

# 涂氏推顶手法在肩关节前脱位中的疗效评价

张光祥 王永铭 程正亮

(安康市中医医院,陕西 安康 725000)

**摘要:**目的 评价涂氏推顶手法在肩关节前脱位中的疗效。方法 采用涂氏推顶手法治疗肩关节前脱位 26 例,均获得成功,并与传统足蹬法相比较,以评价其临床实用疗效。结果 治疗组 26 例一次性复位成功 25 例,成功率 96.15%,一例经二次复位成功,复位时间 2~6(4.11±1.83)min, VAS 评分 3~7(4.36±1.03)min,复位成功后一月肩关节 Constant 评分(97.33±2.09)分。结论 涂氏推顶手法具有操作简单,简便易学,患者医源性痛苦小,复位成功率高,并发症少等特点,值得临床推广。

**关键词:**肩关节前脱位;涂氏推顶手法;足蹬法

中图分类号:R244.1 文献标识码:A 文章编号:1672-0571(2019)01-0033-03

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2019.01.012

肩关节脱位临床上较为多见,其占全身大关节脱位的 50% 左右,其中肩关节前脱位约占肩关节脱位的 95% 以上<sup>[1]</sup>,其治疗多以手法复位为主,但复位手法不当不但加重患者痛苦,而且极易造成二次骨折及神经损伤等其他并发症,因此,笔者通过总结我院省级名中医涂世玉主任医师在肩关节前脱位中的推顶复位手法的疗效并加以评价,结果显示良好,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2014 年 3 月~2017 年 3 月总共入选病例 50 例,男 28 例,女 22 例。年龄 18~65 周岁,所有入选病例均为新鲜外伤引起的单纯肩关节前脱位,不包含任何部位骨折,病程 20 分钟~20 小时。所有患者均有肩关节肿胀,疼痛,弹性固定,搭肩实验阳性,明显方肩畸形,触及肩峰下关节窝空虚感。临床查体以及询问病史、影像学检查确保诊断确切。且复位前查体未见血管神经损伤。其中 26 例以涂氏推顶手法复位,24 例选择足蹬法复位。两组在性别、年龄、受伤时间比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 涂氏推顶手法复位(治疗组)** 患者仰卧于诊疗床上,术者立于患侧,若患者对疼痛较为敏感,可在复位前关节腔局部麻醉,以双手握住患肢前臂,屈肘 90°,使患肢逐渐外旋、外展 90°,上举过

肩,并将患肢平放于诊疗床上,此时术者以双手拇指在腋窝处触摸脱位的肱骨头并固定之,余四指固定于肩峰处,持续双拇指与余四指持续对抗用力,将脱位肱骨头向关节盂方向推顶,当双手有明显滑落感时,提示关节复位成功。

**1.2.2 足蹬法复位(对照组)** 患者取仰卧位与诊疗床,术者位于患者患肢一侧,面向患者,患者腋窝处垂直床面放置一卷软绵纸,然后以与患者患肢相同侧足底蹬与患者腋窝绵纸上。双手或单手握患者患肢腕部,角度外展,进行持续牵引。牵引时一定要持续、均匀用力,待感觉肩关节周围肌肉群松弛后,将患肢逐渐外旋并内收,肱骨头渐渐滑入关节盂内,可有明显滑动感或闻及弹响声,此时提示复位成功。

**1.3 术后处理** 肩关节脱位常合并关节囊、韧带、肌腱、骨与软骨损伤,手法复位成功后,必须给予制动。肩关节前脱位复位后应将患肢保持在内收内旋位置,以三角巾贴胸悬吊固定牢固,同时进行术后查体、影像学检查,以确保固定时关节复位良好,同时不会因固定过紧引起神经血管损伤。40 岁以下的患者宜制动 3~4 周,40 岁以上的中老年人可相应缩短。去除固定后逐步进行肩关节摇摆和旋转功能锻炼。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析。对两组复位过程中 VAS 评分、复位