

关节腔内药物注射加手法松解治疗粘连性肩关节囊炎 79 例*

★ 王胜 董人人 王正安 (浙江省嘉兴市中医院骨科 嘉兴 314000)

摘要:目的:观察关节腔内药物注射加手法松解治疗粘连性肩关节囊炎的疗效。方法:采用 Doll's 临床病例随机表的办法,将 155 例病例随机分成治疗组 79 例和对照组 76 例。治疗组为对患者行药物关节腔内注射,然后行肩关节手法松解,对照组为对患者行关节腔内药物注射。结果:疗程结束(入组 2 周)后治疗组及对照组均取得满意疗效,两组相比无显著差异($P > 0.05$),治疗 3 个月后治疗组与对照组疗效比较,有极显著差异($P < 0.01$)。结论:关节腔内注射加手法治疗本病是一种有效、安全的治疗方法,疗效稳定而持久,值得临床推广。

关键词:粘连性肩关节囊炎;关节腔注射;手法松解

中图分类号:R 274.31 **文献标识码:**B

笔者近年来用关节腔内药物注射加一次性手法松解治疗粘连性肩关节囊炎 155 例,收到良好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择浙江省嘉兴市中医院 2005 年 1 月~2006 年 12 月门诊粘连性肩关节囊炎病人 155 例(169 例肩关节),随机分成 2 组。其中治疗组 79 例(83 例肩关节),男 37 例(40 例肩关节),女 42 例(43 例肩关节),年龄 50~70 岁,平均年龄为(55.7±7.7)岁;对照组 76 例(86 例肩关节),男 39 例(42 例肩关节),女 37 例(44 例肩关节),年龄 50~70 岁,平均年龄为(54.9±8.3)岁。

1.2 诊断标准 符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中肩周炎的诊断标准^[2]。(1)为中老年人,多继发于肱二头肌腱鞘炎,或上肢外伤后,病程不短于 6 个月;(2)肩部疼痛:开始较轻,以后逐渐加重,昼轻夜重,不能睡于患侧,疼痛可向颈、耳、肩胛、前臂和手放射;(3)肩关节活动受限:以上臂外展、内旋、外旋明显,严重者不能穿衣、梳头、洗脸等;(4)体征:肩部肿胀不明显,肩前、肩后、肩峰下三角肌止点处有压痛,以结节间沟处为明显,可见三角肌萎缩,肩关节活动范围受限,特别是外展、上举、外旋和内旋;(5)常规 CR 摄片无异常发现,后期可见肩部骨质疏松,无骨质破坏,可在肩峰下见到钙化阴影;

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准的 40~70 岁粘

连性肩关节囊炎患者;(2)上肢上举小于 100°,后伸小于 15°;(3)患者自愿合作,并能按照要求定期复诊者。

1.4 排除标准 (1)不符合上述诊断标准和纳入标准者;(2)已接受其它有关治疗,可能影响本研究的效应指标观测者;(3)合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者;(4)年龄在 70 岁以上或 40 岁以下的患者;(5)排除以下疾病(风湿类疾病:类风湿性关节炎、强直性脊柱炎等);感染性关节炎(关节结核、化脓性关节炎等);反应性关节炎(过敏性关节炎、血小板减少性紫癜性关节炎、皮肤病性关节炎等);代谢性关节炎(大骨节病、痛风等;关节内肿瘤);其它特异性关节病。

1.5 剔除病例标准 因各种原因临床资料不全者和随访脱落者。

2 治疗方法

2.1 对照组 行关节腔内药物注射。患者取坐位,于患侧肩胛骨喙突与肱骨大结节之间前入路穿刺,进入关节腔后,注入全部药液,做关节腔液压扩张及局部麻醉。每周 1 次,连续 2 次。

关节腔注射液组成:2%利多卡因 2.5 ml + Vit B₁₂ 0.5 mg + 曲安奈得注射液 5 mg,用生理盐水稀释成 10 ml 备用。若患者双侧粘连性肩关节囊炎,单肩注射液组成为:2%利多卡因 2.5 ml + Vit B₁₂ 0.25 mg + 曲安奈得注射液 2.5 mg,用生理盐水

* 浙江省嘉兴市科技计划项目

稀释成 10 ml 备用。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上手法每周 1 次,连续 2 次为一疗程。部分患者若疗效欠满意,需增加治疗一疗程。

(1)扳肩法:患者取仰卧位,术者一手固定胸壁,一手扳拉肱骨上端向上举(最好有助手固定患者肩胛骨),当超过 120°后,常可闻及组织松解的撕裂声。要求上肢高度达到 150°左右,并根据患者耐受度适可而止。

(2)旋肩法:患者侧卧位,患肩在上,术者以胸部及右肩部固定患者肩关节及肘关节,作肩部后伸旋后运动,使患者患肢手背能抵达对侧肩胛骨下角为宜,有时亦能闻及细小的撕裂声。

2.3 术后处理 (1)药物治疗:每次治疗后嘱患者口服抗炎镇痛类药(如扶他林 75 mg/日×7 天),肌肉松弛类药(如妙纳 7.5 mg/8 小时×7 天)。

(2)功能锻炼:一般于治疗后次日,疼痛即会缓解,嘱开始主动功能锻炼,要求作爬墙,后伸摸腰,患肩环转等运动,早晚各 1 次,每次 15 分钟。

3 结果

3.1 疗效评定方法 评分方法采用 Constant Murley 肩关节评分系统^[3]。该系统是一个简单的百分制系统,不需要换算。主观和客观成分的比例是 35/65。其中疼痛 15 分,日常活动 20 分,肩关节活动范围 40 分,力量测试 25 分。治疗前计分 1 次,疗程结束(入组 2 周)后计分 1 次,入组 3 月后计分 1 次。评价方法采用尼莫地平评分法。

评价方法:采用“尼莫地平评分”,计算公式为治疗前后积分差÷治疗前积分×100%,以百分数表示。临床基本痊愈:≥95%;显效:≥70%、<95%;有效:≥30%、<70%;无效:<30%。统计学分析:统计学采用 SPSS12.0 软件包。数值变量以 $\bar{x} \pm s$ 表示,疗效分析使用 Ridit 分析。

3.2 疗效比较 (1)入组 2 周后,两组疗效对比,治疗组患肩例数 83 例,痊愈 53 例,显效 20 例,有效 4 例,无效 2 例,有效率 97.59%。对照组 86 例,相应为 45、27、11、3 例,96.51%。两组比较 $\chi^2 = 1.32$, $P = 0.188 > 0.05$ 。疗程结束(入组 4 周)后治疗组与对照组均取得满意疗效,并且两组相比无显著差异。即短期疗效相比,关节腔内注射结合手法治疗与单纯肩关节注射疗效无显著差异。

(2)入组 3 个月后,两组疗效对比,治疗组 79 例,痊愈 46 例,显效 24 例,有效 9 例,无效 4 例,有效率 95.18%;对照组 76 例,相应为 37、19、16、14 例,83.72%。两组比较 $\chi^2 = 2.239$, $P = 0.025 <$

0.05。可见入组 3 个月后对照组疗效下降明显,两组对比有显著差异($P < 0.05$),即关节腔内注射结合手法治疗比单纯肩关节注射中远期疗效更好。

4 讨论

本疗法特点为关节腔内注液扩张,以消除关节无菌性炎症,并阻止再次粘连。肩关节抗阻力被动上举及肩关节抗阻力被动后伸后旋,注重肱肩关系的手法应用,而松解挛缩及粘连。

关节腔内药物液压扩张,即是向关节囊内加压注入液体,通过液压,掀起发炎的滑膜组织,分离囊内粘连,逐渐扩张已挛缩的关节囊,使关节腔容积在一定程度上得以恢复^[4],达到松解及消除无菌性炎症的目的。我们认为,注入的液体在一定程度上稀释了关节腔内的代谢产物和酸性致痛物质,缓解了疼痛症状。利多卡因可松弛挛缩,曲安奈得及维生素 B₁₂可消除腔内及周围无菌性炎症,同时阻止松解后再次粘连,但如要彻底解决关节粘连,还需进一步手法松解。

因粘连性肩关节囊炎的病理改变主要是肩关节及周围软组织的无菌性炎症和广泛粘连。在手法松解时肩关节自下垂到上举,肱骨头和关节盂之间产生角度运动和位移,要完成这些运动,必须保证关节囊、皱襞有足够的伸展度。一旦这些部位出现粘连、挛缩等病理变化,要完成滑移及位移就相当困难。关节囊不同部位的粘连,也包括肌腱、韧带、肌肉等等,将会对肩关节的不同运动产生不同程度的影响,从而出现不同方向的功能障碍。粘连性肩关节囊炎早期从其病理改变而言,粘连挛缩只见于局部,久之则出现全关节粘连,使各个方向的功能活动都明显受限。鉴于上述原因,我们设计了抗阻力上举以及抗阻力后伸后旋,通过手法使肩峰及肱骨头之间的间隙增加,使肱骨头进行相对于关节盂的上下移动及外展活动,缓慢的加压能保证关节囊松解而不撕裂,以避免产生脱位等并发症,要求尽量到位并适可而止,一般上举手法后立即测量,平均可增加上举 60°左右。

注意事项:(1)严格无菌操作:注射后输液贴覆盖创口 1 天;(2)切忌松解手法粗暴:粘连性肩关节囊炎由于其关节囊粘连挛缩,在进行手法松解时,如采用暴力很容易引起关节囊下方严重撕裂,甚至关节脱位,也有文献报道出现骨折及神经损伤等并发症。因此要先向患者说明情况,需要患者的充分配合,由轻而重,持续缓慢,循序渐进;(3)主动功能锻炼:本法治疗后要求患者于静止痛消失后立即进行爬墙、后伸摸腰等功能锻炼,效果明显。在治疗过程

关节镜下治疗踝关节前外侧软组织撞击综合征 9 例

★ 褚小刚 余兆仲 万小明 (江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:踝关节前外侧软组织撞击综合征;关节镜;手术疗法

中图分类号:R 274.32 文献标识码:B

内翻性踝关节损伤临床上非常常见,扭伤后无骨折脱位,但反复出现踝关节前外侧肿痛,而无踝关节不稳定,长期非手术治疗效果不佳。随着关节镜技术的发展,发现其肿痛常因前下胫腓韧带、前距腓韧带损伤后瘢痕化,滑膜炎症反应以及受到撞击所致,也称为“踝关节前外侧软组织撞击综合征”,关节镜下切除这些病变组织可缓解疼痛及肿胀。以下总结 2004~2008 年 9 例关节镜下治疗踝关节前外侧软组织撞击综合征的体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 12 例踝关节前外侧软组织撞击综合征临床诊断疑似病例者施行踝关节镜检查,关节镜下确诊并治疗踝关节软组织撞击综合征 9 例,男 6 例,女 3 例;左侧 4 例,右侧 5 例;年龄 19~52 岁,平均 28 岁;病程 3~15 个月(平均 8 个月)。运动损伤 7 例,下楼时扭伤 2 例,均为内翻性损伤。

1.2 踝关节前外侧软组织撞击综合征临床诊断标准

本组对具有以下临床表现者进行关节镜检及镜下手术:(1)踝关节一次或多次扭伤史;(2)局限性踝关节前外侧疼痛、肿胀,运动后加重,休息后减轻;(3)体征见踝关节前外侧的局限性压痛,踝关节背伸和外翻时疼痛;(4)保守治疗 3 个月以上无效;

中应注意,松解后应尽量加强功能锻炼,减少再粘连机会,以期达到治愈的目的。

本研究进一步证实,关节腔注射加手法治疗肩关节周围炎的有效性、安全性,本疗法无论在肩部疼痛缓解还是肩关节功能活动度恢复方面都有显著的疗效,值得临床推广。

参考文献

[1]郭长发.肩周炎的诊断与康复[M].北京:中国医学科技出版社,

(5)X 线检查无骨折脱位或骨折脱位已愈合纠正,应力位 X 线片无踝关节不稳;(6)化验检查未见异常。

1.3 关节镜检及关节镜下清理术

1.3.1 器械与设备 30°、410 mm、217 mm 关节镜系列。冷光源、摄像监视器、视频成像、冲洗、切割、修整关节内病损的器械、电动刨削系统等设备。

1.3.2 手术方法 常规硬膜外或腰麻,在踝关节线前内、前外、后外方做三个标准入孔。(1)穿刺:2 枚 7 号针分别由前内、前外孔处刺入踝关节内,从一针孔注入 30 ml 生理盐水,由另一针孔流出,证明两针均刺入关节内。(2)拔出前内侧入孔的 7 号针,沿针孔纵行切开皮肤 5 mm,将小弯止血钳顺皮肤切口钝性刺入关节内,关节套管将关节镜顺此通道引入关节内,套管的进水接头连接装满林格氏液的吊瓶胶管,水由关节镜套管进入关节内,此时前外侧的针孔有水流出。(3)镜检:关节镜进入踝关节后,首先在前方找到胫距间隙,顺之观察胫骨远端前方,距骨顶、颈、内、外踝软骨面;再观察三角韧带深面、下胫腓联合韧带前方、外侧沟有无韧带撕裂、肥厚、滑膜增生,有无骨折、骨赘、游离体。关节镜下诊断标准:(1)踝关节下胫腓关节前方或外侧可见增生肥厚的软组织,以“半月板”状改变为主要特征。(2)踝关节下胫腓关节前方有不规则的撕裂韧带。(3)

1993.36-37.

[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,1994:186-190.

[3]Yian EH,Ramappa AJ,Arneberg O,et al.The Constant score in normal shoulders[J].J Shoulder Elbow Surg,2005,14(2):128-133.

[4]王晶青,葛京华,侯宝兴,等.液压扩张加手法治疗肩关节周围炎疗效观察[J].上海中医药杂志,2007,41(10):60-61.

(收稿日期:2009-07-14 责任编辑:曹征)