

- (12) 王西建, 孙干. 静脉泵注右美托咪定联合超声引导下腰骶丛神经阻滞在髋部骨折手术中的镇静效果及认知安全性评价 (J). 现代医学, 2021, 49(2): 144-147.
- (13) 梅金香, 秦敏, 万军. 右美托咪定不同给药途径用于超声引导下腰丛-坐骨神经阻滞在踝关节手术的疗效观察 (J). 安徽医药, 2020, 24(8): 484.
- (14) 刘长琦. 右美托咪定与地佐辛联合超声引导下颈丛神经阻滞在甲状腺手术中的效果分析 (J). 医学影像学杂志, 2020, 30(1): 446.
- (15) 向许进, 耿智隆, 唐毅, 等. 静脉泵注盐酸右美托咪定对腰骶丛神经阻滞作用时间的影响 (J). 临床药物治疗杂志, 2020, 18(6): 509-513.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)20-0112-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.20.035

外展外旋复位法治疗肩关节脱位的临床效果

黄晓伟 胡陈贵 许益云

(福鼎市医院, 福建 福鼎 355200)

〔摘要〕 **目的:** 分析肩关节脱位治疗中外展外旋复位法的临床效果。**方法:** 回顾性选取2020年2月至2022年2月福鼎市医院诊治的80例肩关节脱位患者, 依据治疗方法分为观察组、对照组, 各40例。观察组患者运用外展外旋复位法、对照组患者运用手牵足蹬整复法, 比较两组患者复位成功情况、肩关节病发生情况、复发情况、疼痛程度、肩关节功能、并发症发生情况、治疗满意度。**结果:** 观察组患者的复位失败率(2.50%)低于对照组(20.00%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的复位时间、固定时间短于对照组, 肩关节病发生率、复发率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者治疗后的视觉模拟评分法(VAS)评分低于对照组, 肩关节评分高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的总有效率(97.50%)高于对照组(80.00%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率(2.50%)低于对照组(22.50%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的治疗满意度(92.50%)高于对照组(70.00%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 肩关节脱位治疗中外展外旋复位法的临床效果较手牵足蹬整复法好。

〔关键词〕 肩关节脱位; 外展外旋复位法; 手牵足蹬整复法

〔中图分类号〕 R 274.21 〔文献标识码〕 B

肩关节有滑膜关节囊包绕在其周围, 能够将良好的保护作用发挥出来^[1]。肩袖韧带共有4条, 分布在上、前、后, 其中上方韧带具有最大的作用^[2]。肩胛骨运动在人体运动中占有重要地位, 盂肱关节与肩胛骨运动会在其中任一肌肉群功能障碍的情况下发生异常, 促进一系列反应的发生^[3]。在人体中, 9%的肩关节损伤为肩关节脱位, 在对抗性运动项目中参与的运动员、青年是高发人群, 具有较高的发生率^[4-5]。本研究分析了肩关节脱位治疗中外展外旋复位法的临床效果, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年2月至2022年2月福鼎市医院诊治的80例肩关节脱位患者, 依据治疗方法的不同分为观

察组、对照组, 各40例。观察组年龄28~64岁, 平均(38.23±6.56)岁; 女性9例, 男性31例; 在脱位时间方面, 1~12h 16例, 13~27h 24例; 在脱位类型方面, 首次脱位35例, 习惯性脱位5例; 在脱位发生部位方面, 左肩10例, 右肩30例; 喙突下23例, 孟下14例, 锁骨下3例; 在并发疾病方面, 肱骨大结节撕脱性骨折10例, 肱骨外科颈骨折1例, 肋骨骨折1例; 在治疗次数方面, 首次36例, 再次4例。对照组年龄29~65岁, 平均(38.84±6.75)岁; 女性10例, 男性30例; 在脱位时间方面, 1~12h 17例, 13~27h 23例; 在脱位类型方面, 首次脱位34例, 习惯性脱位6例; 在脱位发生部位方面, 左肩11例, 右肩29例; 喙突下22例, 孟下13例, 锁骨下5例; 在并发疾病方面, 肱骨大结节撕脱性骨折11例, 肱骨外科颈骨折2例, 肋骨骨折1例; 在

〔收稿日期〕 2022-08-02

〔作者简介〕 黄晓伟, 男, 主治医师, 主要研究方向是肩关节脱位治疗。

治疗次数方面，首次 35 例，再次 5 例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1) 均有明确肩部外伤史；(2) 均符合肩关节脱位的诊断标准^[6]；(3) 均经 X 线片检查确诊；(4) 患者知情同意本研究。排除标准：(1) 有严重内科疾病；(2) 有恶性肿瘤；(3) 中途退出。

1.2 方法

1.2.1 对照组 让患者在硬板床上取仰卧位，医者在伤侧站立，两只手将患者伤肢手腕握住，前伸上肢使其垂直于躯干，并用足跟向患侧腋下伸入，双手对患肢进行牵引，首先外展外旋，然后内收内旋，逐渐用力拔伸牵引 3~5 min，向关节盂中挤入肱骨头。术后内收内旋患肢，对肘关节进行屈曲，悬吊三角巾。3 周后将外固定除去，对肩关节功能锻炼进行逐渐强化，与理疗有机结合。

1.2.2 观察组 让患者取仰卧位，屈肘垂直外展，逐渐垂直外旋，维持 5~8 min 左右，通常能够自然复位，无弹响感。如果不成功，则适当牵引，并用另一只手将顶肱骨头向上推，通常能够复位。术后内收内旋患肢，对肘关节进行屈曲，悬吊三角巾。3 周后将外固定除去，对肩关节功能锻炼进行逐渐强化，与理疗有机结合。

1.3 观察指标

随访 1 个月，比较两组患者的以下指标：(1) 复位成功情况。复位成功标准为 X 线片检查发现无方肩畸形，Dugas 征阴性^[7]；(2) 复位时间、固定时间、肩关节病发生情况、复发情况；(3) 疼痛程度、肩关节功能。采用视觉模拟评分法 (visual analogue scales, VAS)^[8] 评价疼痛程度，总分 0~10 分表示无痛到剧痛；采用肩关节 JOA 评分表^[9] 评价肩关节功能，总分 0~100 分表示差到优。(4) 并发症发生情况；(5) 治疗满意度。自制治疗满意度调查问卷，总分 0~100 分，分为不满意 (0~59 分)、较满意 (60~79 分)、很满意 (80~100 分) 3 项。治疗满意度 = (较满意 + 很满意) / 总例数 × 100%。

1.4 疗效标准

痊愈：治疗后患者无肩关节肿痛，具有正常的关节功能，能够持重，在各种劳动中参与，未复发，X 线片检查发现具有正常的肩关节位置；好转：治疗后患者具有较轻的肩关节肿痛、基本正常的关节功能，能够从事体力劳动，X 线片检查发现具有基本正常的肩关节位置；未愈：治疗后患者的肩关节肿痛没有减轻或加重，限制了关节功能，无法持重，X 线片检查发现肩关节仍然有脱位^[10]。总有效率 = (痊愈 + 好转) / 总例数 × 100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$

表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者复位成功情况比较

观察组患者的复位失败率为 2.50%，低于对照组的 20.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者复位成功情况比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	复位 1 次	复位 2 次	复位 3 次	复位成功	复位失败
对照组	13(32.50)	12(30.00)	7(17.50)	32(80.00)	8(20.00)
观察组	32(80.00)	7(17.50)	0(0.00)	39(97.50)	1(2.50) ^a

注：与对照组比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者复位时间、固定时间、肩关节病发生、复发情况比较

观察组患者的复位时间、固定时间短于对照组，肩关节病发生率、复发率低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2、表 3。

表 2 两组患者复位、固定时间比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s$)

组别	复位时间 /min	固定时间 /d
对照组	4.02 ± 0.56	19.85 ± 3.56
观察组	1.94 ± 0.22 ^b	12.23 ± 2.42 ^b

注：与对照组比较，^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者肩关节病发生、复发情况比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	肩关节病发生	复发
对照组	19(47.50)	10(25.00)
观察组	4(10.00) ^c	1(2.50) ^c

注：与对照组比较，^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者疼痛程度、肩关节功能比较

治疗后，两组患者的 VAS 评分低于治疗前，肩关节评分高于治疗前，且观察组患者的 VAS 评分低于对照组，肩关节评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者疼痛程度、肩关节功能比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	VAS 评分	肩关节功能评分
对照组	治疗前	6.06 ± 0.87	49.62 ± 7.41
	治疗后	3.52 ± 0.46 ^d	85.12 ± 9.10 ^d
观察组	治疗前	6.10 ± 0.96	49.23 ± 7.32
	治疗后	1.23 ± 0.24 ^{de}	94.23 ± 3.11 ^{de}

注：VAS 一视觉模拟评分法。与同组治疗前比较，^d $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^e $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者临床疗效比较

观察组患者的总有效率为 97.50%，高于对照组的 80.00%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表5 两组患者临床疗效比较 (n=40, n(%))

组别	痊愈	好转	未愈	总有效
对照组	20(50.00)	12(30.00)	8(20.00)	32(80.00)
观察组	25(62.50)	14(35.00)	1(2.50)	39(97.50) ^f

注: 与对照组比较, ^fP < 0.05。

2.5 两组患者并发症发生情况比较

观察组患者的并发症发生率为2.50%, 低于对照组的22.50%, 差异具有统计学意义(P < 0.05), 见表6。

表6 两组患者并发症发生情况比较 (n=40, n(%))

组别	疼痛性休克	臂丛神经损伤	肱骨外科颈骨折	总发生
对照组	4(10.00)	2(5.00)	3(7.50)	9(22.50)
观察组	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50) ^g

注: 与对照组比较, ^gP < 0.05。

2.6 两组患者治疗满意度比较

观察组患者的治疗满意度为92.50%, 高于对照组的70.00%, 差异具有统计学意义(P < 0.05), 见表7。

表7 两组患者治疗满意度比较 (n=40, n(%))

组别	很满意	较满意	不满意	满意度
对照组	8(20.00)	20(50.00)	12(30.00)	28(70.00)
观察组	11(27.50)	26(65.00)	3(7.50)	37(92.50) ^h

注: 与对照组比较, ^hP < 0.05。

3 讨论

在全身关节脱位中, 肩关节脱位具有最高的发病率, 其中最为常见的为前脱位。临床采用了很多整复方法, 临床疗效优劣和整复手法的选择关系密切。在肩关节脱位治疗中, 手牵足蹬整复法在患者腋下足蹬, 通过手拉对抗牵引, 较易复位, 在喙突下型或锁骨下型肩关节脱位中适用, 具有较为简便的操作, 能够节省人力等^[11]。但是, 如果青壮年具有发达的上臂肌肉或很难有效松弛, 那么术者就需要用较大力量, 且极易损伤神经血管, 而对老年骨质疏松患者来说, 极易有肋骨骨折、肱骨外科颈骨折发生, 从而促进神经损伤、腋部血管损伤等并发症的发生^[12]。为了将复位疗效提升, 将患者的痛苦减轻, 将并发症的发生减少, 将复发率降低, 就需要将更为有效的方法寻找出来^[13]。有研究表明^[14], 外展外旋复位法能够在极大程度上将肩关节脱位患者的复位次数减少, 将患者的复位消耗时间缩短, 并将患者复位过程中的疼痛感减轻, 术者不需要大力牵引, 大部分关节能够自然复位, 特别适用于高龄骨质疏松、具有强壮肌肉的患者。

本研究结果表明, 观察组患者的复位失败率、肩关节病发生率、复发率、VAS评分、并发症发生率低于对照组, 复位时间、固定时间短于对照组, 肩关节评分、总有效率、治疗满意度高于对照组, 差异均具有统计学意义(P < 0.05)。说明外展外旋复位法能够在一定程度

上减轻患者的痛苦, 对患者预后进行有效改善。因为外展外旋复位法与肩关节脱位向顺应, 这时肩部大部分肌肉较为放松, 向肩关节盂前方牵引肱骨头, 并将上肢逐渐外旋能够使肱骨头向前下方转向, 将肌腱交索肱骨头解除, 肱骨头经关节囊破裂处向关节盂中滑入, 从而有效恢复肱二头肌肌腱^[15]。综上所述, 肩关节脱位治疗中, 外展外旋复位法的临床效果较手牵足蹬整复法更好。

[参考文献]

- (1) 庄华伟, 蒋天成, 叶明旺. 外展外旋复位法治疗肩关节脱位的临床效果分析(J). 中外医疗, 2020, 39(21): 89-91.
- (2) 牛镜森, 董林. 肩关节脱位手法复位治疗进展(J). 中国民族民间医药, 2022, 31(4): 53-56.
- (3) 戴喜安, 梁卫东, 曾志奎, 等. 3D打印技术辅助下切开复位跟骨锁定钢板内固定治疗劈裂型肱骨大结节骨折(J). 中医正骨, 2022, 34(6): 69-72, 76.
- (4) 曹杨彬, 贺叶彬, 任一. 肩关节脱位伴肱骨大结节骨折两种内固定比较(J). 中国矫形外科杂志, 2022, 30(11): 1040-1053.
- (5) 罗杨, 王军松, 郭徽. 椅背复位法与Hippocrates法治疗急性肩关节脱位的疗效比较(J). 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(3): 284-286.
- (6) 冯立卫, 马三辉, 杨金丰. 双侧肩关节脱位致右侧肱骨外科颈骨折1例(J). 临床骨科杂志, 2021, 24(3): 396.
- (7) 汪喆, 彭飞, 李建平, 等. 解剖重建治疗肩关节脱位急性肱骨头压缩性骨折(J). 临床外科杂志, 2021, 29(11): 1059-1062.
- (8) 施林军, 吴聪聪, 姜丹生. 肩关节镜下双滑轮双排缝合技术治疗骨性Bankart损伤(J). 中医正骨, 2021, 33(8): 63-65, 70.
- (9) 钟名金, 彭亮权, 欧阳侃, 等. 关节镜下双排锚钉缝线桥技术治疗肩关节前脱位合并MutchI型肱骨大结节骨折(J). 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(1): 21-24.
- (10) 李兴艳, 刘雷, 杨业静, 等. 创新牵提复位法与手牵足蹬复位法治疗肩关节脱位疗效比较(J). 中国骨与关节损伤杂志, 2020, 35(9): 973-975.
- (11) 闫山英, 张新计, 李海婷, 等. 氧化亚氮吸入镇痛在肩关节脱位手法复位手术中的应用效果(J). 河北医药, 2020, 42(14): 2171-2174.
- (12) 刘印华, 余燕, 朱国新, 等. 肩关节前脱位手法复位48例(J). 武警医学, 2020, 31(12): 1067-1068.
- (13) 米萌, 张金明, 蒋协远, 等. 切开复位内固定治疗移位的陈旧性肱骨大结节骨折(J). 中华创伤骨科杂志, 2020, 22(11): 944-948.
- (14) 刘明, 钱宇航, 尹豫, 等. 肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位复位方式比较(J). 河北医科大学学报, 2020, 41(2): 223-225.
- (15) 方成, 甘泉, 江昭林, 等. 手法复位罕见肩关节脱位1例报道(J). 实用骨科杂志, 2019, 25(7): 668-669.