

外旋复位法联合中药内服 治疗急性肩关节前脱位30例

王茜¹, 王林华², 谢心军²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察外旋复位法联合中药内服治疗肩关节前脱位的临床疗效。方法: 选取急性肩关节前脱位患者60例, 随机分为治疗组和对照组各30例, 治疗组采用外旋复位法治疗, 对照组采用手牵足蹬法治疗, 2组患者均配合内服桃红四物液。结果: 2组VAS评分治疗前后组内比较及治疗中组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组疼痛消失时间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组术后并发症发生率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 外旋复位法治疗肩关节前脱位, 较手牵足蹬法简单, 治疗过程中的疼痛较轻, 术后并发症少, 恢复时间快, 值得临床推广应用。

[关键词] 肩关节前脱位; 外旋复位法; 桃红四物液

[中图分类号] R274.947 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.037

肩关节是全身最灵活的关节, 肩关节的结构特点使其不足以维持其关节的稳定性, 故肩关节脱位在全身关节脱位中发病率最高, 占全身四大关节(肩、肘、髋、膝)脱位的40.1%, 而其中又以前脱位最常见^[1]。肩关节前脱位多是由于传达暴力及杠杆作用力使肱骨头向前脱位所致。手法复位是治疗肩关节脱位的最有效、简便的方法。治疗肩关节前脱位的复位手法有很多种, 如手牵足蹬法、牵引推拿法、椅背整复法、膝顶推位法、拔伸托入法等。笔者采用外旋复位法联合口服湖南中医药大学第一附属医院自制中药复方合剂桃红四物液治疗肩关节前脱位30例, 收到较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年2月至2017年6月湖南中医药大学第一附属医院就诊的急性肩关节前脱位患者60例, 采用随机数字表法分为治疗组

和对照组各30例。治疗组中, 男18例, 女12例; 左肩关节脱位14例, 右肩关节脱位16例。对照组中, 男15例, 女15例; 左肩关节脱位12例, 右肩关节脱位18例。2组患者性别、年龄、部位及病程等资料比较, 差异无统计学($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《骨与关节损伤》^[2]拟定。(1)有明确外伤史, 伤后24h之内;(2)肩部疼痛、肿胀, 肩关节活动受限;(3)方肩畸形、肩部空虚感、可触及异位肱骨头, 弹性固定于外展位 $20^\circ \sim 30^\circ$, 搭肩试验(Dugas征)阳性, 直尺试验阳性;(4)X线片提示肩关节前脱位(包括喙突下脱位、锁骨下脱位、胸腔内脱位和孟下脱位)。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医正骨学》^[3]拟定。中医辨证为脱位初期气滞血瘀证, 伤后2周内, 患肢肿胀疼痛, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦或涩。

参考文献

- [1] 韦鹏翔. 中国中西医实用神经外科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 408-413.
- [2] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2014: 380-381.
- [3] 杨树源, 杨新宇. 急性脑创伤后继发性神经细胞损伤的研究进展[J]. 中华神经外科杂志, 2004(2): 15-19.
- [4] 易波, 李保林. 重度颅脑损害的脑保护治疗措施进展[J]. 中华神经创伤外科电子杂志, 2017, 3(2): 119-121.
- [5] 解温品, 秦士新. 自由基医学研究进展[J]. 中华损伤与修复

杂志, 2012, 7(2): 194-196.

- [6] Thannickal VJ, Fanburg BL. Reactive oxygen species in cell signaling[J]. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol, 2000, 279(6): L1005-L1028.
- [7] 孙树清, 吴中学, 张友平. 脑损伤后脑组织自由基变化的实验研究[J]. 首都医科大学学报, 2002, 23(3): 236-239.
- [8] 范小璇, 赵晓平, 张毅. 颅脑损伤相关疾病中医病名的规范性[J]. 西部中医药, 2016, 29(7): 54-57.

(收稿日期: 2018-02-02)

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用外旋复位法治疗。患者仰卧位,并鼓励患者尽量放松,术者握住患肢肘部及前臂,屈肘 90° ,使患肢肩关节缓慢外旋,以患者自觉疼痛最轻的体位为准,遇患者肌肉抵抗时,维持该体位待患者自觉疼痛抵抗消失后再缓慢用力外旋肩关节,如此反复,直至疼痛完全消失,感到响声时说明已复位。复查X线提示肩关节恢复正常结构。成功整复后,采用胸壁绑带固定,即患肢上臂保持内收、内旋位,并屈肘 $60^\circ \sim 90^\circ$,前臂紧贴胸前,用绷带将上臂固定在胸壁上,并使用前臂吊带将患肢前臂悬吊,固定2~3周。

2.2 对照组 采用手牵足蹬法。取仰卧位,术者位于患者的伤侧,两手握住伤肢腕部,术者同侧足跟伸入患者患侧腋下,另一腿伸直站地,先双手牵引患肢至少2min,再使患肢外展外旋,最后使其内收内旋,利用足跟为支点的杠杆作用,将肱骨头送入关节孟内,感到响声说明已复位。复查X线提示肩关节恢复正常结构。

2组患者在手法复位后配合口服桃红四物液复方合剂(棕色药液,每瓶250mL)2周,每次60mL,每天2次。成功固定后鼓励患者做手腕部及手指功能锻炼,1周后去除胸壁绑带,保留前臂吊带悬吊前臂,并开始练习肩关节屈伸活动;2~3周后去除前臂吊带,开始逐渐练习肩关节各方向主动功能锻炼,如左右开弓、双手举天、钟摆运动等^[4],4周内不提重物。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)观察2组患者疼痛消失时间,以开始手法复位时计时开始;(2)采用视觉模拟评分量表(VAS)对患者进行疼痛评估,分数越高,疼痛越明显,记录患者治疗前、中、后的疼痛分值;(3)观察术后并发症,记录患者有无神经损伤、血管损伤及撕脱骨折等术后并发症。

3.2 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料用 χ^2 检验,组内比较采用成组 t 检验,组间比较采用Wilcoxon秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组VAS评分及疼痛消失时间比较 2组VAS评分治疗前后组内比较及治疗中组间比较,差异均有统计学意义;2组疼痛消失时间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组疼痛消失时间及VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	VAS评分(分)			疼痛消失时间(min)
		治疗前	治疗中	治疗后	
治疗组	30	6.97 $\pm$ 1.10	1.54 $\pm$ 1.01 ^{ab}	1.47 $\pm$ 0.87 ^a	1.11 $\pm$ 1.28 ^b
对照组	30	6.42 $\pm$ 1.52	5.87 $\pm$ 1.33 ^a	2.21 $\pm$ 0.56 ^a	5.02 $\pm$ 3.44

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3.3.2 2组术后并发症发生率比较 2组术后并发症发生率比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组术后并发症发生率比较(n)

组别	n	神经损伤	血管损伤	撕脱性骨折	术后关节粘连	总发生率(%)
治疗组	30	0	0	0	0	0.0 ^a
对照组	30	2	0	3	0	16.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

肩关节是典型的球窝关节,头大盂浅、关节囊薄而松弛的静力性稳定结构可保障肩关节运动的灵活性,而组成肩袖的腱纤维及周围肌肉的腱纤维和关节囊纤维相交织的动力性稳定结构能够维持肩关节的稳定性,加上关节腔内的负压及肱骨头和关节盂之间的黏滞力也使肩关节不易分离^[5]。肩关节脱位多由间接暴力引起,外力使肱骨头顶压,而肩关节囊的下壁因缺乏肌腱、韧带的加固,相对最为薄弱,因此极易引发肩关节前脱位^[6],丧失肩关节的活动功能。手法复位是治疗肩关节脱位最简便最快捷的方法,方法多种多样,如拔伸托入法、手牵足蹬法、膝顶推挤法、椅背整复法等^[7],其实质均以“对抗牵引”“顺原路返回”为整复原理,利用重力、杠杆作用力或牵引力进行整复^[8]。笔者尝试采用外旋复位法联合内服桃红四物液治疗急性肩关节前脱位取得了满意的临床疗效。

肩关节脱位最早在《阴阳十一脉灸经》中就有记载,唐代蔺道人在《仙授理伤续断秘方》中介绍了“肩甲骨出”的椅背复位法,此法一直沿用至今,可见古代医家对后世诊治肩关节脱位的影响很大。在中医正骨学中,目前最常用的就是椅背复位法和手牵足蹬法。但椅背复位法在牵引肩部肌肉时需很大力量,且腋下易与复位椅杠杆支撑点发生挤压摩擦,进而损伤腋下血管或肩关节囊韧带^[9]。而手牵足蹬法虽操作简单,节省人力,但对于上臂肌肉发达者,复位医师则需要较大的力量才能完成^[10],并且用力不当可能会造成神经和血管的损伤,老年人骨质疏松患者甚至造成应力骨折^[11]。

肩关节脱位的五大治疗原则之一就是“巧妙复

位”,外旋复位法正好体现了这个“巧”字,此法在复位操作过程中缓慢、柔和,巧妙运用了前臂的杠杆作用特点,使肱骨头复位。与以上 2 种传统方法相比,其对肩关节周围软组织损伤小,复位过程中痛苦较少,操作简单,对术者力量要求较小,安全度高,并发症少。本法操作时不仅减少了牵引时所需的力量从而减少了牵引时对肌腱、神经一过性牵拉和骨质的损伤,还降低了对杠杆作用支点的受力,减少了对骨骼支点处血管及韧带的损伤,从而大大降低医源性损伤的发生。经观察,本法在治疗肩部及上臂肌力较强的脱位、年老衰弱患者的脱位及合并肱骨大结节撕脱性骨折的脱位有其独到的优势。

中医正骨注重“内外兼治”,伤后肢体经脉损伤,瘀血阻络,气血运行不畅,不通则痛,故发为肿胀疼痛。治疗需先纠正其受损的经脉位置,再根据脱位的三期辨证,早期运用活血化瘀、行气止痛汤药调理全身气机。基于以上理论,笔者在手法复位之后均运用有活血化瘀之功效的桃红四物液内服,以期达到更好的疗效。桃红四物液是湖南中医药大学第一附属医院院的自制中药复方合剂,以经典名方桃红四物汤为原方,治以活血化瘀、行气止痛。应用于临床治疗筋伤骨折数余年,取得了满意疗效。方中以活血破血之桃仁、红花为君药,突出其活血化瘀之功效;以甘温之熟地、当归滋补肝肾之阴,养血调经,通达气机;以川芎行气活血,以助君药活血之功,即气行则血行,通则不痛。诸药合用使瘀血祛,新血生,共奏血活、气行、肿消、止痛之功效。

因此,在针对急性肩关节前脱位的治疗时多采

用外旋复位法联合桃红四物液口服,在治疗过程中不仅确保了良好的治疗效果,还兼顾了患者的疼痛耐受力,尽量尽早解除患者的病痛,不失为一种科学有效的治疗手段,值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] Chen CL, Chiu SL, Chu CL, et al. Tragic result of traditional Chinese medicine manipulation: an unusual case report of bilateral anterior shoulder dislocations [J]. BMC Complement Altern Med, 2015, 15(1): 1-4.
- [2] 王亦聰. 骨与关节损伤(2版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 790.
- [3] 黄桂成, 王庆普. 中医正骨学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012: 207.
- [4] 陈建慧, 喻勤军, 张孔彬, 等. 改良 Milch 法治疗急性肩关节前脱位[J]. 中医正骨, 2013, 25(8): 53-54.
- [5] 张文扬. 侧卧位肩前屈整复法治疗肩关节脱位[J]. 甘肃中医, 2005, 2(11): 1084.
- [6] 邓永, 程加峰. FARES 法与 Hippocrates 手法复位肩关节脱位的比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2015, 30(9): 983-985.
- [7] Maity A, Roy DS, Mondal BC. A prospective randomised clinical trial comparing FARES method with the Eachampati external rotation method for reduction of acute anterior dislocation of shoulder [J]. Injury, 2012, 43(7): 1066-1070.
- [8] 李彬, 陈巍, 李宜隆, 等. 肩关节脱位的手法治疗进展[J]. 中国医药指南, 2013, 11(21): 439-440.
- [9] 穆舟燕, 李岳君. 拔伸托入法与拔伸足蹬法治疗肩关节前脱位的效果分析[J]. 现代实用医学, 2016, 28(9): 1197-1199.
- [10] 李昊阳, 李金良, 辛兆旭, 等. 单人足蹬法复位与双人手法复位治疗肩关节脱位 56 例体会[J]. 黑龙江医药科学, 2010, 33(3): 42-43.
- [11] 邢加辉, 王为民, 王文路, 等. 改良椅背复位法治疗较强肌力肩关节脱位 30 例[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(10): 1470-1472.

(收稿日期: 2017-11-15)

(上接第 78 页)

参考文献

- [1] 徐子刚. 儿童常见皮肤病[J]. 中华全科医师杂志, 2007, 6(7): 401-403.
- [2] Egawa G, Kabashima K. Multifactorial skin barrier deficiency and atopic dermatitis: Essential topics to prevent the atopic march [J]. Journal of Allergy & Clinical Immunology, 2016, 138(2): 350-358.
- [3] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国特应性皮炎诊疗指南(2014 版)[S]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(7): 603-606.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 147.
- [5] 王晓玲, 赵天恩, 张喜芹. 简体中文版皮肤病生活质量指标信度和效度初探[J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(9): 791-793.
- [6] 陈德宇. 中西医结合皮肤性病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.

- [7] Otsuka A, Nomura T, Rerknimitr P, et al. The interplay between genetic and environmental factors in the pathogenesis of atopic dermatitis [J]. Immunological Reviews, 2017, 278(1): 246-262.
- [8] Kumokawa T, Hirata K, Sato K, et al. Dermal absorption of mucopolysaccharide polysulfate (heparinoid) in human and minipig [J]. Arzneimittel - Forschung, 2011, 61(2): 85.
- [9] 董妍, 曾维惠, 李文彬, 等. 他克莫司软膏治疗儿童特应性皮炎疗效和安全性的 meta 分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2017(4): 239-242.
- [10] 付曼妮, 解翠林, 石烟, 等. 他克莫司软膏联合氯雷他定片治疗特应性皮炎的临床疗效及机制研究[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(11): 2127-2130.
- [11] 吉晓欢. 探究 0.03% 他克莫司软膏联合地奈德乳膏治疗儿童特应性皮炎的临床效果[J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(8): 73-74.

(收稿日期: 2017-11-27)