

肩部

损伤

洛阳正骨

临床丛书

此套丛书着眼于发掘、整理河南洛阳正骨医院建院50多年来在平乐正骨基础上形成的特色疗法，并吸取现代最新科学研究成果编写而成。本书中西兼容，推陈出新，突出实用，指导临床。

主编

张作君

洛阳正骨



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

· 洛阳正骨临床丛书 ·



肩 部 损 伤

主 编 张作君

副主编 王俊颀 牛素玲 闫占民

编 者 (以姓氏笔画为序)

王少纯	王向峰	宁凡友	许海燕
杨林平	李景进	张昌威	昌中孝
赵 明	夏 凯	姬海良	崔泽升
程宏超			

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

肩部损伤/张作君主编. —北京:人民卫生出版社,
2008.6

(洛阳正骨临床丛书)

ISBN 978 - 7 - 117 - 10212 - 4

I. 肩… II. 张… III. 肩 - 骨损伤 - 正骨疗法
IV. R274.917

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 065072 号

洛阳正骨临床丛书
肩 部 损 伤

主 编: 张作君

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: pmph@pmph. com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 705 × 1000 1/16 印张:32.5

字 数: 600 千字

版 次: 2008 年 6 月第 1 版 2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 10212 - 4/R · 10213

定 价: 58.00 元

版权所有,侵权必究,打击盗版举报电话:010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

《洛阳正骨临床丛书》

编辑委员会

主任委员 杜天信 李无阴

副主任委员 高书图 张传礼

委员 (以姓氏汉语拼音为序)

程春生 冯 峰 冯 坤 李东升 刘又文

万富安 王战朝 王智勇 闻亚非 许建波

姚太顺 张淑卿 张智敏 张作君 周英杰

秘书长 王智勇

副秘书长 张进川 秦克枫 冯素萍

前言

洛阳是中国历史文化名城。在这块古老的土地上,孕育了民族特色浓厚的平乐正骨医术。平乐郭氏正骨是中国传统医学伟大宝库中一颗璀璨的明珠,是中医骨伤科学中的一个重要学术流派,始于清代嘉庆初年,距今已有200多年的历史,历代相传;以正骨八法、三期辨证用药、郭氏理筋手法享誉海内外。

河南省洛阳正骨医院、河南省正骨研究院是在平乐正骨基础上发展起来的一所集骨伤医疗、教学、科研、生产、出版为一体的中医机构。随着现代科学技术水平的提高,在继承传统的平乐正骨医术的基础上,注重吸收百家之长,坚持走以中医为主、中西医结合发展的道路,通过传承、创新和发展,形成了更加具有中医药特色优势的洛阳正骨。洛阳正骨在骨伤疾病的诊疗方面,不但保持了平乐正骨的传统特色,而且不断创新研究,兼收并蓄,加强与国内外骨伤学界的学术交流,引进高新技术,形成了独具特色的学术体系,成为理论体系完善、学术内涵丰富、诊疗经验独特、治疗效果显著的中医骨伤科重要学术流派。

洛阳正骨在向前飞速发展的过程中,积累了大量宝贵的临床资料和诊疗经验,形成了一整套完备、有效、实用的特色技术。在此形势下,我们发挥洛阳正骨的整体优势,组织了一大批活跃在临床一线的中青年业务骨干,编写了这套《洛阳正骨临床丛书》。

《洛阳正骨临床丛书》共有12个分册,包括《肩部损伤》、《肘部损伤》、《手部损伤》、《髋部损伤》、《膝部损伤》、《足部损伤》、《脊柱损伤》、《中医骨病》、《实验技术》、《正骨规范》、《护理规范》、《名医医案》。本丛书旨在深入地系统地发掘、整理在平乐正骨基础上形成的特色诊疗技术,同时反映国内外骨伤科领域的新理论、新技术、新方法。

为保证丛书内容的全面完整和各分册内容的相对独立,丛书各分册内容按

人体部位划分,且邻近部位的内容有少量交叉。《肩部损伤》包括肩关节至肱骨中段的损伤,《肘部损伤》包括肱骨中段至尺桡骨中段的损伤,《手部损伤》包括手部至尺桡骨中段的损伤,《髌部损伤》包括髌关节至股骨中段的损伤,《膝部损伤》包括股骨中段至胫腓骨中段的损伤,《足部损伤》包括足部至胫腓骨中段的损伤。

《洛阳正骨临床丛书》的出版,得到了人民卫生出版社和河南省洛阳正骨医院领导和员工的大力支持,为此,我们表示衷心的感谢!

由于编著者水平所限,时间仓促,因此,书中难免有不足之处,诚恳欢迎广大读者批评指正。

编著者

2008 年于河南省洛阳正骨医院

目 录

第一章 肩部临床检查

第一节 一般检查	1
一、望诊	1
二、触诊	2
三、特殊检查	6
四、运动范围	7
五、肌力测定	9
六、肩部的神经及其功能	13
第二节 肩部特殊检查	13
一、肩关节穿刺	13
二、辅助检查	14

第二章 肩部的影像学检查

第一节 肩部 X 线检查	16
一、肩部的投照方法	16
二、肩部 X 线片测量	20
第二节 肩部 CT 检查	21
第三节 肩部 MRI 检查	22
一、正常肩关节的 MRI 表现	22
二、肩峰下滑囊炎 MRI 表现	28
三、肩袖损伤 MRI 表现	28
四、肱盂关节不稳（习惯性肱盂关节脱位）	31
五、孟唇病变	32
六、其他肩关节疾患	33
第四节 肩关节造影	34

第五节 B 超检查	36
一、肩部结构的超声图像	36
二、操作技术	36
三、肱二头肌病损	39
四、旋转袖撕裂	40
五、肩部超声检查的常见错误	42

第三章 肩部其他检查方法

第一节 肩部肌肉神经电生理检查	43
一、正常肌电图	43
二、异常心电图	44
第二节 肩关节内镜检查	45
一、检查指征	45
二、检查方法	46
三、关节病损的镜下观察	48
四、肩关节镜外科手术	49

第四章 肩部非手术疗法

第一节 常用正骨手法	50
一、检查手法	51
二、复位手法	52
三、治筋手法	54
第二节 固定技术	56
一、夹板固定	56
二、石膏固定	59
三、牵引	62
四、外固定器	63
五、经皮穿针	65

第五章 肩部手术疗法

第一节 手术入路	67
一、肩关节前内侧入路	68

二、肩关节上方弧形入路, 又称为军刀切开	68
三、腋入路	70
四、劈开三角肌入路	70
五、经肩峰入路	70
六、后方入路	71
七、简化的后侧入路	72
八、后方倒“U”形入路	73
九、胸锁关节入路	73
十、肩锁关节	73
第二节 内固定技术	74
一、接骨板	75
二、髓内针	79
三、螺钉	81
四、钢针固定	82
五、其他固定	83
第三节 断肢再植	83
一、断肢再植的适应证与禁忌证	83
二、术前准备	85
三、断肩再植的手术方法	86
四、断肢再植并发症	90
第四节 截肢技术	91
一、截肢技术适应证	91
二、截肢技术的原则	91
三、肩部截肢术的手术方法	92
四、截肢术并发症	94
第五节 人工关节	94
一、肩关节人工关节的发展	94
二、肩关节人工关节置换治疗的目的	98
三、肩关节假体的设计	98
四、肩关节假体的运用	101
第六节 关节镜技术	113
一、器械和设备	113
二、关节镜的优点	117
三、关节镜的缺点	117
四、肩关节镜手术适应证	118

第六章 药物治疗法

第一节 中药疗法	119
一、内治法	121
二、外治法	132
第二节 西药疗法	138
一、消炎	139
二、止血	139
三、止痛	141
四、脱水利尿	143
五、改善微循环	146
六、神经营养剂	147

第七章 康复疗法

第一节 功能锻炼	149
一、功能锻炼的分型	149
二、功能锻炼的原则	150
三、功能锻炼的作用	150
四、功能锻炼的注意事项	151
五、肩关节活动范围	152
六、肩关节功能锻炼常用的锻炼方法（每一个动作重复 12~36次）	153
第二节 物理疗法	160
一、熏蒸	160
二、离子透入	162
第三节 推拿按摩	162
一、概述	163
二、推拿按摩疗法对肩关节创伤的作用	164
三、按摩、推拿的禁忌证	164
四、施术者注意事项	165
五、展丹按摩	165
六、红花酒按摩	166

第八章 肩部骨折

第一节	锁骨骨折	167
第二节	肩峰骨折	193
第三节	肩胛体骨折	198
第四节	喙突骨折	205
第五节	肩胛颈骨折	211
第六节	肩胛盂骨折	216
第七节	肱骨头骨折	222
第八节	肱骨大结节骨折	233
第九节	肱骨外科颈骨折	241
第十节	肱骨解剖颈骨折	258
第十一节	肱骨近端粉碎骨折	260
第十二节	肱骨近端骨折并发症	287
一、	肱骨近端骨折合并肩周其他部位骨折	287
二、	神经损伤	288
三、	血管损伤	289
四、	早期固定失败和内植物并发症	290
五、	骨折不愈合	291
六、	骨折畸形愈合	292
七、	冻结肩	295
八、	异位骨化	296
九、	肱骨头缺血性坏死	296
十、	肱骨头置换的并发症	297

第九章 肩部脱位

第一节	胸锁关节脱位	307
第二节	肩锁关节脱位	313
第三节	锁骨两极脱位	320
第四节	盂肱关节脱位	322
第五节	肩胛骨脱位	338
第六节	肩胛胸壁分离	339
第七节	盂肱关节脱位并肱骨外科颈骨折	342
第八节	肩关节不稳	348

第十章 肩部软组织损伤

第一节 肌肉损伤	358
肱三头肌断裂	358
胸大肌断裂	362
三角肌断裂	365
前锯肌损伤	368
创伤性翼状肩胛症	369
第二节 肌腱损伤	372
肩袖损伤	372
肱二头肌长头腱断裂	391
肱二头肌长头腱脱位	395
第三节 韧带损伤	398
喙锁韧带断裂	398
喙肩韧带损伤	405
第四节 肩部滑囊炎	407
肩峰下滑囊炎	407
喙突上滑囊炎	409
第五节 肩关节周围炎	410
第六节 肱二头肌长头腱炎	419
第七节 钙化性肌腱炎	422

第十一章 肩部损伤并发症及后遗症

第一节 肩部血管损伤	430
锁骨下动脉损伤	430
腋动脉损伤	431
第二节 肩部神经损伤	434
颈丛神经损伤	434
臂丛神经损伤	435
脊髓副神经损伤	450
腋神经损伤	452
肌皮神经损伤	458
肩胛上神经损伤	467
胸长神经损伤	470

第三节	四边孔综合征	472
第四节	撞击综合征	475
第五节	肩胛弹响	480
第六节	肩胛胸壁综合征	482
第七节	三角肌挛缩症	483
第八节	肩痛弧综合征	484
一、	肩峰下结构的解剖特点	484
二、	肩峰下撞击征的定义和分类	485
三、	肩峰下撞击征的临床表现与分期	485
四、	肩峰下撞击征的 X 线表现	487
五、	肩峰下撞击征治疗	489
第九节	肱骨头缺血性坏死	491
第十节	肱骨近端骨缺损	492
第十一节	肩部创伤性关节炎	493
主要参考文献		499



第一章

肩部临床检查

全临床检查是诊断和治疗肩部疾患的主要依据,包括许多方面:系统的全身检查、肩关节局部检查、影像学检查、肌电图检查和 B 超检查等。应根据患者的情况,结合诊断和治疗的需要,选择适当的检查方法。

第一节 一般检查

一、望诊

注意观察患者在诊室内的姿势,上臂是否松弛地置于身体一侧,是否用健肢或支具保护患肢,是否轻松使用上肢,是否伸手与检查者握手。因疼痛可使体位改变,应注意患者的表情,了解疼痛程度。

肩部望诊要双侧同时进行,以便进行对比。观察患者站立体位和姿势。特别注意头、颈椎的位置和胸椎后凸。注意肩的高度和相对位置。患者行走时,观察两上肢摆动是否平衡、对称,疼痛会使上臂摆动受限或运动丧失。脱衣时观察肩关节的动作是否灵活。正常肩部的活动自然而又对称。不正常的活动大多见于单侧肩部疾患,患者为了减轻疼痛,尽量避免做引起疼痛的动作。观察骨结构是否对称。先观察肩前方的锁骨。锁骨位置表浅,很容易看到。因此锁骨骨折或脱位很容易被发现。外形不光滑可能因骨折畸形愈合所致。沿锁骨观察胸锁关节、肩锁关节是否在同一高度。其次从后面看肩胛骨,休息位时,肩胛骨覆盖后 2~7 肋,其内缘距棘突约 5 cm。注意脊椎至肩胛骨附着到胸壁上的距离是否两侧相等。引起双侧肩胛骨不对称的常见原因是先天性高肩胛骨综合征(图 1-1-1)。盂肱关节是否有半脱位存在(图 1-1-2)。

最后是观察三角肌部位,此处是肩带最隆起的部位,双侧对称。三角肌萎缩或肩关节脱位,可使此处失去正常的圆隆形态。

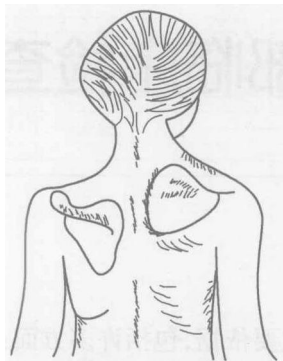


图 1-1-1 高肩胛骨征

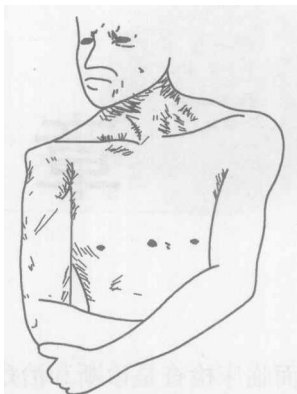


图 1-1-2 肩关节脱位后方肩畸形

二、触诊

首先要寻找局部渗出、胎记、开放窦道、切口瘢痕、骨外形、肌肉周径和对称性、皮肤皱纹。如果检查者有好的横切面解剖基础,就不需要逐层感觉,可直接感觉下面结构。如果在检查某点时引起患者疼痛,患者可能不愿继续接受检查或其活动受限更加明显。

触诊时患者最好处于放松体位,可站立或坐位,使检查者更容易定位骨性标志。应注意局部温度高低,以便确定急慢性炎症区域。

触诊分为骨骼触诊和软组织触诊,要有系统、有顺序地进行,以下分别进行介绍。

(一) 骨骼触诊

患者端坐,检查者站在患者背后,触诊以下列顺序进行。

1. 胸骨上切迹 检查者站在患者身后,用中、示指去定位双侧锁骨内侧之间的三角形切迹,即为胸骨上切迹(图 1-1-3)。

2. 胸锁关节 从胸骨上切迹的中点轻度向外上侧移动手指,直到在胸骨与锁骨之间触及关节线,两侧关节同时检查以便比较其高度和位置。胸锁关节脱位时锁骨头常向内上方移位,两侧明显不对称(图 1-1-3)。胸锁

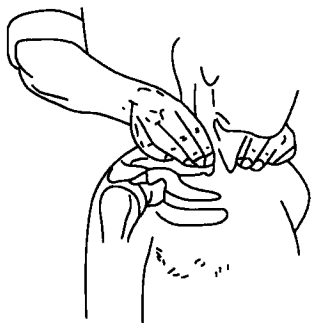


图 1-1-3 胸骨上切迹和胸锁关节的触诊

关节前脱位时可触及凸出的锁骨内端,而后脱位时正常的锁骨内端凹陷。触摸此关节时,可嘱患者做耸肩运动使锁骨向上运动,以便于触摸。

3. 锁骨 手从胸锁关节向外移动,以滑动的方式沿锁骨前面进行触摸。骨结构是平滑连续的。注意锁骨有无突起、摩擦音或连续性丧失,这些都提示有骨折存在(图 1-1-4)。

4. 喙突 到锁骨凹最深的部位,手指从锁骨前缘向下移动约 2.5 cm,向后外方按压,即可触及喙突(图 1-1-5)。

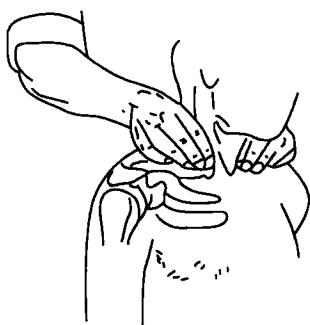


图 1-1-4 锁骨的触诊

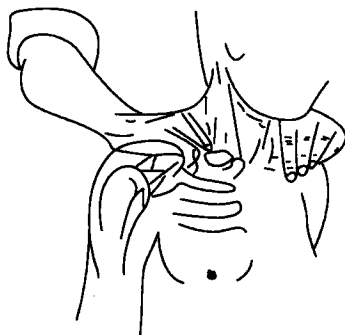


图 1-1-5 喙突的触诊

5. 肩锁关节 触摸喙突后,手指重新回到锁骨,并继续向外触摸,直至锁骨最远端即可触及肩锁关节(图 1-1-6)。触诊时可嘱患者屈伸肩关节数次,即可感觉到肩锁关节活动。如肩锁关节有压痛并伴有摩擦音,则提示存在骨性关节炎。运动时疼痛伴关节肿胀、按压时有弹跳感提示肩锁关节脱位。

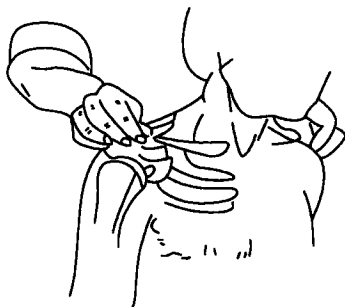


图 1-1-6 肩锁关节的触诊

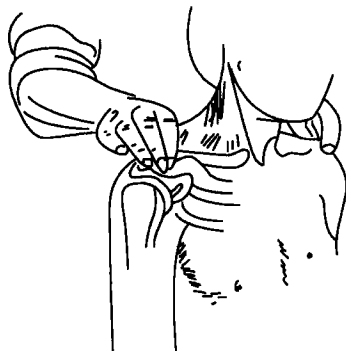


图 1-1-7 肩峰前方的触诊

6. 肩峰 肩锁关节外侧即可触到肩峰,肩峰呈矩形,是肩部最高点(图 1-1-7、图 1-1-8)。

7. 肱骨大结节 从肩峰的外侧面向下即可触到肱骨大结节(图 1-1-9)。

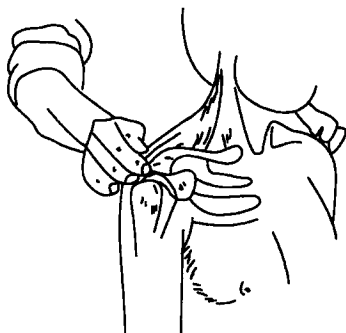


图 1-1-8 肩峰侧、后方的触诊



图 1-1-9 肱骨大结节的触诊

8. 肱二头肌间沟 位于大结节前内侧,上臂位于外旋位时较容易触及(图 1-1-10)。如果患者三角肌肥大,触摸时很困难,固定肱骨内外上髁,确认其在额状面,找到肱骨的中点,向近侧移动即可触及肱二头肌间沟。沟内有肱二头肌长头腱和腱鞘,可有压痛。嘱患者上臂内旋时,可感觉手指由肌间沟滑出到肱骨大结节的表面。

9. 肩胛冈 沿肩峰后方向内触摸,肩胛冈是肩峰的延续。肩胛冈在内缘变细,肩胛冈位于第三胸椎水平,将肩胛骨分为冈上窝和冈下窝作为冈上肌和冈下肌的附着点(图 1-1-11)。

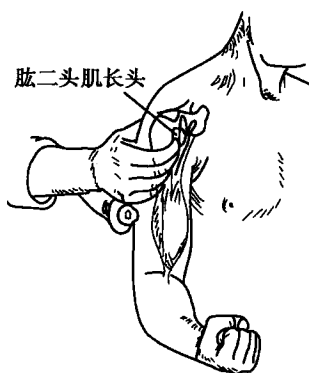


图 1-1-10 肱二头肌间沟的触诊

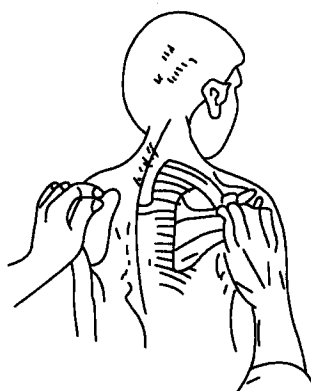


图 1-1-11 肩胛冈的触诊

10. 肩胛骨脊柱缘 肩胛骨内侧缘距胸椎棘突约 5 cm,肩胛冈内侧的扁平三角区约相当于第三胸椎水平。自上而下触摸内缘,最后从肩胛骨下缘向