椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位临床研究

倪坚正，刘爱民，赵勇

绍兴市中心医院医共体总院急诊医学科，浙江 绍兴 312030

［摘要］**目的：**观察椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位的临床疗效。**方法：**采用随机数字表法将60例肩关节前脱位患者分为观察组、对照组各30例。对照组采用舒筋活血汤加减联合手牵足蹬法治疗，观察组采用椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗。比较2组治疗前后视觉模拟评分法（VAS）评分、Constant-Murley肩关节功能评分；比较2组肩关节功能优良率、复位时间、1次复位成功率及不良反应发生情况。**结果：**观察组复位时间短于对照组（$P<0.05$），1次复位成功率高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组VAS评分明显低于治疗前（$P<0.05$），Constant-Murley肩关节功能维度（日常活动、疼痛、肌力、肩关节活动度）评分及总分均高于治疗前（$P<0.05$）；观察组治疗后VAS评分低于对照组（$P<0.05$），Constant-Murley肩关节功能评分高于对照组（$P<0.05$）。观察组肩关节功能优良率96.67%，高于对照组80.00%（$P<0.05$）。2组均未发生不良反应。**结论：**椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位疗效确切，能够缩短患者复位时间，改善患者疼痛及肩关节功能，安全性较高。

［关键词］肩关节前脱位；椅背屈肘复位法；舒筋活血汤；疼痛；肩关节功能

［中图分类号］R684.7 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）15-0085-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.15.015

Clinical Study on Chair Reduction Method Combined with Modified Shujin Huoxue Decoction for Anterior Shoulder Dislocation

NI Jianzheng, LIU Aimin, ZHAO Yong

Department of Emergency Medicine, General Hospital of the Medical and Health Services Community of Shaoxing Central Hospital, Shaoxing Zhejiang 312030 China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the therapy of the chair reduction method combined with modified Shujin Huoxue Decoction on anterior shoulder dislocation. **Methods:** A total of 60 patients with anterior shoulder dislocation were divided into the observation group and the control group according to random number table method, with 30 cases in each group. The control group was treated with modified Shujin Huoxue Decoction combined with arms-holding and legs-pushing-off method, and the observation group was treated with chair reduction method combined with modified Shujin Huoxue Decoction. The scores of Visual Analogue Scale (VAS) and Constant-Murley Score were compared before and after treatment between the two groups. The excellent- and-good rate of shoulder function, the reduction time, the success rate of one reduction and the occurrence of adverse reactions were also compared between the two groups. **Results:** The reduction time in the observation group was shorter than that in the control group ($P<0.05$), and the success rate of one reduction was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of VAS in the two groups were lower than those before

［收稿日期］2022-05-31
［修回日期］2023-05-09
［作者简介］倪坚正（1966-），男，副主任中医师，E-mail：nijianzheng33@163.com。

treatment ($P<0.05$), and the scores of each dimension of Constant–Murley Score, including daily activity, pain, muscle strength, and shoulder motion, and the total scores were higher than those before treatment ($P<0.05$); the scores of VAS in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and the Constant– Murley Score was higher than that in the control group ($P<0.05$). The excellent–and–good rate of shoulder function in the observation group was 96.67%, higher than that of 80.00% in the control group ($P<0.05$). No adverse reaction occurred in the two groups. **Conclusion:** The therapy of chair reduction method combined with modified Shujin Huoxue Decoction has a definite effect on anterior shoulder dislocation, which can shorten the reduction time of patients, improve their pain and shoulder joint function, with great safety.

Keywords: Anterior shoulder dislocation; Chair reduction method; Shujin Huoxue Decoction; Pain; Shoulder joint function

前脱位是肩关节脱位中常见的类型之一，多因持续暴力冲击、创伤等原因导致患者出现活动不便、肩关节疼痛、萎缩感等症状，若不及时治疗会出现修复效果不佳引发肩关节习惯性脱位，给患者日常生活造成严重影响[1-3]。目前临床常用手法复位及复位后外固定治疗，但传统的手牵足蹬法在复位过程中患者疼痛感明显，且容易损伤患者软组织，严重者甚至导致臂丛神经损伤及肱骨干、肋骨骨折[4]。椅背屈肘复位法是在手牵足蹬法基础上利用屈肘位下压肘窝牵引，能够放松肱二头肌，达到关节复位的复位方法[5-6]。本研究观察椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《实用骨科学》[7]中关于肩关节脱位的诊断标准。有明显的外伤史，肩部空虚感，触及异位肱骨头，且经X线检查、影像学检查确诊为单侧单纯肩关节前脱位。

1.2 辨证标准 参考《针灸学》[8]中气滞血瘀证的辨证标准拟定。肩部刺痛或胀痛拒按，部位固定不移，暮夜甚剧，舌紫暗或暗淡，有瘀斑，舌苔白或薄黄，脉涩或弦细。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准；年龄18~70岁；受伤至就诊时间≤24 h；未合并其他类型骨折；患者均同意参加本研究。

1.4 排除标准 合并其他损伤或骨折；习惯性肩关节脱位、陈旧性肩关节脱位或开放性肩关节脱位；合并严重心脑血管疾病、肝肾功能不全；合并同侧神经损伤或血管损伤；存在患侧肩关节慢性疼痛史；严重过敏体质或对中药成分过敏；不接受随访。

1.5 一般资料 选取2019年3月—2021年11月在绍兴市中心医院医共体总院就诊的60例肩关节前脱位患者作为研究对象，按照随机数字表法分为观察组、对照组各30例。观察组男19例，女11例；年龄44~70岁，平均(50.98±2.33)岁；受伤至就诊时间15~23 h，平均(19.18±1.84)h；部位：左侧18例，右侧12例；受伤原因：摔伤17例，交通事故伤10例，其他3例。对照组男20例，女10例；年龄42~67岁，平均(50.67±2.42)岁；受伤至就诊时间17~23 h，平均(19.27±1.65)h；部位：左侧20例，右侧10例；受伤原因：摔伤19例，交通事故伤9例，其他2例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2组均给予舒筋活血汤加减治疗，处方：桃仁、三七、生地黄、当归、泽兰、赤芍各10 g，红花、生甘草各5 g。随症加减：疼痛严重者加三棱15 g；发热者加蒲公英10 g。上述药物加水煎煮，取药汁500 mL，分2次服，每次250 mL，连续服用2周。

2.1 对照组 对照组在舒筋活血汤加减治疗基础上采用传统手牵足蹬法治疗。手牵足蹬法操作手法如下：以右侧肩关节前脱位为例，术者立于患侧，双

手握住患者腕部，在保持患肩轻度外展的情况下指导患者仰卧于诊察床上，双下肢放平。术者坐于诊察床患者的右侧小腿边，在患侧腋窝处放置一软垫，术者以右侧足跟抵于患侧腋窝，双手握住患者腕部，将患肩外展、外旋，然后右足跟和双手同时相向发力，缓慢加大力量，持续 1～2 min 后。若术者右足跟感到患者腋窝处出现咯噔的震动，同时患者感觉疼痛大减，此时放松患者右肩，检查患肩。若此时方肩畸形消失，腋窝下、喙突下、锁骨下未能触到脱位的肱骨头，搭肩试验阴性，表示复位成功。复位后进行 X 线检查以证实复位是否成功。术后使用绷带、三角巾固定 2~3 周，同时指导患者循序渐进地进行功能锻炼。

2.2 观察组 采用舒筋活血汤加减治疗联合椅背屈肘复位法治疗。具体方法：取常用的单人木质靠背椅子，椅背高度 90 cm 左右。以左侧肩关节前脱位为例，术者左手抓住患侧腕部，轻度外展患者肩关节，让患者侧坐在椅子上。帮助患者将患侧腋窝架于椅背上缘，然后，在椅背上缘与腋窝之间放一软垫。在始终保持肩关节轻度外展角度的情况下缓慢抬高患侧腕部，直至将肘关节屈曲至 90°。将患侧前臂外旋，使掌心朝上。适当旋后肩关节。术者用右手掌压于肘窝的前臂近端，再沿上臂纵轴方向持续向远端加压，同时将患肩关节做少许的内外旋活动。持续 1～2 min 后，若术者感到患者前臂出现了咯噔的震动，同时患者感觉疼痛大减，立即检查患肩。若此时方肩畸形消失，腋窝下、喙突下、锁骨下未能触到脱位的肱骨头，搭肩试验阴性，表示复位成功。复位后进行 X 线检查以证实复位是否成功。术后使用绷带、三角巾固定 2～3 周，同时指导患者循序渐进地进行功能锻炼。

所有患者复位固定后进行门诊复查，并进行为期 6 个月的电话或微信随访。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①复位时间、1 次复位成功率。②疼痛程度。采用视觉模拟评分法(VAS)评分评估患者的疼痛程度，分值 0～10 分，得分越高提示疼痛越严重[9]。③Constant-Murley 肩关节功能评分[10]。内容包括日常活动、疼痛、肌力、肩关节活动度，分值 0～100 分，分值越高肩关节功能越好。④不良反应。

3.2 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件分析处理数据。计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[11]以肩关节功能优良率表示临床疗效。优：患者关节活动、肌力正常，肩部无疼痛感；良：患者关节活动轻度受限，肩关节活动轻度疼痛；差：关节活动受限，肌力弱，肩部活动疼痛。优良率=(优+良)例数/总例数×100%。

4.2 2 组肩关节功能优良率比较 见表 1。观察组肩关节功能优良率 96.67%，高于对照组 80.00%($P<0.05$)。

表 1 2 组肩关节功能优良率比较 例(%)

组 别	例数	优	良	差	优良
观察组	30	21(70.00)	8(26.67)	1(3.33)	29(96.67)①
对照组	30	13(43.33)	11(36.67)	6(20.00)	24(80.00)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3 2 组复位时间、1 次复位成功率比较 见表 2。观察组复位时间短于对照组($P<0.05$)，1 次复位成功率高于对照组($P<0.05$)。

表 2 2 组复位时间、1 次复位成功率比较

组 别	例数	复位时间(min)	1次复位成功率[例(%)]
观察组	30	2.25 ± 0.37①	30(100)①
对照组	30	3.87 ± 0.25	26(86.67)

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.4 2 组治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较 见表 3。治疗前，2 组 Constant-Murley 肩关节功能评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组 Constant-Murley 肩关节功能维度(日常活动、疼痛、肌力、肩关节活动度)评分及总分均高于治疗前($P<0.05$)，且观察组治疗后 Constant-Murley 肩关节功能评分高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2 组治疗前后 VAS 评分比较 见表 4。治疗前，2 组 VAS 评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组 VAS 评分低于治疗前($P<0.05$)，且观察组治疗后 VAS 评分低于对照组($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后Constant-Murley肩关节功能评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	时　间	例数	日常活动	疼痛	肌力	肩关节活动度	总分
观察组	治疗前	30	13.31±1.21	10.39±0.99	18.95±1.11	28.65±1.43	71.30±1.14
	治疗后	30	17.89±0.82①②	13.19±0.84①②	23.97±0.94①②	36.89±1.37①②	91.94±1.54①②
对照组	治疗前	30	12.89±1.13	10.01±1.02	18.72±1.08	27.99±1.32	69.61±1.09
	治疗后	30	16.03±1.55①	12.23±1.69①	22.14±1.57①	32.34±2.58①	82.74±2.39①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

表4　2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	7.65±0.66	3.41±0.54①②
对照组	30	7.43±0.61	5.98±0.27①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.6　不良反应　2组均无不良反应发生。

5　讨论

肩关节又称盂肱关节，是由肩胛骨的关节盂与肱骨的肱骨头构成，具有肱骨头大、关节盂小而浅、关节囊松弛等特点，是人体全身运动范围最大的关节，其关节稳定性受到肩关节周围的静力结构和动力性结构的影响。由于肩关节下方的囊壁相对薄弱，肩关节外伤后肱骨头容易从此处脱出，发生肩关节前脱位[12-13]。目前临床对于新鲜肩关节前脱位的治疗多采用手法复位，而手法复位的方法较多，包括手牵足蹬法、椅背复位法等。传统手牵足蹬法成功复位后有明显复位感，不适用于上臂肌肉发达的青年肩关节前脱位患者。该法需要术者使用较大牵引力量才可达到满意的复位效果，操作不当容易引发臂丛神经损伤、肱骨干骨折等并发症，一定程度上限制了该复位方法的临床推广应用[14-15]。

本研究采用的椅背屈肘复位法是通过屈肘位下压肘窝牵引，放松肱二头肌，达到关节复位效果。由于患者出现肩关节脱位时，受到疼痛、肩部肌肉痉挛的影响，导致其肱骨处于内旋位，而进行椅背屈肘复位法时可通过适当前臂旋后，外旋肩关节，屈肘90°，进而促使患者的肱骨头顺利通过关节囊破裂处从而达到复位，符合骨折整复手法中的“欲合先离，离而复合”的治疗原则，一定程度上避免了因暴力牵引而造成的医源性骨折。为进一步促进患者复位后肩关节功能的恢复，本研究在复位基础上予以舒筋活血汤加减治疗。方中桃仁、三七消肿止痛、活血化瘀，共为君药。泽兰、红花助君药活血化瘀，共为臣药；生地黄凉血养阴，赤芍活血祛瘀，当归补血活血，共为佐药；生甘草调和诸药，为使药。诸药共奏活血化瘀、消肿止痛之功。本研究结果显示，观察组肩关节功能优良率高于对照组，提示椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位疗效确切。

肩关节脱位因偏离初始位置会对肩关节周围神经产生压迫，出现疼痛症状。临床上尽可能提高1次复位成功率来减轻患者疼痛程度。本研究结果显示，观察组复位时间、VAS评分均较对照组减少，1次复位成功率、Constant-Murley肩关节功能评分高于对照组，提示椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗有助于缩短患者复位时间，提高患者肩关节功能。分析原因：椅背屈肘复位法符合肩关节的解剖和生物力学原理，避免因暴力牵引而导致的臂丛神经损伤和医源性骨折，1次复位成功率高；同时，复位后予以舒筋活血汤加减治疗，有助于促进血液循环，提高复位效果，防止出现关节粘连，改善关节功能。现代药理学研究指出，桃仁、红花均具有良好的扩张血管、抑制血小板聚集、抗血栓、抑制炎症反应等作用[16-17]；三七含有效成分三七皂苷、黄酮苷等成分，其中三七皂苷可提升免疫力，改善微血管循环，还能够促进血肿消散发挥消炎镇痛作用[18-19]。此外，2组均未出现不良反应，表明椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗安全性较高。

综上所述，椅背屈肘复位法联合舒筋活血汤加减治疗肩关节前脱位疗效良好，能缩短患者复位时间，缓解疼痛，改善患者的肩关节功能，安全性较高。

[参考文献]

[1] HASEBROOCK A W，BRINKMAN J，FOSTER L，et al. Management of primary anterior shoulder dislocations：a narrative review[J]. Sports Med Open，2019，5(1)：31.

[2] LO H，SHEN P Y，SHEN P C，et al. The elbow technique：a novel reduction technique for anterior shoulder dislocations[J]. J Emerg Med，2019，56(2)：201-204.

[3] MIDTGAAD K S，BOE B，LUNDGREEN K，et al. Anterior shoulder dislocation- assessment and treatment[J]. Tidsskr Nor Laegeforen，2021，141(11)：1-8.

[4] 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.

[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] 张远军，黎建义，首丽华，等. 屈肘单人拔伸牵拉复位法整复肘关节后脱位介绍[J]. 江苏中医药，2019，51(10)：47-49.

[7] 胥少汀，葛宝丰，徐印坎. 实用骨科学[M]. 北京：人民军医出版社，2015：521-522.

[8] 梁繁荣. 针灸学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2011：265-266.

[9] SUNG Y T，WU J S. The visual analogue scale for rating，ranking and paired-comparison(vas-rrp)：a new technique for psychological measurement[J]. Behav Res Methods，2018，50(4)：1694-1715.

[10] 田子睿，姚敏，王拥军，等. 中文版Constant-Murley肩关节评分量表的研制与应用[J]. 中医正骨，2019，31(5)：20-21，25.

[11] 蔡亮，吴宇峰，江静华，等. 自拟伤科活血汤对肩锁关节脱位患者术后肩功能恢复的影响[J]. 环球中医药，2018，11(1)：145-147.

[12] OLDS M，ELLIS R，DONALDSON K，et al. Risk factors which predispose first- time traumatic anterior shoulder dislocations to recurrent instability in adults：a systematic review and meta-analysis[J]. Br J Sports Med，2015，49(14)：913-22.

[13] BRAUN C，MCROBERT C J. Conservative management following closed reduction of traumatic anterior dislocation of the shoulder[J]. Cochrane Database Syst Rev，2019，5(5)：CD004962.

[14] 蒋亮，李俊豪，孙小东，等. 改良零度位外展拔伸牵引复位法治疗肩关节脱位的临床研究[J]. 中外医学研究，2021，19(9)：12-14.

[15] 欧阳崇志，郑晓辉，杨达文，等. 外展外旋自主复位法与手牵足蹬法治疗肩关节前脱位的疗效比较[J]. 广州中医药大学学报，2020，37(9)：1716-1719.

[16] 杨丽，陈建强. 中药桃仁的研究综述[J]. 中国药物经济学，2020，15(5)：118-121.

[17] 王佐梅，肖洪彬，李雪莹，等. 中药红花的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中华中医药杂志，2021，36(11)：6608-6611.

[18] 张静静，刘桂芹，王庆鹏，等. 植物三七中皂苷类化学成分的研究进展[J]. 聊城大学学报(自然科学版)，2018，31(2)：43-52，59.

[19] 宋侠. 三七皂苷药理作用研究进展[J]. 中国现代药物应用，2017，11(14)：174-175.

(责任编辑：冯天保，沈崇坤)