



• 临床研究 •

零度位牵引法治疗手牵足蹬法复位失败的肩关节前脱位疗效观察

周志勇 (醴陵市中医院骨伤一科 湖南株洲 412200)

摘要: **目的** 探讨肩关节前脱位采用手牵足蹬法复位治疗失败的病例应用零度位牵引法补救的效果。**方法** 选择肩关节前脱位应用手牵足蹬法治疗失败的患者 120 例, 均为我院骨科 2015 年 2 月与 2016 年 2 月收治, 采用零度位牵引法补救治疗。**结果** 本组 120 例患者, 在非麻醉状态下, 行零度位牵引一次徒手复位成功 117 例, 占 97.5%; 3 例对徒手复位拒绝, 零度位牵引法在臂丛麻醉下实施, 达一次成功复位, 均无并发症。安排 2-24 个月随访, 复发脱位 2 例, 通过再行零度位牵引法治疗好转。评估肩关节功能, 相较治疗前, 治疗后 Neer 评分显著提高, 具统计学差异 ($P < 0.05$)。**结论** 针对临床收治的肩关节前脱位采用手牵足蹬法复位治疗失败的病例, 采用零度位牵引法进行补救治疗, 具较高的一次性徒手复位成功率, 且较为安全, 肩关节功能可理想恢复, 具有非常重要的开展价值。

关键词: 零度位牵引法 手牵足蹬法 肩关节前脱位

中图分类号: R274.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 08-120-02

肩关节脱位为临床骨科领域常见损伤类型, 其中较常见的为肩关节前脱位, 多由间接暴力导致, 依据肱骨头脱位后所处的位置, 可按锁骨下型、喙突下型、孟下型划分, 对合适的复位方法进行选择, 是保障患者获得良好康复效果的关键。以往多采用手牵足蹬法行复位治疗, 此法操作简单, 但需术者用持续较强的牵引力, 才可将肩周肌肉痉挛的情况解除, 有较高肋骨骨折、腋神经损伤风险。而零度位牵引法可有效规避和弥补上述不足, 具较高的徒手一次复位成功率, 安全性理想, 应用价值较为显著^[1]。本次研究选择肩关节前脱位行手牵足蹬法复位失败的病例, 应用零度位牵引法治疗, 取得了理想成效, 现回顾结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择肩关节前脱位应用手牵足蹬法复位治疗失败的患者 120 例, 男 78 例, 女 42 例, 年龄 20-64 岁, 平均 (34.2 ± 2.8) 岁, 病程平均 (5.2 ± 2.3) h; 右肩 54 例, 左肩 66 例。首次脱位 108 例, 复位脱位 12 例。依据肱骨头在脱位后所处的位置分型: 锁骨下型 15 例, 孟下型 18 例, 喙突下型 87 例。患者对本次实验均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 协助病例取仰卧位, 医师于患侧站立, 双手握其腕部, 作外展操作, 并对患肢轻柔外旋, 持续牵引缓慢移至患者头侧, 沿肩胛骨平面对患肢行外展上举动作至零度位, 即 $130^\circ - 140^\circ$, 行持续牵引操作, 时间在 1-2min 左右, 可对患肢做轻微抖动动作, 并行内外旋转, 可对复位操作时的弹跳感触及, 后将患肢内收内旋于胸前处。完成复位操作后, 对方肩畸形进行检查, 呈消失显示, 观察杜氏征为阴性, 弹性固定消失, 肩关节活动得以改善。若受术者肌肉较发达, 医师可行 3-5min 的持续牵引操作, 或由助手于受术者患侧腋窝处, 对肱骨头用掌根轻柔向外上方推按, 以可达复位成效, 常规复位后, 将患肢于胸位贴放, 悬吊颈腕处制动。

1.2.2 原并发症处理: 有无移位的肱骨外科颈骨折合并者, 可应用夹板行外固定操作, 并悬吊制动 4 周; 有关节孟骨折合并者, 应用保守的方案治疗, 制动同上; 有同侧桡骨远端骨折合并者, 需在完成手法复位后, 应用夹板行 5 周的外固定, 于胸位贴放, 安排 3 周的悬吊制动; 有无移位同侧胫骨平台骨折合并者, 采用高分子石膏予以固定, 时间为 4 周。

1.2.3 术后处理: 对肩关节行 X 线正位片复查, 以对复位情况掌握, 依据需要, 可行 CT 三维重建, 以对有肱骨大结节骨折块合并的复位情况复查, 了解关节孟边缘撕脱骨折或肱骨头压缩骨折的情况。若大结节骨折块表现为向后方轻度移位, 可胸部夹枕, 置上臂于旋转中立位并行固定操作。固定时间通常为 2-8 周, 期间指导患者行手指及腕部功能锻炼, 将固定解除后, 渐行主动功能锻炼。骨折发生早期可取消肿痛、活血祛瘀中药应用, 中后期可取舒筋活络中药应用。

1.3 观察指标

(1) 肩关节功能: 采用 Neer 评分标准评定, 总分 100 分, 其中

解剖结构重建占 10 分, 疼痛占 35 分, 活动度占 25 分, 功能占 30 分。优: 分值范围为 90-100 分; 良: 分值范围为 80-89 分; 可: 分值范围为 70-79 分; 差: 分值 < 70 分。

1.4 统计学分析

采用 spss13.0 统计学软件, 组间计量数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验, 计数资料行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 具统计差异。

2 结果

本组 120 例患者, 在非麻醉状态下, 行零度位牵引一次徒手复位成功 117 例, 占 97.5%; 3 例对徒手复位拒绝, 零度位牵引法在臂丛麻醉下实施, 达一次成功复位, 均无并发症。安排 2-24 个月随访, 复发脱位 2 例, 通过再行零度位牵引法治疗好转。评估肩关节功能, 相较治疗前, 治疗后 Neer 评分显著提高, 具统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 治疗前后肩关节功能评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	n	Neer 评分
治疗前	120	$84.3 \pm 2.1^*$
治疗后	120	62.3 ± 1.6

注: * $P < 0.05$ 。

3 讨论

手牵足蹬法为临床常用对肩关节前脱位进行治疗的一种方法, 是通过医师足底的蹬持和持续双臂牵引动作对抗, 达到被动促肩周肌群放松, 将疼痛性痉挛解除的目的, 并经对肱骨近端外旋, 以使局部存在的绞锁现象解除, 后再通过足跟将肱骨头向外侧推挤, 并对上臂内旋内收, 以完成对关节的复位^[2-3]。此方法在麻醉状态下开展, 以取得一定成效, 但门诊急诊通常为非麻醉状态下实施, 故成功率居较低水平。且在操作时发现, 在应用上手法对肩关节前脱位治疗时, 对医师体力和臂力均有较高的要求, 此外, 操作技术还需娴熟, 复位经验需丰富, 且患者可耐受疼痛配合, 才可起到一定作用。若患者肩部肌肉发达, 则需延长牵引的时间, 医师较难对牵引力维持, 匆忙完成复位操作, 预后多不佳^[4-5]。

肩关节零度复位为 1961 年由 Saha 提出的一项骨科复位概念, 指外展上举肩关节至 $135^\circ - 155^\circ$, 并保持冠状前屈于 $40^\circ - 45^\circ$, 肩袖、肱骨长轴、肩胛冈在此种状态下呈共轴显示, 肩盂对肱骨头有承托作用, 使肱骨干于旋转中立位保持, 肩周肌群所具有的肌电活动在此种位置上呈较低显示, 可起到松弛休息目的。于零度位对关节前脱位行持续牵引操作时, 肩周肌群较为松弛, 可使肌肉疼痛和痉挛得到有效缓解^[6-7]。另外, 受位置关系的影响, 易解锁孟唇及肱二头肌长头腱等关节内结构存在的嵌顿问题, 将对复位构成阻碍的机械性因素去除^[8]。同时, 因零度位牵引对机体造成的干扰较小, 疼痛程度较轻, 患者有更高的遵医依从。此外, 医生易对牵引力维持, 可顺畅完成复位, 降低了腋神经损伤、孟唇损伤等并发症几率。结合本次研究结果示, 本组 120 例患者, 在非麻醉状态下, 行零度位牵引一次徒手

(下转第 123 页)



3 讨论

高血压脑出血是高血压严重合并症体现,也是临床高血压猝死和致残的主因。基底节区部位是高血压脑出血最常见的部位,也是对患者生存和生活质量提高硬性最严重的部位。特重型基底节区高血压脑出血必须实施气管切开术,才能挽救生命,而临床对其治疗的具体期限,也成为其预后的主要因素。

本研究的早期气管切开手术应用效果表明,观察组患者的临床疗效94.12%(16/17)明显高于对照组患者的临床疗效76.47%(13/17);观察组患者平均住院时间、住院平均开支、运动恢复指数、认知程度恢复等级上均优于对照组患者。在早期治疗和常规治疗这一应用对比上,凸显了其显著的治疗成效。

早期气管切开后在特重型基底节区高血压脑出血术后的应用价值在于:救治率高,能够有效的提升患者的生存率,能够有效的降低肺部感染等多种并发症的发生率,改善患者的生活质量^[1]。早期气管切开后能够有效减轻特重型基底节区高血压脑出血术后患者运动功能障碍程度,减少患者的并发症^[2]。早期气管切开后在特重型基底节区高血压脑出血术后治疗具有显著的临床疗效和远期治疗效果,对患者的预后生存质量提高和并发症感染等有着直接的影响^[3]。基底节区是高血压脑出血最常见的出血部位,主要在壳核,占高血压的半数以上^[4]。高血压脑出血死亡率较高,预后差,特别是出血量较多且伴有脑疝形成患者,如果不及时采取手术或手术方式不当,患者生存几率较小或预后很差。采用早期气管切开术的治疗效果极佳。

综合本研究的治疗报告和上述学者的研究结果证实,早期气管切

开在特重型基底节区高血压脑出血术后的应用疗效确切,不仅实现了确切的临床治疗总有效率,且在特重型基底节区高血压脑出血患者中,对其血肿区和血肿量的多少都有明确标示,对患者的预后起着决定性的作用,也以其创伤小、操作简单等优点,解除脑受压和缓解颅内压增高。早期气管切开术,对食管损伤、皮下气肿、气胸、急性肺水肿、食管食管瘘等近期并发症和较高的气道狭窄、拔管困难、气管内脓痂或肉芽肿形成、肺部感染、纵隔气肿及纵膈炎等较远期的并发症具有较好的防治作用。

综上所述,早期气管切开后在特重型基底节区高血压脑出血术后的应用疗效确切,具有较高预后恢复力以及较少的并发症发生率,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王红东.早期气管切开后在特重型基底节区高血压脑出血术后的应用效果[J].临床医学,2016,36(10):91-92.
- [2] 巨涛,刘增强,刘文刚等.早期气管切开后对特重型基底节区高血压脑出血术后病人运动功能障碍及并发症的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(20):2440-2442
- [3] 赵文校,申江.早期气管切开后在特重型基底节区高血压脑出血术后的临床和远期效果浅析[J].吉林医学,2014,35(10):2139-2140.
- [4] 李传友,陈凤国.侧裂入路显微手术治疗危重型高血压基底节区脑出血[J].临床心身疾病杂志,2011,17(4):365-366
- [5] 龙勇.个体化微创手术治疗高血压基底节区出血临床研究[D].遵义医学院,2014

(上接第119页)

不仅术后给患者带来的痛苦少,还能有效促进患者的功能恢复。

综上所述,对创伤性复发性肩关节前脱位患者实施关节镜手术方式治疗,可以有效增加患者的肩关节活动情况,且利于减轻病症疼痛感,值得在临床治疗中推广应用。

参考文献

- [1] 刘芳,赵增强,黄松涛.膝关节损伤患者行关节镜术后的早期康复护理[J].中国医药指南,2015,13(1):279-279.

(上接第120页)

复位成功117例,占97.5%;安排2-24个月随访,复发脱位2例,通过再行零度位牵引法治疗好转。评估肩关节功能,相较治疗前,治疗后Neer评分显著提高,具统计学差异($P<0.05$)。

综上,针对临床收治的肩关节前脱位采用手牵足蹬法复位治疗失败的病例,采用零度位牵引法进行补救治疗,具较高的一次性徒手复位成功率,且较为安全,肩关节功能可理想恢复,具有非常重要的开展价值。

参考文献

- [1] 储小兵,刘福存,童培建.肩关节前脱位合并大块型大结节撕脱骨折手法整复继发医源性肱骨近端骨折[J].临床骨科杂志,2014,17(1):105.
- [2] Maity A,Roy DS,Mondal BC.A prospective randomized clinical trial comparing FARES method with the Eachempati external rotation method for reduction of acute anterior dislocation of

- [2] 周亚秋.关节镜下肩袖肌腱重建前交叉韧带术后的康复与护理[J].中国伤残医学,2015,23(4):158-159.

- [3] 付卫杰,许红生,孟位明等.关节镜下带线锚钉紧缩内侧支带治疗急性髌骨脱位[J].临床骨科杂志,2015,18(1):66-66.
- [4] 何克.关节镜下外侧支持带松解加软骨成形治疗中青年人髌骨外侧高压综合征[J].西南军医,2016,18(3):214-216.
- [5] 詹祖锋,刘晓霞.关节镜下清理和钻孔治疗膝关节软骨退变的疗效分析[J].组织工程与重建外科,2015,11(2):107-109.

shoulder[J].Injury,2012,43(7):1066-1070.

- [3] 王立强,宋新波,侯志勇,等.改良靠背椅复位法与手牵足蹬法临床比较[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(11):196-197.
- [4] 党建军.肩关节脱位手法复位35例[J].陕西医学杂志,2014,43(12):1657-1658.
- [5] Sahin N,Atici T,Ozlan y,et al.A comparison of the scapular manipulation and Kocher's technique for acute anterior dislocation of the shoulder[J].Eklem Hastalik Carrahisi,2011,22(1):28-32.
- [6] 王海州,高俊,谢杰伟,等.肩关节前脱位手牵足蹬复位法的分析与体会[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(5):39-40.
- [7] 李志华,丘青中.悬垂踩蹬复位法结合外展旋位固定治疗初发性肩关节脱位40例[J].中医药导报,2012,18(6):6-8.
- [8] 王立强,宋新波,侯志勇.改良靠背椅复位法与手牵足蹬法临床比较[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(11):196-197.

(上接第121页)

参考文献

- [1] 张杰,陈婧,张谨芬等.结直肠金属支架置入术对左半结肠癌所致肠梗阻的治疗价值[J].中华消化内镜杂志,2012,29(2):85-87
- [2] 刘健.结肠癌所致肠梗阻手术治疗的临床观察[J].心理医生,2015,21(21):144-145.
- [3] 张雪峰.结肠癌所致肠梗阻手术治疗的临床疗效分析[J].当代医学,2016,22(6):91-92.

- [4] 尹宏升.手术治疗结肠癌所致急性肠梗阻53例疗效观察[J].临床合理用药杂志,2011,04(19):96.

- [5] 张超.左半结肠癌所致急性肠梗阻32例手术治疗分析[J].中国医药指南,2012,10(18):536-537
- [6] 唐余根,袁锦华.结肠癌致肠梗阻14例手术治疗体会[J].中国现代医学杂志,2012,22(31):95-96.
- [7] 薛峰,赵婷,马树民等.手术治疗结肠癌导致的肠梗阻[J].中国保健营养(下旬刊),2014,24(7):3936-3937.