

痛点封闭结合液压扩张综合治疗重症粘连期肩关节周围炎

蒋晖,王光斌,姚明锋,顾隆森,丁辉

(浙江省安吉县第三医院,浙江 安吉 313301)

关键词 肩凝症 痛点封闭 液压扩张

肩关节周围炎是中老年人常见病,其虽然有自愈倾向,但病程长,尤其是进入粘连期的部分重症病例,患者疼痛及肩关节功能障碍明显,需要采取积极的治疗。从 2002 年 4 月至 2009 年 5 月,我们应用痛点封闭结合液压扩张综合治疗重症粘连期肩关节周围炎 68 例,取得良好效果,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 病例资料 本组 68 例(75 侧肩),其中男 43 例,女 25 例。年龄 47~68 岁,平均 52.3 岁。单肩发病者 61 例,双肩 7 例。病程 3~18 个月。

1.2 纳入标准 本组 68 例均符合肩关节周围炎粘连期的诊断,且症状严重而无法忍受,有强烈的求医欲望。临床表现为患肩疼痛明显,动则加重,夜间疼痛剧烈,影响睡眠;肩关节活动受限而明显影响日常生活、工作。查体部分有三角肌萎缩;肩关节周围有明显压痛点;主被动活动受限,上举 $<90^\circ$,外展 $<45^\circ$,后伸 $<30^\circ$ 。X 线摄片可排除肩关节骨质疾病和严重骨质疏松症。同时排除伴有严重糖尿病、高血压病、局部或全身感染、近期消化道出血患者等。

2 治疗方法

2.1 痛点局部封闭 肩关节较大,疼痛点分散,最常见的压痛点可在喙突、肩峰下、肱二头肌腱鞘、三角肌止点稍上方、肱三头肌在肩盂下的起始处或下盂肱韧带处等^[1]。仔细按压寻找患肩痛点,大多数为 2~3 个,逐一局部封闭,必须反复回抽无血才可注入。一般用 2% 利多卡因 5 mL,生理盐水 5~10 mL,复方倍他米松 0.5 mL(也可用曲安奈得 10 mg)。

2.2 液压扩张 局部封闭完成后,开始肩关节穿刺,可选用前侧、外侧穿刺点或后侧穿刺点。应用前侧穿刺点时,先触到肱骨头的内侧面,然后从内侧进针。穿刺部位皮肤消毒后,使用 7 号长针头接 5 mL 注射器抽取 2% 利多卡因 5 mL 做穿刺点局部麻醉,穿刺成功接 50 mL 注射器向关节内加压注入扩张液(生理

盐水 40 mL、2% 利多卡因 5 mL、复方倍他米松 0.5 mL 或曲安奈得 10 mg),注射开始后阻力会逐渐加大,有反推力,使患者肩关节有明显的酸胀感,注射量至少 20 mL,尽可能达到 40~50 mL,要使患者能够耐受为止,注射完毕后迅速退针,以创可贴贴住进针点。

2.3 其他治疗 完成痛点封闭和液压扩张后,做适度的手法松解,在患者能忍受的限度内做上举、内收、后伸等手法扳正松解。予以非甾体消炎镇痛药,嘱患者每日行上肢爬墙、上举、摆动画圈、拉绳等锻炼。

2.4 疗程 以上治疗 2 周 1 次,3 次为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 参考刘继军等的疗效标准^[2]拟订。优:肩关节功能活动范围正常,无疼痛。肩外展达 90° ,双上肢伸肘上举,患侧中指尖高度与健侧相差为 0 cm,第 2 掌骨头达 T_{10} 棘突水平以上。良:肩关节活动功能明显改善,活动疼痛减轻,外展 $>75^\circ$ 双上肢伸肘上举,患侧中指尖高度与健侧相差小于 5 cm,第 2 掌骨头触及 L_2 棘突水平以上。差:治疗后功能无明显改善,疼痛无缓解。

3.2 疗效评定结果 本组 68 例经 1 个疗程治疗后均进行随访,随诊时间 3~12 个月,平均 6 个月。按上述标准进行评定,结果优 49 例,占 72.05%;良 17 例,占 25%;差 2 例,占 2.94%;有效率 97.05%。未出现感染、肌腱损伤、骨折等并发症。

4 讨论

肩关节周围炎进入粘连期后,除关节囊严重挛缩外,关节周围组织均受累,退行性变加剧,滑膜充血、组织缺乏弹性。喙肱韧带挛缩限制了肱骨头外旋,冈上肌、冈下肌、肩胛下肌挛缩,肱二头肌长头肌腱炎,使肩关节活动明显受限^[3]。虽然肩关节周围炎的病程具有自限性,但其病程长,在进入粘连期后,肩关节的疼痛和活动受限明显影响工作和生活,也给患者带来心理压力,所以有必要进行及时有效的治疗。针灸

推拿理疗、服用非甾体药物、局部封闭、功能锻炼等方法都有一定的疗效。但对于进入粘连期的一部分症状严重的患者起效慢,疗效不确定。对于重症粘连期肩关节周围炎,应该采取更积极的治疗措施,而痛点封闭结合液压扩张综合治疗,效果明确,且见效快。

痛点封闭的作用:在综合治疗的起始阶段使用痛点封闭,可以产生立即的镇痛作用,为接下来的液体扩张和手法松解打好基础,而且可以防止局部的再粘连。而液压扩张首先是利用机械原理充分扩张挛缩的关节囊,扩大关节间隙,分离粘连的组织,恢复关节容积,扩大肩关节活动范围。利多卡因关节内局部浸润增加了止痛范围,结合痛点封闭使关节内外的组织都达到镇痛效果,有利于后续肩关节在无痛下松解粘连和功能锻炼。糖皮质激素具有促使无菌性炎症消退、防止滑膜水肿、减轻关节内再粘连的作用,促进关节功能的恢复;注射后进行手法松解、按摩,能进一步松解肩关节周围的肌腱、肌肉、滑囊,进一步改善肩关节功能。功能锻炼能起到防止已改善的肩关节活动范围丢失,防止再粘连、恢复肌力、恢复正常生活等作用。

(上接第 67 页)压力,有利于髓核回纳,调整神经根管的容积及椎间关节紊乱,纠正腰椎的内平衡^[3]。手法治疗是综合治疗中的主要方法,点按、滚揉法充分放松腰肌,缓解患部肌肉紧张、痉挛,促进局部血液循环,神经根牵拉法直接加强对神经根的牵引,使神经根发生位移,改善压迫,缓解或消除疼痛^[4]。定点斜扳法能准确纠正腰椎小关节错缝,改变突出物与神经根的位置关系,恢复脊柱的力学平衡。后伸定位扳法促进腰椎生理弧度的恢复,分离突出物与周围组织的粘连,促使突出髓核的回纳。

腰椎间盘突出症属中医学“腰腿痛”“痹证”范畴,气血不畅、肝肾亏虚、筋骨关节失养是其主要病机^[5]。因此,中药内服应以活血化瘀、补益肝肾、通经活络为主。当归、白芍、延胡索、川牛膝活血祛瘀止痛,杜仲、狗脊、桑寄生补肝肾、强筋健骨,独活、木瓜、络石藤、蜈蚣祛风通经活络。诸药合伍随证加减,可加快局部血液循环,消除组织水肿,明显改善疼痛症状,从而使腰椎及其周围组织恢复正常的生理功能。腰部的稳定主要靠腰肌来维持,对于本病的患者来说腰肌力量的锻炼显得十分重要。腰背肌功能锻炼具有稳定和保护腰椎的作用,加速血液循环,降低炎性致痛物及代谢产物的

虽然痛点封闭结合液压扩张综合治疗肩关节周围炎的是一种比较理想的治疗方法,容易操作、推广,但是应将其适应症控制在患者自觉症状严重、关节活动明显受限的重症粘连期肩周炎病例,不应将指征扩大化。MarcF,Swionkowski 等^[4]认为。90% 的患者采用家庭训练计划和必要的药物止痛治疗可获得满意的疗效。而对于局部皮肤有破损或炎症的患者禁止使用本方法,合并有糖尿病患者应尽量避免使用,体质虚弱者应慎重使用,避免引起不良后果。

5 参考文献

- [1] 陈德松. 局部封闭[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2009:88.
- [2] 刘继军,郑国柱,赵炬才,等. 液压扩张疗法治疗粘连肩的临床研究[J]. 中华骨科杂志,1999,19(6):349.
- [3] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 3 版. 北京:人民军医出版社,2006:1615.
- [4] 王学谦,李世民,主译. 美国实用骨科医师手册[M]. 6 版. 天津:天津科技翻译出版公司,2007:227.

(2010-05-18 收稿 2010-09-13 修回)

蓄积,纠正腰椎畸形,解除神经根的压迫,放松肌肉紧张痉挛,从而减轻腰腿痛的症状^[6]。患者在疼痛明显缓解后即可进行腰背肌功能锻炼。长期坚持腰背肌锻炼,对于治疗和减少本病的复发,巩固疗效具有积极的作用。

综上所述,采用手法配合腰椎牵引、中药内服、腰背肌锻炼综合疗法治疗腰椎间盘突出症疗效确切,值得临床推广。

5 参考文献

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:221.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:94.
- [3] 王俊生,董长青. 非手术治疗腰椎间盘突出 130 例报告[J]. 中医正骨,2005,17(8):61-62.
- [4] 胡怀军. 骶管滴注加手法治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医正骨,2009,21(9):74.
- [5] 韩永祥,翟平身. 中西医结合疗法治疗腰椎间盘突出症 150 例报告[J]. 颈腰痛杂志,2007,28(1):70.
- [6] 陈崇华. 腰背肌锻炼防治椎间盘突出症作用的研究进展[J]. 颈腰痛杂志,2005,26(5):393.

(2010-01-13 收稿 2010-12-20 修回)