李现林运用上举提拉法治疗肩关节脱位经验*

张广严[1]，李现林[2]✉

1. 河南中医药大学，河南 郑州 450046；2. 河南中医药大学第一附属医院，河南 郑州 450000

摘要：肝中气血亏虚以致筋骨失去濡养，肾中精气不足则导致骨骼发育不良或筋骨弱化，从而使其稳定性降低，外力作用或活动不当则导致肩关节脱位。李现林教授提出“四诊合参”“医患合作”“松弛肌肉”“内外兼施”等操作原则。具体整复方法：以右侧肩关节脱位为例，患者采取平卧位或端坐位，术者站立于患者右侧，左手置于患者右肘部，右手握住患者右腕，牵拉患肢逐渐前屈、外展，使之上举过头，嘱患者肌肉放松，保持此姿势 2～3 min。待患者肩部肌肉得到充分放松后，术者右手通过轻微地向外上提拉，肩关节即可复位。

关键词：肩关节脱位；上举提拉法；手法复位；整复；李现林
DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2026.09.303
中图分类号：R249.27　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2026)09－1983－04

Professor Li Xianlin′s Experience in Treatment of Shoulder Dislocation with Lifting－Pulling Method

ZHANG Guangyan[1], LI Xianlin[2]

1. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450000; 2. The First Affiliated Hospital to Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou Henan China 450000

Abstract: When the Liver′s Qi and blood are deficient, the tendons and bones lose nourishment, and when the kidney′s Essence and Qi are insufficient, it can lead to poor bone development or weakened tendons and bones. This reduces stability, making the shoulder joint prone to dislocation from external force or improper movements. Professor Li Xianlin proposed principles such as "combined diagnosis from four methods", "doctor－patient cooperation", "muscle relaxation", and "both internal and external treatment approaches". Specific reduction method: Taking the right shoulder dislocation as an example, the patient lies flat or sits upright, while the practitioner stands on the patient′s right side. The practitioner′s left hand is placed on the patient′s right elbow, and the right hand grasps the patient′s right wrist. The limb is gently pulled forward and outward, raising it over the head. The patient is asked to relax their muscles and maintain this posture for 2－3 minutes. Once the shoulder muscles are fully relaxed, the practitioner lifts slightly outward and upward with the right hand to reposition the shoulder joint.

Key words: shoulder dislocation; lifting－pulling method; manual reduction; reduction; Li Xianlin

肩关节脱位，又称肩肱关节脱位，中医称为“肩骨脱臼”或“肩胛骨出”[1]，是最常见的关节脱位，占全身关节脱位的 40% 以上[2]。手法复位是目前临床上治疗肩关节脱位最主要的方式，常见的整复手法有拔伸托入法、手牵足蹬法、椅背复位法及悬吊复位法等[3]。

* **基金项目**：河南省中医药科学研究专项课题项目(2018ZY2130)
作者简介：张广严(1997－)，男，河南郑州人，医学硕士，研究方向：中医药防治脊柱与关节相关疾病研究。
✉**通信作者**：李现林，教授，主任医师，硕士研究生导师，研究方向：中医药防治脊柱与关节相关疾病研究。E－mail：1326468121@qq.com

李现林，河南中医药大学第一附属医院骨伤科主任医师，教授，硕士研究生导师，全国中西医结合微创学会骨关节学组常务委员，中华中医药学会软组织疼痛分会委员，世界中医药学会联合会脊柱脊髓学组委员，河南骨质疏松学会常务委员，河南省中医骨伤学会委员、河南省中西医结合风湿学会委员、河南省中医药学会整脊分会副主任委员、河南省中西医结合学会骨科微创专业委员会脊柱孔镜学组委员发表学术论文 70 余篇。李教授擅长运用中西医结合及微创疗法治疗腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、颈椎病、肩关节周围炎、膝骨关节病、骨质增生以及风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、股骨头坏死等疼痛性疾病，以及各种骨折、脱位、筋伤等。

李现林教授从事中医骨伤临床、教学、科研工作 30 余年，医术精湛，博采众长，在传统整复手法的基础上创立上举提拉法治疗肩关节脱位，此法操作简便，复位效果好，现将其整复经验介绍如下。

1　病因病机

肩关节是全身活动范围最大的关节，这种高度的灵活性，也使之成为全身最不稳定的关节[4]。肩关节主要由肱骨头和肩胛盂组成，肱骨头大且圆，肩胛盂小而平，只有约 1/4 的肱骨头与肩胛盂相接触[5]。肩关节的稳定是静态和动态的相互结合[6]：静态稳定依靠的是肩关节骨性解剖结构、关节内负压及关节囊；动态稳定则是肩关节周围的肌肉和韧带，两者通过复杂的作用机制维持肩关节的正常活动。肩关节的关节囊松弛薄弱，关节囊上部有冈上肌及肩胛下肌，后部有冈下肌及小圆肌，而前下方无肌腱附着，因此肱骨头容易从此处脱出[7]。造成肩关节脱位的病因主要为直接暴力和间接暴力[8]，其中间接暴力最为常见。肩关节发生脱位时，上肢大多处于外展位，此时肱骨头遭受向前向下的外力，很容易使肱骨头从关节囊前下方脱出，因此临床常见肩关节前脱位[9]。

李现林教授指出造成肩关节脱位的病因无外乎内外两大因素[10]，内因主要与肝肾两脏密切相关。《素问·经脉别论》指出："肝之气血亏虚，筋膜失养，则筋力不健，运动不利。"《素问·宣明五气》曰："五脏所主……肾主骨。"说明肝肾在维持肌肉和骨骼方面有重要作用，肝中气血亏虚以致筋骨失去濡养，肾中精气不足则导致骨骼发育不良或筋骨弱化[11]。因此，肝肾亏虚使肩关节的骨骼和肌肉功能减退，从而使其稳定性降低，外力作用或活动不当易导致脱位，而这种脱位又被称为习惯性脱位。外因通常是由于跌倒、撞击或意外扭伤等，特别是当肩关节处于不稳定的状态时，外力导致肩关节发生脱位，造成局部气血运行不畅，不通则痛，从而产生肿胀疼痛等症状[12]。因此，李现林教授在进行手法复位之后，进一步采用药物进行巩固治疗，主要以行气活血、化瘀通络药物为主，兼顾补益肝肾之品，以求标本兼治。

2　整复方法

手法复位是目前临床上治疗肩关节脱位最常用的方法，中医发展至今形成了各种各样的正骨手法[13]。《医宗金鉴·正骨心法要旨》提到："夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也。"无论使用哪种手法，最终目的是患者关节恢复原有的功能[14]。李教授指出，及时的手法复位是治疗肩关节脱位的关键，这样不仅能快速解除患者的痛苦，还能减少并发症的发生，因此手法操作的熟练得当尤为重要，当然在操作过程中也要保持动作的轻柔缓和，以减少患者的疼痛感。

具体整复方法：以右侧肩关节脱位为例，患者采取平卧位或端坐位，术者站立于患者右侧，左手置于患者右肘部，右手握住患者右腕，牵拉患肢逐渐前屈、外展，使之上举过头，嘱患者肌肉放松，保持此姿势 2～3 min。待患者肩部肌肉得到充分放松后，术者右手通过轻微地向外上提拉，肩关节即可复位。对个别复位不成功的患者，在上举提拉的同时，可轻微内外旋转肱骨头，当闻及或感受到关节入臼声，表示复位成功，术后用三角巾使患者上臂保持内收内旋位、肘关节屈曲姿势固定 2～3 周，并予以活血通络药物外洗或热敷。

3　整复要点

3.1　四诊合参，明确表里　李现林教授指出肩关节脱位虽然不难诊断，但在实际操作之前，也要进行明确的诊察。《医宗必读》指出："望闻问切宜详。"所谓"望"就是观察患者肩关节脱位的固有体征，如肩

关节周围肿胀、畸形以及患侧无法举起等情况。而“闻”则是通过活动患者的肩部，感受是否有骨擦音，以此来确定有无肱骨及锁骨骨折，若面对伴有肱骨大结节撕脱性骨折的患者，要根据骨折的情况选择合适的治疗方式[15]，避免盲目使用手法复位造成骨折进一步加重。“问”则是通过询问患者受伤的过程，进而判断肩关节脱位的类型，如患者跌倒时手臂外展，则大多可造成肩关节前脱位[16]。最后“切”则是通过触摸患者上肢皮温和动脉搏动情况，以此判断有无腋下神经和血管的损伤。总之，在进行操作之前，要通过详细的检查和判断，以明确患者是否伴有骨折及神经血管的损伤，避免使用手法复位时进一步加重病情，造成医源性损伤[17]。此外，操作者也可通过相关的辅助检查明确肩关节情况，从而做到知其表里。

3.2　医患合作，人文关怀　手法复位的最终目的是恢复关节原有的解剖结构和功能，以此缓解患者痛苦[18]。肩关节脱位时局部气血凝滞，致使肩关节周围肿胀，引起患者强烈的疼痛感。而进行手法操作之前，医生与患者的配合程度也尤为重要。李现林教授指出，进行复位操作前先将患者上肢慢慢外展上举，在逐步的上举过程中使患者心理上逐渐接受，之后充分放松肌肉，通过轻巧的力道完成提拉手法的操作，在患者不知不觉中完成复位，迅速为患者解除限制，减少复位过程中患者的痛苦。相较于传统的拔伸托入法等多人的密切配合[19]，上举提拉法仅需操作者一人，减少了患者心理上的负担。所谓医者仁心，李现林教授认为操作者不仅需将手法熟记于心，更重要的是在复位时要做到力度均匀柔和，使患者心理上更易接受，从而减轻患者的痛苦。而面对一些对疼痛敏感的患者，可以在肩关节局部注射盐酸利多卡因注射液等麻醉药物[20]，以减轻操作过程中患者的不适。

3.3　松弛肌肉，原路返回　中医传统正骨八法有“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”，在操作时讲究多种手法密切配合。现代许多流派在此基础上衍生出多种正骨手法，都有不错的临床效果[21]。李现林教授根据多年的临床经验，在正骨八法的基础上主要采用上举提拉手法进行整复。李教授指出肩关节脱位时患肢大多处于外展位，外部作用力使肱骨头向关节囊前下方薄弱处脱出，在进行手法复位之前，首先将患者患肢外展上举，使患者肩关节到达 0°位置附近，此位置肱骨纵轴线与肩胛冈轴线基本平行，无论在冠状位还是在矢状位，肱骨头在关节面上的滑动及旋转度最小，并且冈上肌、冈下肌、肩胛下肌及小圆肌等肩袖肌群处于松弛状态，此位置肩关节周围肌肉及软组织张力最小，保持 2 ~ 3 min 以求充分“松弛肌肉”[22]。此时肩关节的稳定性相对较低，进行手法复位时操作难度也相应减少。此时再进行提拉手法操作，可较为顺利地完成复位。另外，进行提拉手法操作时肱骨干与关节盂平面相对，作用力的方向与外力致使肱骨头脱出的方向基本相反，从而使复位过程符合“原路返回”的原则[23]，不仅增加复位的成功率，也有效减少了肩关节周围肌肉、神经和血管的损伤。

3.4　内外兼施，行气活血　手法复位虽然使肩关节恢复了原有的解剖位置，但由于局部的气血瘀滞，肩关节周围的肿胀瘀血无法在短时间内消除，局部筋脉肌肉濡养受限，肩关节功能完全恢复需要一定的时间。此时，药物的辅助治疗十分重要。李现林教授在进行上举提拉手法复位之后，采用河南中医药大学第一附属医院骨伤科协定处方苏木合剂进行治疗，具体药物如下：伸筋草 30 g，凤仙透骨草 30 g，艾叶 30 g，桂枝 30 g，海桐皮 30 g，大黄 30 g，芒硝 30 g，苏木 30 g，北刘寄奴 30 g，荆芥 30 g，炒栀子 30 g，当归 20 g，川牛膝 12 g。局部外洗或热敷作用于肩关节，每日 1 ~ 2 次，每次 10 ~ 20 min，使其药物成分渗透于筋脉骨骼，从而起到活血化瘀、行气止痛之效，同时方中多味药入肝肾经，兼顾补益肝肾之功，从根本上加强肩关节的稳定性。“外”通过整复手法使肩关节恢复固有位置，而“内”通过药物的作用使肩部气血通畅、通利关节，通过内外兼施，取标本同治的效果。

4　结语

目前，肩关节脱位的整复手法众多。张均锦等[24]根据作用原理将肩关节脱位的整复手法分为 3 类，即利用牵引作用的拔伸托入法、手牵足蹬法等，利用杠杆作用复位的椅背复位法等，利用重力作用复位的悬吊复位法等。这几类手法治疗肩关节脱位都有不错的效果，但是在整复过程中也存在一定的风险。拔伸托入法需要术者双手托于患者腋下，

一助手固定患者躯干，另一助手持续牵引患肢，十分考验多人协作配合。手牵足蹬法整复时术者需足蹬于患者腋下，双手握住患肢沿长轴方向牵引，常需较大的力量以对抗肩关节周围肌肉的牵拉，用力不当则会造成腋下神经及血管损伤、肱骨骨折等问题[25]。椅背复位法以患者腋下为支点，通过杠杆作用复位，此法虽然省力，但操作不当同样会引起骨折、损伤等问题。悬吊复位法操作时患者采取俯卧位，患肢悬挂重物自然悬于床边，操作简单易行，但悬挂时间过长会引起肌肉或神经损伤。

上举提拉法属于利用牵引作用复位的手法，但相较于其他手法，此法操作简单、方便易行。在临床面对肩关节肌肉丰厚或者肌肉痉挛的肩关节脱位患者，此方法的操作难度会有所增加，需要术者准确把握复位力度。

参考文献：

[1]黄桂成，王拥军. 中医骨伤科学[M]. 4 版. 北京：中国中医药出版社，2016：214.
[2]胥少汀，葛宝丰，卢世璧. 实用骨科学[M]. 4 版. 郑州：河南科学技术出版社，2019：521.
[3]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.
[4]Vezeridis P S，Ishmael C R，Jones K J，et al. Glenohumeral dislocation arthropathy：etiology，diagnosis，and management[J]. J Am Acad Orthop Surg，2019，27(7)：227－235.
[5]Bakhsh W，Nicandri G. Anatomy and physical examination of the shoulder[J]. Sports Med Arthrosc Rev，2018，26(3)：10－22.
[6]Lugo R，Kung P，Ma C B. Shoulder biomechanics[J]. Eur J Radiol，2008，68(1)：16－24.
[7]高涛，林旭，吴超，等. 影响肩关节前脱位 Hippocratic 法复位效果的相关因素分析[J]. 实用骨科杂志，2020，26(7)：630－634.
[8]姚亮，黄会保. 黄会保教授君臣佐使理筋手法治疗肩关节脱位经验[J]. 光明中医，2021，36(9)：1417－1419.
[9]王再军. 肩关节前脱位的复位治疗[J]. 中国医药指南，2010，8(36)：95－96.
[10]乌萨其拉，斯琴巴特尔，伊茹. 蒙医整骨术治疗肩关节脱位概述[J]. 中国民族医药杂志，2020，26(9)：75－77.
[11]李伟杰，孟凯. 基于“肝藏象”理论探讨习惯性肩关节脱位病因病机与证治[J]. 中医药导报，2020，26(14)：171－174.
[12]宁军强，张光祥，王永铭，等. 涂世玉教授医师治疗肩关节脱位临床经验[J]. 现代中医药，2018，38(1)：10－12，21.
[13]周晨烁，魏德健，张俊忠，等. 中医正骨仿真系统中正骨手法的评价[J]. 中华中医药学刊，2018，36(8)：1826－1828.
[14]韩尧. 手法复位治疗肩关节脱位的效果分析[J]. 中外医药研究，2024，3(1)：39－41.
[15]王贵宾，乔晓光，孙贵耀，等. 不同治疗方法对肩关节脱位合并肱骨大结节骨折的效果观察[J]. 中外医学研究，2022，20(19)：51－55.
[16]姜春岩. 复发性肩关节前脱位治疗的研究进展与热点问题[J]. 骨科临床与研究杂志，2022，7(1)：59－64.
[17]胡宇宸，高峰，陈良石，等. 肩关节前脱位肱骨头卡压手法复位致医源性损伤 1 例报告[J]. 中国骨伤，2019，32(9)：866－868.
[18]曹杨波. 手法复位治疗肩关节脱位的疗效观察[J]. 当代临床医刊，2017，30(1)：2862，2860.
[19]穆舟燕，李岳君. 拔伸托入法与拔伸足蹬法治疗肩关节前脱位的效果分析[J]. 现代实用医学，2016，28(9)：1197－1199.
[20]易海军，喻超，陈小菊，等. 关节腔内局部麻醉椅背复位法治疗急性肩关节前脱位[J]. 中国骨与关节损伤杂志，2023，38(7)：753－754.
[21]赵珈琛，舒锦，顾怡雯，等. 石氏伤科手法述略[J]. 河南中医，2025，45(3)：471－478.
[22]蒋赛，王建洪，刘泉涌，等. 零度位整复肩关节前脱位[J]. 中国骨伤，2008，21(6)：469.
[23]沈晓峰，俞鹏飞，李红卫. 龚正丰教授手法治疗关节周围骨折的经验[J]. 中医正骨，2020，32(2)：54－56.
[24]张均锦，陆春. 肩关节脱位手法复位临床研究现状[J]. 医学综述，2015，21(13)：2407－2409.
[25]李勇军. 肩关节前脱位的中医手牵足蹬复位法的医源性损伤分析[J]. 中医临床研究，2012，4(13)：74－75.

收稿日期：2026－03－20
编辑：纪彬