

肩关节前脱位的外展复位法

江苏省镇江医学院附院(212001)

狄东华 袁盛茂 韦少亭 赵子予*

外伤性肩关节前脱位为骨科临床常见病、多发病。我们于 1991 年 2 月~1994 年 12 月用外展复位法治疗肩关节前脱位 40 例,效果满意,兹报告如下:

一般资料

本组 40 例。男性 28 例,女性 12 例;年龄以 17 岁~71 岁;伤后来院就诊时间,24 小时内 30 例,25 小时至 48 小时 6 例,48 小时以上 4 例,最长为 74 小时;入院前曾在外院或本院行传统手法复位次数,未治疗 26 例,复位 1 次失败 8 例,2 次失败 5 例,3 次失败 1 例;合并肱骨大结节撕脱骨折 9 例;合并肱骨外科颈骨折 1 例。治疗前后均有 X 线片证实。

治疗方法与结果

患侧肩关节一般不需麻醉或为了减轻疼痛可行血肿内麻醉或臂丛麻醉。患者侧卧位,患肩向上,术者立于患肩前方或后方,握于患肢腕部或前臂,逐渐使肩关节外展达 90°,轻度前屈位,持续牵引,力量以健侧肩部离开床面为宜。大部份患者经 3 分钟至 5 分钟牵引,即可成功复位。如仍未复位可牵引同时继续外展、外旋,即可感到肱骨头跳跃感,此时肱骨头已复入关节盂内。保持牵引下使患肢内收、内旋屈肘 90°、贴胸位固定。检查方肩畸形消失,Dugas 征(-),复查 X 片证实已复位。其中 9 例合并大结节撕脱,1 例合并外科颈骨折,经复位后,对位对线满意。本组 40 例均未使用麻醉,经外展复位治疗,一次成功。

讨 论

人体因受外伤瞬间保护性动作及肩关节局部解剖原因,多数肩关节囊前下部撕裂,肱骨头向前下方脱出,此已从理论及尸体解剖得到证实^[1,2]。以往的复位

方法很多,常用的 Hippocrates 法、Kocher 法及 Milch 法等治疗。使用侧卧位外展复位法治疗肩关节前脱位尚未见报道。

我们体会外展复位法:①可按原来肱骨头脱出的途径倒退回原处,符合复位原则。这不仅从脱位机理和损伤过程可以证明,而且可以从外展复位法中证实。本组 4 例病例,外展复位成功后稍放松牵引,则损伤过程重复出现,脱位复发。因此,一旦复位成功,必须保持牵引下内收、内旋、屈肘位固定。②肩关节外展,轻度前屈可进一步松开胸大肌、三角肌及肱二头肌等紧张,使肱骨头向前下部靠近,便于复位。③利用轻微力量就能达到复位目的。以足蹬法为例,牵引力量 W ,可分成水平分力 W_1 ,垂直分力 W_2 ,于人体所成夹角 α ,则 $W_1 = W \cdot \sin\alpha$ 当 $\alpha = 90^\circ$ 、即外展位时, W_1 最大等于 W 。④外展复位法仅利用患者自身重量作对抗牵引,疼痛轻,复位力量小,可避免血管神经损伤及骨折并发症的发生。⑤与 Milch 法复位原理相似,均适用于合并肱骨外科颈骨折者,但本法牵引重量容易掌握,且术者一人即可完成。

综上所述,我们认为,肩关节前脱位虽然有许多复位方法,但外展复位法简单、安全、且疗效确实,临床中不妨一试。

参考文献

1. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 天津:天津科学技术出版社 1988;412.
2. Nicola T. Recurrent dislocation of the shoulder. J Bone Joint Am 1953;86:85.

(收稿:1995-11-21)