

手法松解结合关节镜手术治疗肩关节周围炎

黄金波, 陈冰, 贾万贵, 徐启怀

(浙江省余姚市中医院, 浙江 余姚 315400)

摘要 目的: 观察评价麻醉下手法松解联合关节镜手术治疗顽固性肩关节周围炎的疗效。方法: 对采用该方法治疗的 21 例患者进行随访, 观察治疗后肩关节疼痛缓解及功能恢复情况。结果: 21 例均获随访, 随访时间 6~12 个月, 中位数 9 个月; 21 例疼痛均缓解, 肩关节功能改善, 可恢复日常工作和生活; 肩关节前屈上举由术前 $65^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 恢复至术后 $98^{\circ} \sim 130^{\circ}$; 肩关节外展由术前 $74^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 恢复至 $100^{\circ} \sim 160^{\circ}$; 外旋均 $>35^{\circ}$, 内旋均超过 T_{11} 水平; Constant 和 Murley 肩关节评分由术前 42~61 (中位数 50) 分, 提高到 70~95 (中位数 82) 分。无切口感染、医源性骨折、神经损伤及锚钉松动移位等并发症发生。结论: 麻醉下手法松解联合关节镜手术是治疗顽固性肩关节周围炎的有效方法。

关键词 肩凝症 关节镜检查 松弛技术

肩关节周围炎是肩部常见的慢性疾病之一。大多数患者通过合理的功能锻炼、物理及药物治疗病情能逐渐好转, 甚至痊愈。但一部分肩周炎患者会遗留肩关节疼痛和僵硬, 严重影响个人生活及工作^[1]。2008 年 8 月至 2010 年 12 月, 笔者采用麻醉下手法松解联合关节镜手术治疗肩周炎患者 21 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 21 例, 男 7 例, 女 14 例; 年龄 52~68 岁, 中位数 59 岁; 左侧 6 例, 右侧 15 例; 病程 10 个月至 7 年, 中位数 4 年; 合并肩袖损伤 14 例; 均有肩关节周围压痛、关节活动受限等症状; 肩关节前屈上举 $65^{\circ} \sim 80^{\circ}$ 中位数 70° ; 肩关节外展 $74^{\circ} \sim 90^{\circ}$, 中位数 83° ; Constant 和 Murley 肩关节评分术前 42~61 分, 中位数 50 分。

2 方法

2.1 手法松解术 臂丛麻醉, 患者取沙滩椅位或仰卧位, 由助手固定肩关节, 术者以手托住患臂肘部, 前、后、左、右稍作晃动, 然后徐徐抬举上臂, 进行矢状面的松解; 再外展、内收患肩, 行冠状面的松解; 最后作内旋及外旋, 进行轴向松解。

2.2 关节镜手术 从前内侧入路引入滑膜刨刀行肩峰下滑膜清除术, 松解上、中、下孟肱韧带及粘连的肱二头肌长头腱, 行选择性松解。合并肩袖损伤者, 在皮肤相对应处分别做 1~2 个长 0.5 cm 小切口, 置入 1~2 枚双固定螺钉系统锚钉, 修补破裂的岗上肌腱及关节囊, 彻底冲洗, 清理纤维条索及漂浮的碎屑, 注

入 1 支透明质酸钠, 撤出关节镜, 包扎切口。术后即行患肩各方向被动及主动活动。合并肩袖损伤者, 术后用外展支架固定肩关节于外展、外旋位, 手术当日即进行肘、腕关节活动, 3 d 后在医师指导下进行肩关节的被动功能锻炼, 包括肩关节在外展支架上的前屈后伸及外展活动, 3 周后撤除外展支架, 进一步进行肩关节的各向运动。

3 结果

21 例患者关节镜下均见关节腔内滑膜增生, 呈炎性改变; 14 例合并肩袖损伤者, 关节囊有不同程度破裂, 肱二头肌长头腱退变, 肌腱滑动严重障碍, 孟肱关节间隙狭窄。手术时间 42~65 min, 中位数 52 min; 住院时间为 8~14 d, 中位数 12 d。21 例均获随访, 随访时间 6~12 个月, 中位数 9 个月; 均疼痛缓解, 肩关节功能改善, 可恢复日常工作和生活; 肩关节前屈上举 $98^{\circ} \sim 130^{\circ}$; 中位数 120° ; 肩关节外展 $100^{\circ} \sim 160^{\circ}$, 中位数 135° ; 外旋均 $>35^{\circ}$, 内旋均超过 T_{11} 水平; Constant 和 Murley 肩关节评分提高到 70~95 分, 中位数 82 分。无切口感染、医源性骨折、神经损伤及锚钉松动移位等并发症发生。

4 讨论

肩关节周围炎是一种肩关节周围软组织与关节囊发生慢性退行性病理变化的疾病^[2]。早期症状以疼痛为主, 多有滑膜水肿、充血; 后期以肩部功能障碍为主, 多有滑膜腔粘连, 纤维素样物质沉积^[3]。功能锻炼、物理及药物治疗是肩周炎的传统治疗方法, 但部分患者因难以忍受疼痛, 常不能坚持 (下转第 41 页)

(上接第 38 页)功能锻炼,或因功能锻炼不规范,导致肩袖损伤及肌腱卡压使症状加重,肩关节功能的恢复更加困难。

麻醉下手法松解术对肩关节功能严重障碍的患者是一种有效的治疗方法,患者痛苦小,容易放松,且该方法对关节内、外的组织粘连均有明显的松解作用,解决了肩周炎挛缩期关节囊壁增厚、部分腔隙闭锁,难以用常规方法达到松解粘连、扩张关节囊的问题,并可为关节镜下进行选择性松解提供条件。手法松解时用力应徐缓,忌用暴力,松解须按顺序进行。严重骨质疏松的患者禁用该方法。关节镜下可直接观察肱二头肌腱、旋袖肌及关节囊的损伤程度;还可清理关节腔内炎性介质及组织,摘除肩关节游离体,术后可明显缓解疼痛。关节镜下对合并的肩袖及关

节囊破裂进行修补,组织损伤小,术中出血少,术后肿胀反应轻、组织再粘连几率小;同时双固定螺钉系统锚钉固定能提供更大的把持力,使固定更坚强,防止修复后再次撕裂,可促进肩袖及关节囊愈合,为日后早期功能锻炼提供了条件。手法松解结合关节镜手术是治疗顽固性肩周炎的有效方法,但现有的技术和评价方法仍需进一步完善。

5 参考文献

- [1] 石仕元,费骏,郑琦. 关节镜下松解配合中药内服治疗肩关节周围炎[J]. 中医正骨,2007,19(4):52.
- [2] 王俊杰,王随修. 动态下针刀松解治疗肩周炎 76 例[J]. 中医正骨,2011,23(4):56.
- [3] 刘斌,姚明新,乔桂芳,等. 关节松动术结合电针治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中医正骨,2011,23(7):6-7.

(2012-01-06 收稿 2012-04-15 修回)