

· 临床研究 ·

# 上举内收旋转患肢复位法治疗肩关节脱位的病例对照研究

方军, 张凤清, 吴胜锋, 卢长魏, 莫艺忠, 罗国富, 覃祖恩, 吴毅华, 韦仁杰  
(河池市人民医院骨科, 广西 河池 547000)

**【摘要】 目的:**采用“上举、内收、旋转”整复手法治疗肩关节脱位,探讨其临床疗效,并对其机制进行研究。**方法:**自 2010 年 1 月至 2012 年 3 月收治肩关节脱位 120 例,分为治疗组和对照组,各 60 例。治疗组男 31 例,女 29 例;采用“上举、内收、旋转”手法整复治疗。对照组男 30 例,女 30 例;运用传统整复方法,即足蹬牵引法进行治疗。比较两种方法治疗肩关节脱位的疗效,并对复位过程中 1 次复位成功率、患者的疼痛程度(VAS 评分)进行比较。**结果:**治疗组 1 次复位成功 59 例,治疗后 VAS 值平均(3.76±1.05)分;优 57 例,良 2 例,差 1 例;无骨折及神经损伤等并发症,随访 3 个月无再脱位发生。对照组 1 次整复成功 50 例,治疗后 VAS 评分(5.67±1.15)分;优 45 例,良 7 例,差 8 例。治疗组患者 1 次整复成功率、疼痛的改善及临床疗效均优于对照组。**结论:**“上举、内收、旋转”法较足蹬牵引法具有用力均匀、合力集中、省时省力、轻松便捷、避免医源性损伤等优点。

**【关键词】** 肩脱位; 正骨手法; 病例对照研究

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2013.01.005

**Manipulation of superduct, adduction, rotation for the treatment of shoulder dislocation** FANG Jun, ZHANG Feng-qing, WU Sheng-feng, LU Chang-wei, MO Yi-zhong, LUO Guo-fu, TAN Zu-en, WU Yi-hua, and WEI Ren-jie. Department of Orthopaedics, the Hechi Peoples' Hospital, Hechi 547000, Guangxi, China

**ABSTRACT Objective:** To study the mechanism and clinical effect of using the manipulative method of move, adduction, rotation method for the treatment of shoulder dislocation. **Methods:** from January 2010 to March 2012, 120 patients with shoulder dislocation admitted were randomly divided into treatment group and control group, 60 cases in each group. In the treatment group, there were 31 males and 29 females; In control group, there were 30 males and 30 females. In treatment group, 60 patients create their own "on the move, adduction, rotation manipulative treatment, the other 60 cases in control group used traditional restoration methods in wearing the traction treatment. The efficacy of two methods of treatment of shoulder dislocation were compared on reset process once successfully rate, the patient's level of pain (VAS). **Results:** In treatment group, restoration once successfully were in 59 cases, improvement of the pain (VAS) values was 3.76±1.05, the results were excellent in 57 cases, good in 2, poor in 1, without concurrent fractures and nerve injury, without re-dislocation after 3 months. In control group, restoration once successfully were in 50 cases, improvement of pain (VAS) values was 5.67±1.15, the results were excellent in 45 cases, good in 7, poor in 8. The reset once successfully rate, improvement of VAS values and clinical effect in treatment group were better than that of control group. **Conclusion:** On the move, adduction, rotation method has advantages of more wearing traction with uniform force, work together to focus, saving time and effort, easy and convenient to avoid iatrogenic injury.

**KEYWORDS** Shoulder dislocation; Bone setting manipulation; Case-control studies

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2013, 26(1): 16-18 www.zggszz.com

肩关节脱位是创伤骨科中较为常见的一种损伤,占全身四大关节脱位的 40.1%,是临床常见的关节脱位之一,肩关节前脱位常以健侧手托患侧前臂,紧贴于胸壁,以防止肩部活动引起疼痛<sup>[1]</sup>。临床常用的足蹬牵引法、牵引端托法、椅背整复法、牵引回旋法、拔伸托入法、膝顶转腰法等均有用力不均、合力不聚、费时耗力、常合并医源性损伤之弊端。2010 年

1 月至 2012 年 3 月笔者采用“上举、内收、旋转”法整复肩关节脱位 60 例,临床效果确切,报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料与分组** 选取符合标准的临床确诊病例 120 例,分为治疗组和对照组,每组 60 例。患者均有肩部疼痛、肿胀、功能障碍, Dugas 征阳性,经 X 线片证实为肩关节脱位,均为单侧脱位。两组临床资料比较见表 1, 治疗组与对照组临床资料比较差异均无统计学意义,具有可比性(P>0.05)。

通讯作者:方军 E-mail:fangjunzfq@163.com

表 1 两组肩关节脱位患者治疗前临床资料比较

Tab.1 Comparison of clinical data of patients with shoulder dislocation between two groups before treatment

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 ( $\bar{x}\pm s$ , 岁)	病程 ( $\bar{x}\pm s$ , d)	脱位部位(例)	
		男	女			左	右
治疗组	60	31	29	35.34±6.42	4.82±1.56	18	42
对照组	60	30	30	34.28±6.23	4.68±1.32	19	41
检验值	-	$\chi^2=0.033$		$t=0.917$	$t=0.526$	$\chi^2=0.0391$	
P 值	-	0.855		0.360	0.599	0.843	

**1.2 诊断、入选及排除标准** 诊断标准参照《中西医临床骨伤科学》<sup>[2]</sup>中肩关节脱位的诊断标准拟定: ①肩关节脱位均有明显的外伤史, 肩部疼痛、肿胀及功能障碍等一般损伤症状。②肩峰突出形成方肩畸形, 从腋窝可触摸到脱位的肱骨头, Dugas 征阳性, 在后前位 X 线摄片显示肱骨头移位, 不再与关节盂相关节, 可与肩胛颈部重叠。肩峰至肱骨头的距离加大, 而盂下脱位则以肱骨头向下移位到肩胛盂的下方为其特点。入选标准: 符合以上①、②项即可确诊, 但多以常规 X 线摄片进一步明确诊断及排除有无骨折等并发症。全部病例经 X 线摄片明确诊断。排除标准: 合并其他严重损伤; 合并心肌梗死、脑卒中急性期等内科严重并发症有可能危及生命的患者。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 治疗组** ①手法复位: 以右侧肩关节脱位为例。患者卧于硬板床上, 术者立于右侧, 先放松肌群, 轻点肩前、肩后、肩井等穴。医者右手握住患者右手腕, 左手向下轻轻按压患者右肩, 将患肢在牵引下徐徐向上举至 120°, 并将患肢内收至患者头右侧。在将患肢由内上向下、向外、向上做旋转的同时, 如为喙突下脱位或锁骨下脱位, 医者用左手指将脱位的肱骨头轻轻向外下方推顶; 如为盂下脱位, 医者用左手指将脱位的肱骨头轻轻向外上方推顶; 如为后脱位, 医者用左手指将脱位的肱骨头轻轻向前上方推顶, 则肱骨头由盂下出而滑入肩关节盂内, 推顶肱骨头之手明显有复位感, 搭肩试验阴性, 肩峰饱满, 则表示复位成功。对于脱位时间超过 1 周者, 先做外旋再内旋, 反复 2~3 次, 通过回旋打通肱骨头的还纳通道, 避开其他软组织的嵌顿, 使脱位沿原路返回入关节囊内, 避免不必要的损伤。②固定方法: 复位成功后, 腋下及上臂内侧放置薄棉垫, 将上臂紧贴胸壁用宽胶布条横行粘贴固定, 同时将患侧手搭于健侧肩上, 用宽胶布条绕经患侧肩峰与肘后环形缠绕使之成为肩肘固定带, 使整个上肢的重量主要由此宽胶布条承担, 避免因上肢的重力作用使肩关节再脱位。固定时间为 3 周。③功能锻炼: 固定期间进行肘、腕、指关节的锻炼, 解除固定后对患肩适时进行系统的

康复锻炼, 以增强肩关节周围肌肉的肌力, 防止关节囊松弛, 从而提高患肩的稳定性, 以利于肩关节功能的恢复。

**1.3.2 对照组** 采用足蹬牵引法进行治疗 (其中 10 例在臂丛神经阻滞麻醉下复位成功)。伤者取仰卧位, 术者位于伤侧, 面对伤员, 坐于床侧, 两手握住伤肢腕部, 一足着地, 同时将另一足跟伸至伤侧腋下 (腋下垫棉垫), 向上蹬住腋部和附近胸壁 (右肩用右脚, 左肩用左脚)。臂外展沿上臂纵轴 (畸形) 方向牵引, 并向外旋转 (牵引 1~3 mm 后逐渐内收), 使之在牵引过程中足跟挤压肱骨头而复位。

**1.4 观察项目与方法** 复位标准参照肩关节脱位复位标准<sup>[3]</sup>: ①方肩消失, 肩峰恢复饱满状态, 触诊可及肱骨头在关节盂内; ②Dugas 征阴性; ③X 线检查肩关恢复正常结构。疼痛评分运用视觉模拟疼痛评价法 (VAS) 进行评估。疗效评价方法参照《骨科临床疗效评价标准》中肩关节脱位评分系统的评分标准<sup>[4]</sup>制定: 优, 肩关节不肿, 无疼痛, 关节功能恢复正常, 可以持重及参加各种劳动, 不再复发, X 线片显示肩关节位置正常; 良, 肩关节有轻微疼痛, 关节功能恢复正常, 能从事体力劳动, X 线片显示肩关节位置正常; 差, 肩关节仍肿痛, 关节功能受限, 不能持重, X 线片显示肩关节仍有脱位。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS 12.0 统计软件, 两组间年龄、VAS 评分等定量资料比较采用成组设计定量资料的  $t$  检验, 性别、复位成功率、脱位部位比较采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组 1 次复位成功率比较** 治疗组 1 次复位成功 59 例, 2 次复位成功 1 例; 对照组 1 次复位成功 50 例, 2 次复位成功 10 例。“上举、内收、旋转”复位法 1 次复位成功率高于传统足蹬牵引复位法 ( $\chi^2 = 8.1068$ ,  $P = 0.0044$ )。

**2.2 两组治疗前后疼痛 VAS 比较** 治疗前两组 VAS 评分差异无统计学意义, 治疗后治疗组 VAS 评分低于对照组, “上举、内收、旋转”复位法对于改善患者疼痛症状优于足蹬牵引复位法 (见表 2)。

**2.3 两组疗效比较** 根据疗效评定标准: 治疗组中优 57 例, 良 2 例, 差 1 例; 对照组: 优 45 例, 良 7 例, 差 8 例。治疗组的疗效优于对照组 ( $P = 0.0153$ ), “上举、内收、旋转”复位法疗效优于传统足蹬牵引法。

## 3 讨论

**3.1 足蹬牵引复位法** 传统的足蹬牵引复位法至今仍是临床常用的治疗肩关节脱位的闭合复位手法。足蹬法意在沿上肢纵轴持续牵拉, 使肩关节周围痉挛的肌肉松弛, 嵌紧的脱位肱骨头松动, 处于锁骨

表 2 两组肩关节脱位患者治疗前后 VAS 评分比较  
( $\bar{x} \pm s$ , 分)

Tab.2 Comparison of VAS score of patients with shoulder dislocation between two groups before and after treatment  
( $\bar{x} \pm s$ , score)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	60	6.78±1.27	3.76±1.05
对照组	60	7.14±1.30	5.67±1.15
t 值	-	1.534 4	8.881 0
P 值	-	0.127 6	0.014 2

下、喙突下的肱骨头便可回到关节孟水平,再逐步外旋上肢并轻度内收即能复位。然而这种复位手法对有些锁骨下、喙突下型肩关节前脱位,如肱骨头被肩周痉挛的肌肉卡住时,往往难以奏效。其主要原因是由于脱位后疼痛所致肩周肌肉高度痉挛发生交锁,突破口卡住肱骨头呈弹性固定,肱骨头无法进入。此时如果是关节囊前缘破裂很可能造成部分软组织随肱骨头复位而嵌入关节内,复位后肩关节仍有疼痛,日后关节纤维粘连致肩关节功能受限。

**3.2 “内收、上举、旋转”法整复肩关节脱位** 采用此法可消除以上影响因素而使复位成功: ①上臂上举后,可使肩部肌肉和关节囊破裂口松弛,有利于解脱嵌顿的肌腱,减少肱骨头大结节与关节孟的挤压力,利于肱骨头复位。还可使得脱位后闭合的关节囊及周围组织扩张形成负压空洞,从而对肱骨头产生吸引作用,加之肱骨头外侧肌肉、肌腱等软组织的张力挤压及牵引的力量,所形成的轴向运动亦促使肱骨头复位。②肩关节脱位多于外展后伸位发生,复位时采用肱骨小范围的环转运动可使关节周围的软组织松弛,松解嵌夹于孟头之间的软组织,便于使肱骨头找到脱出口,使肱骨头顺利复位。③在牵引基础上,轻轻左右摇摆前臂使上臂反复做内外旋转动作,有助于推动肱骨头的复位。在外旋时,肱二头肌腱、关节囊破裂口及肩袖结构进一步放松,有利于充分牵引肱骨头至关节孟边缘;内旋时,由于肩袖、关节囊等肩周肌肉、韧带的张力作用,帮助牵拉肱骨头滑

向关节腔。所以,上举内收旋转 1 次复位成功率较传统方法高。同时在牵引下轻轻做反复内外旋转上臂的动作本身就操作轻柔,不但安全性提高,而且由于肱骨头的局部旋转活动,对周围肌肉及韧带、关节囊起到按摩、理筋的作用,不但有利于解除肌腱、肌肉及关节囊等对肱骨头的嵌顿和阻挡,甚至可使陈旧性脱位的肩周组织粘连及肌肉痉挛也得到良好的缓解和解除<sup>[4]</sup>。而且局部按摩可抑制肌肉痉挛,松弛肩袖、关节囊及韧带等软组织,从而缓解复位过程中肩部软组织疼痛。

该方法无须对患者进行麻醉,无须助手及特殊器械,合力集中,省时省力,轻松便捷,1 次复位成功率高,损伤少,安全性高,操作简单,对术者的体力要求相对较低,可随时随地施行,避免医源性损伤。同时,患者痛苦小、花费低。因此,本疗法适用于各型肩关节脱位的现场急救,患肢功能恢复快,手法轻重得当,应进行深入研究。

参考文献

[1] 许建国,许鑫,吴静,等. 肩关节后脱位 2 例临床报道[J]. 中国骨伤,2012,25(4):344.  
Xu JG,Xu X,Wu J,et al. Clinical reports of two cases of posterior dislocation of shoulder joint[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma,2012,25(4):344. Chinese.

[2] 杨毓华,王友和. 中西医临床骨伤科学[M]. 北京:中国中医药出版社,1998:397-402.  
Yang YH,Wang YH. Clinical Orthopaedics of Integrated Western and Chinese Medicine[M]. Beijing:Chinese Press of Traditional Chinese Medicine,1998:397-402. Chinese.

[3] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:73.  
JiangXY,Wang DW. Therapeutic Evaluation Criteria of Orthopaedics[M]. Beijing:People's Medical Publishing House,2005:73. Chinese.

[4] 钟冲,陈文龙,郭振平,等. 改良靠背椅复位法对疼痛影响的研究[J]. 中国中医急症,2010,19(11):1859-1860.  
Zhong C,Chen WL,Guo ZP,et al. Effect of improved the arm-chair reset method on pain relieve[J]. Zhongguo Zhong Yi Ji Zheng,2010,19(11):859-1860. Chinese.

(收稿日期:2012-09-19 本文编辑:连智华)