

23. Balduini F C, et al. Sports Med 1987; 4: 346-380  
 24. Brostrom L, et al. Acto Chir Scandinavica 1966; 132: 537-550  
 25. Karlsson J, et al. J Bone and Joint Surg 1988; 70A: 581-588  
 26. Sjolin Su, et al. Foot and Ankle 1991; 12: 15-18  
 27. Gould N, et al. Foot and Ankle 1980; 1: 84-89  
 28. Evans DL, et al. Proc Roy Soc Med 1953; 46: 343-344  
 29. Bohari S G, et al. Foot and Ankle 1987; 7: 362-368  
 30. Snook G A, et al. J Bone and Joint Surg 1985; 67A: 1-7  
 31. Rechtine GR, et al. Orthopedics 1982; 5: 46-50  
 32. Riegler H F, et al. J Bone and Joint surg 1984; 66A: 336-339  
 33. Colville MR, et al. Am J Sports Med 1992; 20: 594-600  
 34. Colville MR, et al. J Bone and Joint Surg 1994; 76A: 1092-1102  
 35. Anderson ME. J Bone and Joint Surg 1985; 67A: 930-934

(收稿:1994-12-18)

## 肩关节零位皮牵引治疗肩袖损伤 20 例

福建漳州市中医院(363000)

朱洪民 杨源忠 蓝铁德 林乔龄 金时恩

1993 年 4 月~1994 年 6 月, 我们采用肩关节零位(Zero Position)皮牵引治疗肩袖损伤 20 例, 效果满意, 报告如下。

**临床资料** 肩袖损伤共 20 例, 经肩关节造影证实均系肩袖完全性破裂, 男 8 例, 女 12 例; 年龄 20~62 岁; 病史 1~35 天; 左肩 9 例, 右肩 11 例; 肩关节间接暴力外展位损伤 12 例, 内收位损伤 5 例; 肩峰处直接暴力损伤 1 例; 无明显外伤史 2 例; 合并肩关节前脱位并大结节骨折 2 例, 单纯大结节骨折 3 例。

**治疗方法** 病人仰卧于床上, 将一条宽 5cm 的胶布从肩部开始沿桡侧粘贴直到手指尖处, 经过一扩张木板后再向上粘贴于尺侧, 直到腋部。用绷带将胶布从肩到腕松紧适度地包缠起来。扩张板中央钻孔悬挂牵引重锤, 重量为 1~2kg。将患肩置于外展及上举各 155°位, 掌心向前, 牵引于床头牵引架上。一般持续牵引 2~3 周, 同时做床边活血化瘀、舒筋活络中药局部洗伤和肌肉收缩锻炼。解除牵引后配合肩部手法推拿及关节功能锻炼。合并肩关节骨折脱位者, 先行手法整复后, 再置于上述位牵引。

**治疗结果** 随访时间 1 月~1 年, 根据黄公怡的疗效评价标准<sup>[1]</sup>, 优 8 例, 良 10 例, 进步 2 例, 差 0 例。优良率 90%。

**讨论** 零位皮牵引的原理与优点: Zero 位是印度医生 Saha(1961)从生物力学角度提出的肩关节所处的特殊体位, 即在肩胛骨平面(与冠状面成 30°~50°角的平面)上臂上举 150°~155°位时即为肩关节的零位。零

位时肱骨的机械轴与解剖轴趋于一致, 而且与肩胛冈的轴线在同一直线上。在这个位置牵引时肱三头肌的张力增强, 肱三头肌托着肱骨头处于上举位。此时肩袖诸肌松弛, 有利于损伤的肌腱在低张力下修复和愈合, 避免了张力下疤痕愈合带来的后遗症。同时, 在解除牵引后又能充分利用肢体自身重力由外展位上举位下降到体侧, 容易完成关节功能的康复。如果上肢在下垂位发生“肩凝”, 要通过功能练习达到上举位就相当困难。因此, 本方法克服了保守治疗肩袖损伤将上臂悬吊于胸前而带来晚期肩关节上举困难的缺点。陈旧性损伤因肌腱裂口处疤痕组织的填充, 很难有自愈的可能。因此, 本方法适用于新鲜肩袖损伤。对于合并肩关节前脱位及/或大结节骨折的病人, 经及时手法复位后再予该方法治疗, 未发现对骨折脱位有不良影响。在牵引的同时, 做床边活血化瘀、舒筋活络中药局部洗伤及肌肉收缩练习, 有助于肌腱炎症消退及损伤的修复。解除牵引后, 配合手法推拿、肩关节功能锻炼这些辅助综合治疗, 对于加速关节功能的康复是很有益处的。在肩关节外展位上举位时, 臂丛神经容易发生牵拉损伤, 故在牵引过程中要注意观察手指的感觉、运动及血运情况, 以防止并发症的发生。本组病人未出现类似并发症。本组所用牵引的重量为 1~2kg, 这既能达到治疗目的, 又不致引起臂丛神经损伤。

### 参考文献

1. 黄公怡. 肩袖损伤. 中华骨科杂志 1993; 13(4): 242.  
 (收稿:1994-08-19)