

吴门医派骨伤手法治疗肩关节前脱位

陆斌杰, 陆桢, 沈晓峰

(苏州市中医医院骨伤科, 江苏 苏州 215009)

【摘要】 目的: 探讨吴门医派骨伤手法治疗肩关节前脱位的技巧、机制及临床疗效。方法: 自 2016 年 1 月至 2017 年 12 月, 采用吴门医派骨伤手法治疗肩关节前脱位 181 例, 男 71 例, 女 110 例; 年龄 19~94(61.1±16.3) 岁; 其中盂下型 68 例, 喙突下型 93 例, 锁骨下型 20 例。拆除外固定后行 Constant 评分来评估患肢功能。结果: 157 例 1 次复位成功, 23 例 2 次复位成功, 无血管、神经损伤或医源性骨折发生, 拆除外固定后 Constant 评分 75~100(92.1±4.3) 分。168 例获随访, 时间 12~24(16.1±3.2) 个月, 随访期间无复发性肩关节脱位发生。结论: 吴门医派骨伤手法治疗肩关节前脱位复位成功率高、并发症率低, 操作规范、简单易学, 值得推广。

【关键词】 肩脱位; 手法; 骨科; 肩关节

中图分类号: R684.7; R274.21

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2019.12.020

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



Treatment of anterior glenohumeral dislocations with manual reduction of WU medical school LU Bin-jie, LU Zhen, and SHEN Xiao-feng. Department of Orthopaedics, Suzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Suzhou 215009, Jiangsu, China

ABSTRACT **Objective:** To investigate the technique, mechanism and clinical efficacy of manual reduction of WU medical school in the treatment of anterior glenohumeral dislocations. **Methods:** From January 2016 to December 2017, 181 patients with anterior glenohumeral dislocations were treated with our manual reduction, including 71 males and 110 females, ranging in age from 19 to 94 years old, with a mean age of (61.1±16.3) years old; 68 cases of subglenoid type, 93 cases of subcoracoid type and 20 cases of subclavian type. Constant score was used to evaluate limb function while the external fixation was removed. **Results:** One hundred and fifty-seven patients achieved reduction at the first attempt and 23 patients achieved at the second time. There was no vascular damage, nerve damage or iatrogenic fracture accompanied. The Constant score ranged from 75 to 100, with a mean score of 92.1±4.3. One hundred and sixty-eight patients were followed up, and the duration ranged from 12 to 24 months, with an average of (16.1±3.2) months, no recurrent dislocation occurred during the follow up period. **Conclusion:** The manual reduction of WU medical school in the treatment of anterior glenohumeral dislocations has high success rate and low complication rate, which is scientific, safe, standardized, easy to learn and worth promoting.

KEYWORDS Shoulder dislocation; Manipulation, orthopedic; Shoulder joint

肩关节前脱位约占肩关节脱位的 96%~98%^[1]。目前治疗肩关节前脱位较经典的手法有 Hippocrates 法、Milch 法、Stimson 法等, 复位成功率为 28%~82%^[2-3]。最近报道的各种新的肩关节脱位复位方法成功率为 88%~92%^[4-5]。这些方法常常需多人协作, 对患者进行麻醉, 并且有神经、血管损伤以及医源性骨折的可能^[1]。因此, 我科在吴门医派传统骨伤手法基础上, 结合现代骨科学、解剖学的知识, 对肩关节前脱位进行分类, 辨证论治, 2016 年 1 月至 2017 年 12 月, 治疗肩关节前脱位 181 例, 疗效满意。

1 临床资料

本组共 181 例, 男 71 例, 女 110 例; 年龄 19~94

(61.1±16.3) 岁; 盂下型 68 例, 喙突下型 93 例, 锁骨下型 20 例。诊断标准: (1) 有明显的外伤史。(2) 方肩畸形, 关节孟空虚感, Dugas 征阳性, 直尺试验阳性。(3) X 线辅助明确诊断。纳入标准: (1) 符合诊断标准。(2) 急性肩关节脱位, 受伤至就诊时间 < 48 h。排除标准: (1) 合并有肩胛骨骨折、锁骨骨折、肱骨解剖颈骨折、肱骨外科颈骨折或神经、血管损伤者。(2) 合并有严重的心脑血管疾病、肝肾功能损伤者。(3) 有精神疾病者。(4) 孕产妇。

2 治疗方法

2.1 复位方法

所有患者取仰卧位, 无须采用任何形式的麻醉, 嘱患肢在自然状态下放松, 前臂下垂。术者立于患侧, 一手扶持患肢腕部做持续牵引, 对于不同类型的脱位采用不同的牵引方向。盂下型: 患肢外展 20°, 前

通讯作者: 陆桢 E-mail: 1602023052@qq.com

Corresponding author: LU Zhen E-mail: 1602023052@qq.com

屈 30°外旋位(图 1a);喙突下型:患肢前屈 90°外旋位(图 1b);锁骨下型:患肢外展 150°,前屈 40°外旋位(图 1c)。在牵引的过程中需持续用力,逐渐增大力量,不可突然增大或降低,一般牵引 0.5~3 min 后轻微内收外旋即可听到入臼声,表明复位成功。若患者肌肉较发达,可用另一手于腋窝处触摸肱骨头,沿牵引方向推挤肱骨头辅助复位。

2.2 复位后处理

复位成功后,患肢取内收内旋位,贴于胸壁,运用三角巾固定 3~4 周,老年患者可适当缩短固定时间。在固定期间,嘱患者进行腕、指关节的锻炼,同时嘱患者进行耸肩功能锻炼,以预防关节囊松弛。

3 结果

3.1 疗效评价方法

拆除外固定后对患者进行肩关节功能评价,评分标准采用肩关节 Constant 等^[6]评分,由 4 部分组

成,疼痛(15 分)、日常生活活动(20 分)、主动活动范围(40 分)、肌力(25 分),总分 100 分,得分越高表明功能越好。将 90~100 评定为优,80~89 分评定为良,70~79 分评定为可,70 分以下为差。

3.2 治疗结果

157 例 1 次复位成功,23 例 2 次复位成功,1 例经 2 次尝试复位均失败(图 2),后于手术室丙泊酚静脉麻醉下复位成功。共 180 例获得成功复位,一次复位成功率 86.7%,总成功率 99.4%,无血管、神经损伤或医源性骨折发生。拆除外固定后,肩关节 Constant 评分 75~100 分,疼痛(13.7±2.2)分,日常生活活动(17.8±1.9)分,主动活动范围(37.3±3.5)分,肌力(23.3±2.7)分,总分(92.1±4.3)分;优 139 例,良 39 例,中 3 例,差 0 例。168 例患者获得随访,随访时间 12~24(16.1±3.2)个月,随访期间内无复发性肩关节脱位发生。



图 1 牵引方向示意图 1a. 孟下型采用外展 20°、前屈 30°外旋位 1b. 喙突下型采用前屈 90°外旋位 1c. 锁骨下型采用外展 150°,前屈 40°外旋位

Fig.1 Drawing direction diagram 1a. The subglenoid type was rotated with abduction of 20 degrees and flexion of 30 degrees 1b. The subcoracoid type was rotated at 90 degrees of anterior curvature 1c. Subclavian type with 150 degree abduction, 40 degree flexion and external rotation

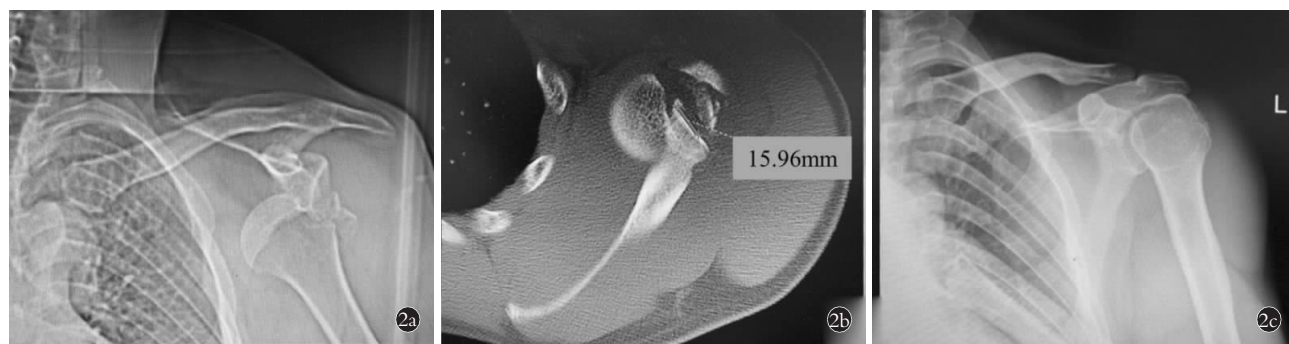


图 2 患者,男,55 岁,因“外伤致左肩肿痛畸形、活动受限 2 h”前来就诊 2a. X 线片示左肩关节脱位(喙突下型)伴 Hill-Sachs 损伤,于急诊尝试 2 次复位后未成功 2b. 左肩关节 CT 平扫示关节孟嵌插入肱骨头 15.96 mm,后于手术室丙泊酚静脉麻醉下复位成功 2c. 复位后复查 X 线示左肩关节在位

Fig.2 A 55-year-old male presented to our emergency room with his left shoulder swelling, limited range of motion for 2 hours 2a. The X-ray revealed the dislocation of the glenohumeral joint (subcoracoid type), with 2 unsuccessful attempt 2b. The CT scan of the left shoulder joint showed that the insertion of the joint into the humeral head was 15.96 mm, and it was successfully replaced by propofol intravenous anesthesia 2c. X-ray findings of left shoulder joint after reduction

4 讨论

苏州古有“吴中”“吴下”“三吴”之称,2500 多年的建城历史,积淀了丰富的吴文化底蕴,为医学的发展注入了丰富内涵。千百年来,苏州地区名医辈出,著作丰富,形成了具有吴医特色思想理论体系的医学流派,是为吴门医派^[7]。吴门医派重临床、重疗效、重师承,其中骨伤手法主要传承自吴门名医葛云彬,治疗骨伤科疾病遵从十六字方针——“动静结合、筋骨并重、内外兼治、医患合作”,同时其骨伤手法具有手法轻灵、以巧取胜等特点,患者往往在没有任何的痛苦下便已获得了满意的复位。我院充分继承了吴门医派骨伤手法特点,同时结合现代医学手段,发展出了一套具有鲜明特色的中医骨伤手法。

肩关节前脱位的主要机制是摔倒时上肢处于外展外旋位,来自手部或肘部的间接暴力向近端传递,导致肱骨头自关节囊的薄弱处脱出,形成肩关节前脱位。肩关节脱位手法复位的原则是“顺原路返回”^[8],故其关键点在于寻得肱骨头与关节囊破口之间的“路”。受到肩关节零度位理论的启迪,再结合老一辈对不同肩关节前脱位复位的临床经验,总结出此套手法。肩关节零度位理论由 Saha^[9]于 1950 年提出,此后不断完善,指的是生理状态下,肩关节外展 155°,前屈 135°时,肩关节周围肌群对肱骨的合力几乎为零。肩关节脱位时,肱骨头处于病理位置,此时肩关节周围各肌肉对肱骨共同作用产生了一个病理性的合力。同时,对于不同类型的脱位,由于肌肉对肱骨作用力的大小和方向存在区别,此合力的方向是也有区别的。通过深入的解剖学研究和分析,根据脱位的类型,总结出不同的牵引方向,此方向即与合力的方向是逆向的,使得在牵引时患肩达到了病理性的零度位。此时患者的肌肉、韧带及关节囊裂口均处于相对松弛状态,再作轻微的内收外旋动作,肱骨头即可顺着牵引力向脱出时的相反方向经关节囊破口回纳至关节囊内,达到复位。本手法较其他手法的优势主要体现在以下几方面:(1)复位简单,单人即可完成复位,无须他人或器械辅助,亦无须使用任何麻醉,适合在急诊开展。(2)患者痛苦少,复位时无明显痛感。(3)复位成功率高,并且采用规范的复位方式,学习曲线低。(4)无并发症,由于无须使用大力量牵引,不存在暴力复位,降低了神经、血管损伤及医源性骨折的可能性,也减少了肩关节周围其他软组织的损伤,降低了脱位的复发率。

同时,笔者也关注到 1 例整复失败的案例,在急诊 2 次尝试复位失败后,予患肩行 CT 三维重建,显示关节盂嵌入肱骨头约 15.96 mm,后于手术室丙

泊酚静脉麻醉下行松解手法后整复成功。总结此案例,笔者认为,在治疗肩关节脱位时,首先要警惕 Hill-Sachs 损伤的存在,在摄肩关节正侧位 X 线片时其漏诊率很高^[10],往往被临床医师所忽略;其次,当患者存在 Hill-Sachs 损伤时,由于关节盂和肱骨头可能存在嵌插,单纯运用本手法无法完成复位,因此,需要对伴有 Hill-Sachs 损伤的患者进行 CT 检查,评估损伤的严重程度,以完善本手法的适应证,这也是下一步研究的方向。

根据长期的临床实践和科学评价,以及对肩关节生物力学及手法复位机制的探析,笔者认为吴门医派骨伤手法治疗肩关节前脱位复位成功率高、并发症率低,操作规范、简单易学,值得推广。

参考文献

- [1] Khiami F, Gérometta A, Loriaut P. Management of recent first-time anterior shoulder dislocations[J]. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2015, 101(1):S51-57.
- [2] Amar E, Maman E, Khashan M, et al. Milch versus Stimson technique for nonsedated reduction of anterior shoulder dislocation: A prospective randomized trial and analysis of factors affecting success[J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 2012, 21(11):1443-1449.
- [3] Sapkota K, Shrestha B, Onta PR, et al. Comparison between external rotation and milch method for reduction of acute anterior dislocation of shoulder[J]. *J Clin Diagn Res*, 2015, 9(4):RC01-03.
- [4] Gage MJ, Park BK, Strauss EJ. Reduction of anterior glenohumeral dislocations: a new closed reduction technique[J]. *Phys Sportsmed*, 2017, 45(1):22-25.
- [5] Alkaduhimi H, van der Linde JA, Willigenburg NW, et al. A systematic comparison of the closed reduction techniques[J]. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2017, 137(5):589-599.
- [6] Constant CR, Gerber V, Emery RJ, et al. A review of the Constant Score: modification and guidelines for its use[J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 2008, 17:355-361.
- [7] 葛惠男, 欧阳八四. 吴门医派概要[J]. *江苏中医药*, 2016, 48(10):63-67.
GE HN, OUYANG BS. The summary of Wu medical school[J]. *Jiang Su Zhong Yi Yao*, 2016, 48(10):63-67. Chinese.
- [8] 郝海涛, 黄海晶, 辛景义. 外旋牵引指推法治疗老年人肩关节前脱位[J]. *中国骨伤*, 2014, 27(6):522-524.
XI HT, HUANG HJ, XIN JY. Extorsion traction and pushing manipulation with fingers for the treatment of anterior shoulder dislocation in elderly[J]. *Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma*, 2014, 27(6):522-524. Chinese.
- [9] Saha AK. Mechanism of shoulder movements and a plea for the recognition of “zero position” of glenohumeral joint[J]. *Indian J Surg*, 1950, 12(2):153-165.
- [10] Provencher MT, Frank RM, Leclere LE, et al. The Hill-sachs lesion: diagnosis, classification and management[J]. *J Am Acad Orthop Surg*, 2012, 20(4):242-252.

(收稿日期:2019-07-02 本文编辑:连智华)