

刃针痛点松解配合手法 治疗肩关节周围炎 87 例疗效观察

王学昌

(河南省郑州市中心医院, 河南 郑州 450007)

关键词 肩凝症 刃针 松解术

肩关节周围炎临床常见, 治疗方法很多^[1-8], 效果不一, 尤其是症状较重者(作者把他称作重症肩关节周围炎)。自 2007 年 7 月至 2009 年 12 月, 作者采用刃针治疗重症肩关节周围炎 87 例, 疗效满意。现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 病例资料 本组 87 例, 男 39 例, 女 48 例; 年龄 45 ~ 75 岁, 中位数 53 岁; 左肩 53 例, 右肩 34 例; 病程 3 个月至 2 年, 平均 5 个月; 按所附病情严重程度标准统计, 本组 I 度 63 例, II 度 24 例。

1.2 病情严重程度标准 以患肩取“反手挠背”、“梳头”、“高举”3 个动作受限程度(即患侧手指所能达到部位)分度, 共分 5 度, 标准如下图:

	反手挠背	梳头	高举
	V°	V°	V°
4 线	——T7——	——大椎——	——掌指关节——
	IV°	IV°	IV°
3 线	——L2——	——枕外隆突——	——腕——
	III°	III°	III°
2 线	——L4——	——巅顶——	——肘——
	II°	II°	II°
1 线	——S1——	——眉弓——	——肩——
	I°	I°	I°

说明:①:1 ~ 4 线共形成 5 个区域, 自下而上分别为 I ~ V 度。其中 I 度严重, II 度重度, III 度中度, IV 度轻度, V 度基本正常。②:高举时, 面对墙壁立正, 健肢高举, 患肢伸直高举所能达到相应健肢的最大高度。③:诊断时, 则取 3 个动作中受限最严重度数者。

1.3 纳入标准 符合肩关节周围炎的诊断标准者, 且按照上述自拟病情严重程度评定标准, 有至少一个动作为重度或严重者。

1.4 排除标准 ① 排除冈上肌腱炎、肱二头肌长头肌腱炎、肩峰下滑囊炎、颈椎病等局限性或牵涉性肩部疾患者; ②排除全身或局部有感染性疾病的患者;

③必要时行 X 线检查, 排除骨肿瘤、结核等疾病。

2 治疗方法

2.1 刃针治疗 定位好肩周明确压痛点, 在合适体位下, 局部常规消毒, 无需麻醉, 刃针快速垂直体表刺入, 行“十”字松解术。每周治疗 1 次, 1 周后复诊, 3 次 1 个疗程。

2.2 手法治疗 术后令患者尽力高举至最大限度, 一手压住患者肩部, 另一手握住患者肘上, 轻力镇压, 以患者能够承受为度, 持续数秒。再用同样方法反手挠背、梳头。

2.3 功能锻炼 术后为使粘连进一步松解或防止再粘连, 必须坚持功能锻炼, 做肩关节上举、梳头、反手挠背等引起疼痛的动作, 以能够承受的最大限度疼痛为度, 直至达到正常范围。

3 疗效评定

3.1 疗效评定标准(自拟) 痊愈:3 个动作皆达 V 度者即痊愈; 明显好转:3 个动作皆达到 IV 度, 或 IV 度、V 度同时存在者; 好转:介于无效和明显好转之间者; 无效:3 个动作治疗前后级差皆为 0 者。

3.2 疗效评定结果 本组 87 例中, 治愈 74 例(22 例刃针 1 次治愈, 41 例 2 次治愈, 11 例 3 次治愈); 明显好转者 11 例(9 例 2 次, 2 例 3 次); 好转 2 例(仅治疗 1 次, 对疼痛非常敏感, 未能坚持所致)。所有病例刃针治疗均未超 1 个疗程。

4 讨论

4.1 定义 肩关节周围炎的定义较多^[8], 其中近年来引用相对较多的则是美国肩肘外科学会对于肩关节周围炎的定义, 即肩关节周围炎是一类引起盂肱关节僵硬的粘连性关节囊炎(adhesive capsulitis), 表现为肩关节周围疼痛, 肩关节各个方向主动和被动活动度降低, 影像学检查除骨量减少外无明显异常的

疾患。

本组病例中,通过对周围组织的松解,而达到了良好的疗效,作者由此认为,肩关节周围炎的病变性质是粘连,但主要是肩关节周围软组织的粘连,特别是肌肉肌腱韧带起止点的粘连,而不是关节囊的粘连。因此,作者再次将其定义修正为:肩关节周围炎是一类引起盂肱关节僵硬的粘连性周围组织炎(adhesive capsulitis),表现为肩关节周围多处疼痛不适,肩关节各个方向主动和被动活动度降低,影像学检查除骨量减少外无明显异常的疾患。

4.2 作用机制 本病临床治疗方法较多,但据前述,引起本病的性质是软组织的粘连病变,而所有软组织病变诊断治疗时皆应遵从作者“软组织疾病(筋伤或颈肩腰腿痛)的四定原则”:定位(病变部位)、定点(具体的灶点)、定性(性质:炎症、粘连、瘢痕、错缝等)、定法(选择相应具体的治疗方法),因此传统的药物、理疗、封闭、手法等只能起到消炎镇痛等作用,并不能有效解除粘连。而各种麻醉下强行手法松解效果不错,但有暴力倾向,且麻醉常不完全,治疗过程中多较为疼痛,且常有臂丛神经损伤、骨折、脱位等风险;全身麻醉则一般又难以为患者接受,且增加了患者经济负担,也不利于基层推广。此时小针刀、刃针是松解粘连的最佳选择。

刃针由田纪钧教授所创,其形状似针灸针,只是其远端不是尖,而为刃。治疗的机制主要是通过刃针松解粘连,解除过大张力、高压引起的疼痛,恢复关节功能。因其刃在 0.3~0.7 mm 之间,损伤更小,治疗时无需麻醉,因此,可当即评定患者病痛是否解除。术后简单的手法和锻炼可以“像撕开有豁的布一样”,扩大残余粘连的松解,恢复关节功能。本治疗过程中痛苦小,见效快,轻巧安全,更易为医生或患者接受,便于基层推广。

但有些患者常常对疼痛过度敏感,有时甚至不能完成治疗,这就需要医者选好病人,操作轻柔,在精确的定位定点的基础上彻底的松解,尽量达到无痛治疗的效果。

4.3 肩关节周围炎的严重程度分级及临床疗效评定标准 由于肩关节的活动范围最大,无法用传统的解剖学术语精确表达其受限程度。临床现有疗效评定标准繁多^[9],但多操作复杂且不实用,医生不能更准

确、客观的记录病情,也不能更好地反映病情和疗效,更无法指导临床治疗。而作者则采用包含了各个方向运动的具有代表性的 3 个动作:反手挠背、梳头、高举,根据这 3 个动作的受限程度记录病情,这样更为客观,也更易为患者所接受。

临床规律也提示,梳头、高举困难压痛常在孟下结节、大结节,挠背困难则压痛常在喙突和肱骨小结节。因此,以这三个动作为基础的“肩关节周围炎的严重程度分级”及“临床疗效评定标准”即反映了病情,也提示了症结所在,对于治疗及疗效的评定有较大指导意义。

对于疼痛,由于其与关节活动度大致呈正相关,因此仅评价活动度即可,一般无需再单独评定。

需要强调的是,对于疗效的期望值不宜过高。本病治疗的目的是“仅需恢复基本关节功能、解除疼痛、不影响生活即可”,因此,本标准 3 个动作在其 V 级时,皆未要求完全达到正常活动度,这样更便于推广,便于临床诊疗。期望达到完全正常的活动度,则降低了临床治愈率,同时也降低了患者的满意度。过分强调治疗,忽视人体自身的修复功能,意义不大。

5 参考文献

- [1] 张天伟,程少丹,王慧芳,等. 无痛手法松解重症肩凝症[J]. 中国骨伤,2009,22(9):718-719.
- [2] 李承球. 肩关节周围炎的治疗现状和命名商榷[J]. 颈腰痛杂志,2004,25(3):143-144.
- [3] 秦震,张佑民,吕顺华,等. 五步疗法治疗重症肩关节周围炎 42 例疗效观察[J]. 山东医药,2007,47(20):73.
- [4] 房晓云,汪建民,汪洋. 神经阻滞配合推拿治疗重症肩关节周围炎 48 例临床观察[J]. 江苏中医药,2005,26(11):40-41.
- [5] 肖峰,曹保伟,胡炜. 小针刀疗法配合关节松动术治疗肩关节周围炎的疗效分析[J]. 颈腰痛杂志,2005,26(1):64.
- [6] 罗家良,杨辉,钟超雄,等. 液压分离结合手法松解治疗老年性冻结肩 306 例[J]. 中国中西医结合外科杂志,2008,14(2):160-161.
- [7] 王明三. 针灸推拿治疗肩关节周围炎研究进展[J]. 山西中医学院学报,2007,8(4):54-55.
- [8] 陈疾忤,陈世益. 肩关节周围炎研究进展[J]. 国际骨科学杂志,2005,26(2):94-96.
- [9] 胡幼平,刁襄,杨运宽. 肩关节周围炎临床疗效评定方法概况[J]. 江西中医药,2007,38(9):63-66.

(2010-08-09 收稿 2010-11-14 修回)