

臂丛麻醉下针刀配合手法治疗原发性冻结肩

金城钟, 郎伯旭

(浙江省台州学院医学院附属市立医院, 浙江 台州 318000)

关键词 肩凝症 推拿 小刀针 神经传导阻滞

冻结肩又称“肩周炎”“五十肩”, 是临床的常见病和多发病, 根据发病特点可分为原发性和继发性两大类。该病的非手术治疗方法很多, 但普遍存在疗效不确切、疗程长等问题。2005 年 6 月至 2010 年 5 月, 笔者采用臂丛麻醉下针刀配合手法治疗原发性冻结肩患者 66 例, 疗效满意, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 66 例, 均为住院患者, 男 30 例, 女 36 例; 年龄 41 ~ 65 岁, 平均 51.3 岁; 病程 3 个月至 2 年, 平均 6.5 个月; 左肩 37 例, 右肩 29 例。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1] 中肩周炎诊断依据: ①年龄在 50 岁左右; ②肩周疼痛逐渐加重, 以夜间为甚, 常因天气变化及劳累而诱发; ③肩部肌肉萎缩, 前、后、外侧均有压痛; ④肩关节功能障碍, 外展受限明显, 出现“扛肩”现象; ⑤X 线检查阴性。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 40 ~ 65 岁; ③在接受本疗法前 7 d 内未接受其他相关的治疗; ④患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并心血管、肝、肾、消化道或造血系统等严重原发性疾病者; ②肩关节急性损伤、结核、肿瘤、风湿性和类风湿关节炎、中风后遗症者; ③严重骨质疏松者; ④无法接受本疗法者。

2 方法

2.1 治疗方法 患者仰卧位, 定位患肩喙突、肩峰下、肱骨大结节、大小圆肌抵止点等处的压痛点, 并用记号笔标记。臂丛麻醉后, 常规消毒, 在各压痛点处将针刀刀口与肌肉或韧带平行刺入, 直达骨面, 作切开剥离和纵行疏通剥离, 肩峰下滑囊处作通透剥离。针刀剥离后, 将得保松针 1 mL 和维生素 B₁₂ 针 1 mL (0.5 mg) 混合, 进行肩关节腔内注射。注射完毕, 用创可贴贴敷小针刀切口及注射点。然后, 由一位助手

固定患肩, 术者双手握住患侧肘关节, 运动患肩至各方向最大功能位。

2.2 术后处理 治疗后 6 h 内, 患者自主交替进行患肢外展上举位及内旋后伸位锻炼; 6 h 后, 每隔 1 h 由家属将患肢运动至各方向最大功能位 1 次; 1 d 后开始配合患肢主动运动并逐渐加大运动量。

3 结果

3.1 疗效评定标准 参考钱宝延^[2] 制定的疗效标准。痊愈: 肩关节活动范围正常, 疼痛消失, 肩外展 > 90°, 双上肢上举时患侧与健侧中指尖等高, 后伸内旋触背能触及对侧肩胛下角; 显效: 肩关节活动范围明显改善, 疼痛基本消失, 外展 > 75°, 双上肢上举时患侧与健侧中指尖高度差 < 10 cm, 后伸内旋位触背时能触及 L₁ 以上; 有效: 肩部活动范围部分改善, 疼痛减轻, 活动时仍有疼痛, 双上肢上举时两中指尖高度相差明显 > 10 cm, 后伸内旋触背时过中线; 无效: 治疗前后症状、体征无改善。

3.2 疗效评定结果 本组 66 例, 住院时间 5 ~ 16 d, 平均 7.3 d; 痊愈 56 例 (84.85%), 显效 6 例 (9.09%), 有效 4 例 (6.06%), 总有效率为 100%; 其中治疗后 1 周内痊愈者 52 例, 治疗后 2 周内痊愈者 4 例。

4 讨论

冻结肩是一种病因不明的自限性疾病, 好发于 40 ~ 50 岁。该病与自身免疫及感染有关, 糖尿病也是高危因素。主要症状为进行性肩关节活动受限, 尤以外旋受限为著; 同时伴有肩关节疼痛, 严重者可影响睡眠。病理特征是肩关节内严重的组织粘连。原发性冻结肩根据自然病程可分为 3 期: 冰冻期、冻结期、缓解期^[3]。冰冻期以疼痛为主, 主动活动受限但被动活动受限不明显; 冻结期常表现为疼痛不明显, 但主、被动活动均受限。

对于冻结肩的治疗, 通常推荐功能锻炼, 但效果

很慢,患者往往失去锻炼的信心。常规的针灸推拿治疗对于冰冻期患者疗效较好,但对冻结期患者效果差。有人采用臂丛神经阻滞、腋神经阻滞或肩胛上神经阻滞的方法治疗冻结肩,效果尚可,但无法解决粘连严重的问题^[4]。在麻醉下,用推拿手法强行将粘连的关节扳动拉开,尽管有一定的疗效,但易损伤健康组织,出现关节隐痛、不适等后遗症。陈疾忤等^[5]认为,关节镜下粘连松解术治疗冻结肩可以有针对性地松解粘连组织,避免手法松解的合并损伤。但关节镜术后患者康复仍需 3 个多月,且技术要求高,费用高,不易推广。小针刀疗法是治疗本病的一种有效方法,但传统的针刀疗法是在没有麻醉或局麻的情况下进行的,患者较为痛苦,肌肉无法得到有效的放松,因此效果尚不够理想,且常需要 5 d 治疗 1 次,一般要进行 1~5 次治疗^[6]。

笔者采用臂丛麻醉下针刀配合手法治疗冻结肩,患者痛苦小,肩关节相对放松,粘连组织的分离相对彻底,在针刀术后借助推拿手法更可使未完全松解的组织彻底松解,且 1 次完成可最大限度的防止医源性的损伤。关节腔内注射少量的得保松和维生素 B₁₂注射液,可降低毛细血管通透性,减轻局部充血水肿,抑

制炎症浸润和渗出,并可营养神经细胞,促进神经功能恢复,达到消炎、镇痛、恢复功能、防治再次粘连的目的。术后指导患者进行积极而有度的功能锻炼,有助于促进血液循环、松解粘连、改善肌力、增强疗效、缩短病程,且可预防关节囊、肩周滑囊的再次粘连、挛缩,有利于肩关节正常活动的恢复。本组的治疗结果表明,臂丛麻醉下针刀配合手法治疗原发性冻结肩的疗效确切,疗程短,具有较好的推广前景。

5 参考文献

- [1] 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,1994:186-187.
- [2] 钱宝延. 透刺法治疗瘀滞型肩关节周围炎 76 例临床观察[J]. 中医正骨,2003,15(12):8.
- [3] Pearsall AW, Speer KP. Frozen shoulder syndrome: diagnostic and treatment strategies in the primary care setting[J]. Med Sci Sports Exerc,1998,30:33-39.
- [4] 文马力,宋文阁. 小针刀剥离配合手法松解治疗重型肩周炎疗效观察[J]. 重庆医学,2006,35(3):251-252.
- [5] 陈疾忤,陈世益,翟伟韬,等. 关节镜下粘连松解术治疗原发性冻结肩[J]. 中国运动医学杂志,2009,28(1):7-9.
- [6] 朱汉章. 针刀医学[M]. 北京:中国中医药出版社,2004:486.

(2010-12-01 收稿 2011-02-23 修回)

(上接第 57 页)

4 讨论

急性闭合性跟腱断裂是一种常见的运动损伤,多发生于跟骨结节上方 3~6 cm 最窄处。对于新鲜闭合性跟腱断裂,非手术疗法易导致跟腱再断裂、提踵无力等并发症,故目前多采用手术疗法。手术治疗急性闭合性跟腱断裂疗效可靠、并发症少,手术方式也多种多样^[3]。作皮肤切口直接暴露损伤肌腱的手术,包括缝合、跖肌腱加强、Krackow 法、Lindholm 法、Lynn 法等^[4]。而经皮改良 Ma-Griffith 手术是一种微创的急性跟腱断裂修补法,它不作皮肤大切口,病人易于接受。采用该手术方法治疗急性跟腱断裂时,我们的体会如下:①跟腱断端近侧的一对切口要位于跟腱两侧缘的内侧,防止腓肠神经嵌顿损伤,术中可用血管钳适当分离确认;②穿针缝合时要把握好深度,尽量在跟腱厚度的中央处,这样缝合的牢度大,不容易撕脱;③双足均应消毒,便于术中进行比较;④缝合收紧缝线时,两足位置一致时打结,这样缝合的跟腱不会

过紧或过松;⑤术后积极指导患者进行功能锻炼。

采用经皮改良 Ma-Griffith 手术方法治疗急性跟腱断裂,可以避免切开缝合伴有的风险,具有损伤小、术后瘢痕组织小、住院时间短、费用低等优点。因此,对于急性闭合性跟腱断裂,我们认为经皮改良 Ma-Griffith 手术是一种较理想、简单实用的好方法。

5 参考文献

- [1] Ma GW, Griffith TG. Percutaneous repair of acute closed ruptured achilles tendon: a new technique[J]. Clin Orthop, 1977, (128):247-255.
- [2] Fox JM, Blazina M, Jobe FW, et al. Degeneration and rupture of the Achilles tendon[J]. Clin Orthop Relat Res, 1975, (107):221-224.
- [3] 李翰林,童培建. 改良 Kessler 缝合法联合带线锚钉治疗新鲜闭合性跟腱断裂[J]. 中医正骨,2010,22(2):44-45.
- [4] 刘玉林,王国喜,王化南. 等. 微创手术治疗急性跟腱断裂[J]. 实用骨科杂志,2002,8(4):247-248.

(2010-08-13 收稿 2010-10-27 修回)