

### 老中医经验

## 许钜材老中医治疗肩关节脱位的经验

江苏泰州市中医院 (228300) 许 靖 王 锐

许钜材生前为江苏省名老中医，从事中医伤科工作六十余年，对骨伤病证的诊治有其独到之处，现将许老先生治疗肩关节脱位的经验整理如次，以飨同道。

肩关节脱位有前脱位、孟下脱位和后脱位三型，但临床多见前脱位。它包括孟前、喙突下、锁骨下脱位三种类型。

许老先生治疗肩关节脱位总的原则是：正确的手法整复，合理的患肢固定，适当的药物治疗，积极的功能锻炼。手法整复时注意轻重

相宜，方法得当，持续轻柔，法使骤然。

卧床足蹬牵引法

此法常适用于孟前和喙突下脱位。

手法时，患者仰卧于手术台，术者一足立于患侧，另一足置于腋下，将足跟顶住腋窝处，用力向上向外撬拨肱骨头，另两手握住伤肢腕及肘部，呈外展位，逐渐用力向下牵引，并向外旋转约60度，当术者对抗牵引到适度，肱骨头在足跟撬拨下很快被挤入关节孟内，入臼时能听到弹响声，伴有活动感，此时“方

小夹板等固定法对骨折家兔血液流变学的影响(又±SD)

项 目	组别 (动物数)	正常对照组 (n=7)	小夹板固定组 (n=7)	石膏固定组 (n=7)	髓内针固定组 (n=7)	钢板固定组 (n=7)
血液浓度	血球压积(%)	36.14±5.73	30.71±11.06**	33.71±11.37**	43.57±6.32*	37.71±8.28**
	纤维蛋白原含量 (mg%)	385.71±104.9	332.88±121.1**	497.80±82.7*	405.00±176.3**	515.00±88.2*
血浆粘度	血液粘度(mpa·s)	1.29±0.06	1.43±0.09**	1.43±0.09**	1.45±0.07***	1.57±0.09***
	全血粘度(mpa·s)	2.50±0.26	2.21±0.29**	2.90±0.41*	2.70±0.24*	3.04±0.42*
血液聚集性	血 沉(mm/h)	3.29±1.80	23.00±15.83**	7.43±4.65*	9.43±5.77*	12.86±10.35*
血液凝固性	血栓长度(cm)	2.10±0.38	2.00±1.12*	5.83±1.61***	6.41±1.47***	7.01±1.52***
	血栓湿重(g)	0.06±0.02	0.06±0.04**	0.29±0.09***	0.29±0.23*	0.29±0.13***
	血栓干重(g)	0.02±0.03	0.03±0.02**	0.08±0.01*	0.05±0.06**	0.07±0.03*

注：\*\*P>0.05 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

化。中医还认为“瘀不去则骨不能接”、“瘀去新骨生”，所以“活血化瘀”在骨伤科的治疗中占有突出的地位。本实验测得小夹板固定对骨折家兔血液流变学影响小，而且血球压积、纤维蛋白原含量、全血粘度及体外血栓的长度均比正常少，这说明小夹板固定法还有一定的活血化瘀作用。这可能与小夹板重量轻，仅固定在骨折局部，而对其它部位的活动无影响，这样小夹板固定将骨折的整复、固定及功能锻炼三个步骤紧密地结合在一起，从而有利于改善血液循环，促进氧及营养物质进入受伤组织，利于组织的修复及骨折的愈合。本实验从

血液流变学的角度找到了小夹板固定法优点的部分实验依据。

实验结果显示钢板固定会产生明显的瘀血，其次是石膏固定，而髓内针固定法的瘀血较轻。出现此种现象的原因可能是：钢板固定对组织的损伤较严重，加上骨折端固定太牢，产生“应力保护作用”，从而不利于血液的运行。石膏固定范围较大，肢体活动明显受限，而骨折端固定又不稳定，发生移位，从而影响血液的运行。而髓内针固定法的针较细，对组织的损伤较小，骨折端的固定为弹性的，故对血液运行影响较小。

肩”消失，术者一足即从腋下抽出，患肢在术者的驱动下可作多方位小幅度的活动，而后外敷许氏伤药，包扎固定后，颈腕悬吊于胸前。

#### 坐位膝顶手压牵引法

此法常适用于前脱位和孟下脱位。

手法时，患者取坐位，一助手立于患者健侧，两手伸向患肢腋下，抱住腋下肋部以固定患者身躯，并呈对抗牵引状；另一助手握住患肢腕及肘部，由轻渐重，向前下方作持续牵引，然后逐渐转为内收内旋位，术者一足立于患肢前方，另一足踩在木椅上，用膝关节顶住腋下，两手拇指压住肩峰，其余四指放在腋下膝关节上，膝顶两手四指向上，使劲托起肱骨头即可复位，若后脱位，则术者自患肢后方膝顶，手法结束后，仍作多方位小幅度活动，余后处理同前。

#### 杠杆支点复位法

患者坐在椅子上将患肢腋窝跨在椅背（或木梯杠上，需用棉垫包好），一助手用布带围住腋下，拉到对侧肩上抓紧布带作牵引，术者握住患肢肘及腕部，屈曲肘关节前臂外旋，同时外移，沿上臂纵轴方向作对抗牵引，直至听到弹响声，肱骨头已滑入原位，后处理同前，此法对于前两种手法整复未能取得满意效果，

而采用的一种行之有效的办法。

以上三种手法，是笔者跟随许老先生多年临床实践的体会，细察许老匠心，他对前脱位，孟下脱位，一般采用卧床足蹬牵引法或坐位膝顶手压牵引法，而后脱位与上法基本相同但其方向相反，如上两种手法有困难时，就采用杠杆支点牵引法。

肩关节脱位整复后，主张将患肢搭扶健侧肩部，然后放松作多方位小幅度活动，以调整筋脉，疏通气血，但反对粗暴动作，患肢的固定亦不主张将患臂固定在躯干上绝对制动，亦反对害怕关节粘连而不予固定的放任行为，采取患肩局部敷药固定，屈肘90度，用三角巾颈腕悬吊于胸前，有利于早期功能锻炼，作腕、肘部活动及耸肩等小范围肩关节的活动，这一治疗方法在新鲜肩脱病例中从未发生一例习惯性脱位。

关于整复后用药问题，不应简单看成是一辅助措施，因局部筋膜受伤，气血瘀滞，极易导致肩关节创伤后僵硬，辨证合理使用中药内服外敷，不但可以预防并减少并发症的发生，更可以大大缩短损伤后的愈合时间，许老先生自拟桂枝活血汤及桂枝温筋汤，施于临床，效颇卓越，其机理尚有待于进一步深入研究。

## 口外喙突平推法治疗下颌关节脱位

河南省唐河县人民医院（473400）许书江 贾明江（指导）

我们运用口外喙突平推法治疗下颌关节脱位，经对30例病人的验证，均一次成功，现介绍如下。

操作方法：患者坐靠背椅或头部依墙低位端坐，术者站在病人前面，先用两手中指轻揉患者两侧颞颌关节处，以缓解咀嚼肌的紧张，分散病人注意力，同时两手拇指指腹轻轻触摸前移的喙突，余指托住下颌体，然后双手拇指准确平行用力后推压隆起之喙突，双手余指同时用力端提下颌体稍向前移，即可觉到关节滑入

之声响，说明关节已复位。

体会：口外喙突平推法整复，可以充分运用力学原理，利用人体生理解剖的有利特点，使推按摩力变成一种轴转动动力，变下颌角部受力为喙突部受力，从而增加了有效作用力及其力臂，同时集中了总受力的同步谐调统一而达到复位。本法省力省时，技术操作简便易行，减轻了对软组织的损伤，无痛苦，避免了咬伤术者手指等危险，也避免了口腔感染等合并症。