肋法”(Cooper法),“内收法”(Zierold法),“拳推法”(Depalma法),“牵引回旋法”(Miller法),“外展外旋法”(Milch法),等等难以尽述。

综观这些方法,结合肩关节脱位的规律,从复位机理上分析,不外是利用牵引复位力,杠杆复位力和直接推送脱出的肱骨头复位力三种情况。因肱骨头脱出的情况有多种,因此上述各法是各有“所宜”的,如牵引回旋法适用于肩关节前脱位,牵引推拿法适用于后脱位,外展回旋法适用于孟下脱位,各法均有严格的适应症,临床上诊断不清,方法选择不宜,则很难成功。

牵引足蹬复位法(或Hippocrates法),它根据肩关节脱位规律、上述各法的复位力学原理及其优点,使牵引复位力,杠杆复位力以及推送肱骨头复位力,集中于一法过程之中,因此,它可以代替上述各法,适用于各种类型的肩关节脱位,更便于掌握,深为多数医者推崇习用。

其手法特点:①患者仰卧位(现多不用麻醉),这对小儿,老人,体弱者均是一个十分

对侧挤压法治疗小关节紊乱症

河北保定电力修造厂卫生所(071062) 赵伟 王和鸣* (指导)

我科自1985至1989年间采用脊椎对侧挤压法治疗96例腰椎小关节紊乱症,疗效满意,报告如下。

本组96例,男59例,女37例;年龄最大70岁,最小19岁,19岁—35岁26例,36—50岁4例,50岁以上24例。有腰疼史者57例,无腰疼史者39例;发病时间最长3天。最短1小时。

96例患者有82例是在工作中弯腰取物或抬重物时突然闪扭而造成;14例患者无明显外伤史。患者腰部疼痛,不能伸直,腰肌紧张,疼痛部位在腰骶后关节及腰椎4、5关节处,压痛点通常在棘突旁开2cm处,病人站立时髋关节呈半屈位,双手扶膝或撑腰,拒绝搬动。急性患者腰部棘突偏歪,疼痛可放射臀部及大腿后部,腰背伸试验阳性,X线检查可见腰椎后关节之间排列不对称或有腰椎后突,侧弯及椎间隙不同程度的改变。

治疗手法

患者取坐位,术者坐在患者身后,双手拇指抵住腰椎4、5的双横突,令患者向前曲腰(约45°—65°),然后令患者逐渐直立并腰部背伸,与此同时术者双手拇指由上向下滑动,找准“力”点并同时向前挤压。以右拇指先用

力,左拇指附着。然后以左拇指用力再做推挤,经这两次的挤压,一般错缝都会得到整复。本组96例患者都是在一次性手法下迅速解除痛苦,有效率达100%。施行手法后,可给一些活血祛瘀行气止痛药物,以促进患部充血、水肿的早日吸收。

体会

在治疗腰椎小关节紊乱症时,大多采用牵抖法,背法,斜板法等,虽然这些手法有一定疗效,但对患者的痛苦较大,操作繁琐,而脊椎对侧挤压法的优越之处是利用了生物力学原理。根据脊椎解剖生理杠杆原理来调整“力”点的角度。由于小关节紊乱后造成椎间关节生理曲度改变,导致了椎间孔相对变小,神经根管相对狭窄,使两侧椎间关节产生不对称应力,一侧压应力及剪应力集中,关节受到挤压,而另侧张应力集中,关节张开。使用此法后不光能缓解椎关节的负荷压力改变椎间不对称现象,同时可恢复不平衡的压应力和张应力,调整神经根与椎间孔及神经根管的相互位置,使腰椎小关节得到还原。

● 福建中医学院骨伤系

安全的治疗体位,可避免任何意外发生。②足蹬腋下,一方面为对抗患肢的向下牵引力。在向下向外牵拉患肢,使脱出的并向上、向后上或向前上移位的肱骨头回到孟缘的下方原脱出部位关节囊破口处。③术者以足跟在患肢腋下(应贴紧胸臂以蹬在肩胛的下方),等于加在肱骨干上端一个“盛箴”,使之产生一个向外的力(支点),在肱骨远端内收时,肱骨头变为动点,这样的杠杆以极少力的方式使肱骨头避开孟缘的嵌卡。在这二力的协同作用下,脱

出的肱骨头自然顺利地“入臼”。若稍有困难者,术者再稍给予外旋(前脱位)或内旋(后脱位)肱骨干或稍做肱骨干的内收(不可强力),必能顺利成功。此法安全可靠,省人省力,无需其他助手,无任何暴力,无再损伤,易于掌握,并可适用于任何年龄、体质以及任何类型的肩关节脱位。对年青力壮的患者,由于肌力强大,要求牵引时间长一些,或边谈边施术法,以求达到“法使骤然人不觉,患如知也骨已拢”的效果。