

中西医结合治疗肩周炎疗效观察

卓秋贵

(广东省饶平县人民医院 饶平 515700)

摘要:目的:通过对肩周炎进行规范诊断和分期综合治疗观察,寻求一种令人较为满意的治疗方案。方法:规范诊断标准,并进行分期,有针对性、阶梯式地把神经阻滞、小针刀疗法、痛点局部阻滞、手法松解以及关节改善剂注射等措施进行有机地结合,治疗观察 93 例。结果:冻结开始期 56 例中有 3 例需追加臂丛神经阻滞下手法松解,27 例冻结期患者有 3 例行两次手法松解,6 例行玻璃酸钠关节内注射。全组病人治疗结果:痊愈 79 例,显效 10 例,好转 4 例。疗程 15~43d 不等。结论:肩周炎的治疗,首先应明确诊断标准,并根据肩周炎的基本病理和产生疼痛的机制,把握病程各期的主要特点和矛盾,灵活运用多种治疗方法,制定综合治疗方案,并根据临床疗效反复评估分期判断,适时调整治疗措施,方能取得良效。

关键词:肩周炎;分期治疗;神经阻滞;小针刀

Abstract:Objective:To get a more satisfying treatment procedures ,we had retrospectively analysed the clinical data of standardized dingnosis and staged comprehensive treatment of periomitis.Methods:we had standardized dingnostic critia and studied treatment effects of periomitis through individualized therapy such as nerve blocking ,little aerobnife therapy,local anaesthesia of ache-point, manual lysis and medication of joint cavity.Results:At the initiation of frozen period>manual release under brachial plexus nerve block need to be operated to 3 patients in 56 patients ,however,at the frozen period,3 patients were treated with twice manual release,and 6 patients were injected sodium hyaluronate intoarticular cavity.As aresult,79 patients were healed,and 10 petients had an effective improvement,4 patients took a favorable turn.The period of treated were 15~43 days.Conclusion:It is important to understand the basic pathology and pain-producing mechanism of peritonitis and make definite diagnostic critia.In order to secure a better therapentic result, we should grasp the main characteristic and contradiztion of these cases and make an in time flexible,comprehensive,individualized way.

Key words:periomitis;staying treatment;nerve block;little aerobnife

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0002-02

肩周炎是一种长期困扰中老年人的严重疾患,与肩部轻度外伤、过度劳累或受寒有关,一般无全身症状,其主要特征是肩关节活动受限,肩部酸痛、钝痛,以肩关节外展上举时明显,严重时疼痛放射到同侧上臂、前臂,甚至颈部、枕部,夜间影响睡眠。目前对肩周炎的诊断比较混乱,治疗方法多种多样,如理疗、针灸及痛点注射等,但到目前为止似乎还没有一种令人满意的治疗方法^[1]。从 2003 年 12 月开始,我们按拟定的一套措施,对肩周炎病人进行了规范诊断治疗观察,希望能找到一个效果较为满意、能得到推广的方案。现进行回顾性总结,并报告如下:

1 诊断标准

1.1 诊断 (1)40 岁以上中老年人,有风湿寒侵袭史或外伤门脉高压性腹水的诊断,敏感度为 93.1%,特异度为 93.5%,真实性为 93.3%。临床工作中先将腹水明确为非门脉高压性和门脉高压性,再结合其他指标能较容易地诊断出腹水的性质,在临床上非常实用。

参考文献

[1]Runyon B, Montano A, Akriadias E, et al. The serum-ascites albumin gradient is superior to exudates-transudate concept in differential diagnosis of ascites[J]. Ann Intem Med, 1992, 117: 215~220
[2]Dittrich S, Yordi LM, de Mattos AA. The value of serum ascites albumin gradient for the determination of the portal hypertension in the diagnosis of ascites [J]. Hepatogastroenterol, 2001, 48 (37): 166~168
[3]Akriadias E, Kapnias D, Hadjigarivel M, et al. Serum/ascites albumin gradient: its value as a rational approach to the differential diagnosis of ascites[J]. Scand J Gastroenterol, 1996, 31: 814
[4]Kravetz D, Bildozola M, Argonz J, et al. Patients with ascites have

史; (2)肩部疼痛及活动痛,夜间加重,可放射到手,但无感觉异常; (3)肩关节活动(上举、外展、内旋、外旋)受限; (4)肩周压痛,特别是肱二头肌长头腱沟; (5)肩周肌肉痉挛或肌萎缩; (6)X 线及化验检查无异常发现。

1.2 分期

1.2.1 冻结开始期 肩关节有不舒适及束缚的感觉,疼痛局限于肩关节的前外侧,有的延伸至三角肌的止点,肩肱关节逐渐出现僵硬与疼痛。

1.2.2 冻结期 肩部疼痛可轻可重,但每于夜晚加重,可影响睡眠,肩活动时引起剧烈疼痛和肌肉痉挛。肩肱关节活动完全受限,此期病程可以为数周、数月甚至数年,后期疼痛可逐渐减轻或消失。

higher varceal pressure and wall tension than patients without ascites [J]. Am J Gastroentrol, 2000, 95(7): 1 770~1 775
[5]Avila Mdelc, Roldan MV. Diagnosis effectiveness of albumin ascitic fluid[J]. Rev Gastroenterol Peru, 2004, 24(2): 127~134
[6]Runyon BA. Refractory ascities [J]. Semin Liver Dis, 1993, 13 (4): 343~351
[7]Demirel U, Karıncaoglu M, Harputluoglu M, et al. Two findings of portal hypertension: Evaluation of correlation between serum ascites albumin gradient and esophageal varices in non alcoholic cirrhosis [J]. Turk J Gastroenterod, 2003, 14(4): 219~222
[8]Gupta R, Misra S, Dwivedi M. Diagnosing ascites: value of ascetic fluid total protein, album, cholesterol, their ratios, serum-ascited album in and cholesterol gradient [J]. J Gastroenterol Hepatol, 1995, 10: 295~299

(收稿日期: 2006-07-11)

1.2.3 解冻期 病程较长, 肩痛很轻或基本无疼痛, 肩关节僵硬逐渐缓解, 肩肱关节逐渐可以活动, 并且活动范围逐渐增加, 部分患者肩肱关节功能恢复不完全, 个别患者肩肱关节功能不恢复甚至完全强直。

2 临床资料

2.1 一般资料 按以上标准, 从 2003 年 12 月~2005 年 8 月, 共收治 93 例肩周炎病人, 其中男性 42 例, 女性 51 例, 女性略多于男性, 平均年龄 53.2 岁。根据临床症状分期: 冻结开始期 56 例, 冻结期 27 例, 解冻期 10 例; 左肩 54 个, 右肩 43 个, 4 例病人累及双肩; 病程最短 5d, 最长 38 个月。

2.2 治疗方法 病人确诊后, 按临床分期分别治疗: (1) 冻结开始期, 以 0.8%利多卡因 + 维生素 B₁₂ + 维生素 B₁ 行肩胛上神经 / 腋神经阻滞, 同时联合小针刀疗法, 首次治疗, 神经阻滞液中加入曲安奈德 20mg。(2) 冻结期, 先在肌间沟臂丛神经阻滞下予以手法松解, 尽量复原肩关节活动度。此后按冻结开始期方案治疗。(3) 解冻期, 视情况按冻结开始期或冻结期方案治疗, 并常规行玻璃酸钠关节内注射。全组病人每周治疗 1 次, 并嘱患者坚持功能锻炼, 视病情需要可配合痛点局部阻滞, 无内服药物。按分期经 3 次治疗, 效果不满意者转入下一分期方案进行治疗。

2.3 疗效判断标准 临床治愈: 肩部疼痛消失, 肩关节活动恢复正常; 显效: 肩部疼痛基本消失, 肩关节活动明显改善; 好转: 肩部疼痛次数减少, 肩关节活动有所改善; 无效: 治疗前后病情无改善。

2.4 结果 冻结开始期 56 例中有 3 例需追加臂丛神经阻滞下手法松解, 27 例冻结期患者有 3 例行两次手法松解, 6 例行玻璃酸钠关节内注射。全组病人治疗结果: 痊愈 79 例, 显效 10 例, 好转 4 例。疗程 15~43d 不等。半年电话随访 52 例, 3 例有复发倾向。

3 讨论

肩周炎的基本病理是肩部滑膜、肌群、肌腱、关节囊等的无菌性炎症、粘连、挛缩致肩关节的功能活动受限及持续痉挛性疼痛。肱二头肌长头腱与喙肱肌相平行, 活动时相互摩擦, 积累劳损而致腱鞘间的无菌性炎症, 引起疼痛, 可能为肩周炎早期原因之一。当肩部某一部位出现无菌性炎症, 肩部因痉挛性疼痛而不愿活动, 使肩局部肌肉群间的拮抗、协同作用紊乱, 波及其他, 最终导致邻近肌肉、腱鞘、关节囊等粘连、挛缩和功能障碍^[1]。

疼痛机理的研究至今没有统一的认识。一般认为当组织受到机械性压迫或化学炎症物质的刺激达到一定程度时, 致使组织损伤产生某些化学致病物质(如组织胺、缓激肽等), 这些物质刺激了痛觉感受器, 并由传入神经传入中枢而引起疼痛。此时患者血液中的儿茶酚胺浓度升高, 导致骨骼肌和血管痉挛, 形成恶性循环。因此治疗肩周炎应阻断肩胛上神经和腋神经分布至肩关节周围肌及其附近的感觉、运动神经

及伴随血管的交感神经, 切断其痛觉反射的传导路, 解除肩部肌及血管痉挛, 从而达到改善局部血流量、促使炎症恢复和消除局部疼痛的目的^[2]。

要使肩周炎的疗效好, 首先要明确诊断, 详细地进行鉴别诊断, 以除外肩袖不全断裂、钙化性肌腱炎等疾病, 因为这些疾病都可产生肩肱关节的疼痛与活动限制, 最易误诊^[3]。本研究通过明确诊断标准, 剔除某些易于混淆的肩部疾患, 并根据肩周炎的基本病理, 制定治疗方案, 使治疗能有的放矢, 取得良效。

近年来有资料显示, 神经阻滞、小针刀疗法、痛点局部阻滞、手法松解等方法对肩周炎的治疗有一定效果, 但都有其局限性^[4]。肩周炎病程、病变部位结构的复杂性, 其病理变化及临床表现也复杂多样, 病程的分期界限往往不明显。临床治疗过程中, 应注意根据疗效, 反复评定分期判断, 并对治疗措施进行相应的调整, 方能取得预期的效果。本研究根据肩周炎的基本病理和产生疼痛的可能机理, 采用神经阻滞、小针刀疗法、痛点局部阻滞、手法松解以及关节改善剂注射等综合措施, 寻求一种令人较为满意的治疗方案。神经阻滞(包括臂丛神经、肩胛上神经、腋神经以及痛点阻滞)和小针刀疗法能迅速缓解疼痛, 可有效地消除炎症、避免粘连、阻断疼痛的恶性循环, 为本项目的核心技术, 对冻结开始期的病人, 该措施往往足以使疾患逆转; 麻醉下手法松解能使患者在无痛的状态下接受治疗, 而医生则可从容地施展手法, 使关节功能得以最大限度复原; 关节功能改善剂(玻璃酸钠)可覆盖和保护关节组织, 改善润滑功能, 通过渗入变性的软骨关节和关节膜, 抑制软骨的变性并改善变性软骨中的软骨代谢, 还可通过抑制关节膜上疼痛介质而显示缓解疼痛的效果^[5]。把几种方法有机地结合起来, 阻断肩关节周围肌及其附近的感觉、运动神经及伴随血管的交感神经, 切断其痛觉反射的传导通路, 解除肩部肌及血管痉挛, 从而达到改善局部血流量、促使炎症恢复、消除局部疼痛、改善关节功能的目的, 同时有效地减少复发。

该项目近年在本院推广应用, 明显提高肩周炎的治疗水平, 收到较好的经济效益和社会效益。

参考文献

[1] 窦忠新, 郭怀海, 陈秀清, 等. 肩胛上神经和腋神经联合阻滞治疗肩周炎的应用解剖[J]. 中国临床解剖学杂志, 2000, 18(3): 218~220
[2] 叶陈前. 神经阻滞疗法[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 1991. 209~211
[3] 程国林, 李忠孝, 程雪梅, 等. 肩胛上神经阻滞治疗肩关节周围炎 54 例体会[J]. 中华麻醉学杂志, 1993, 13(S): 45
[4] 侯典勤, 王中军, 李平华, 等. 腋神经阻滞治疗肩周炎临床观察[J]. 中华麻醉学杂志, 1993, 13(S): 51
[5] 吴正荣, 扬孝诚, 辛维藩. 现代临床外科领域研究新进展[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996. 1 294~1 296

(收稿日期: 2006-04-20)



欢迎订阅! 欢迎电子邮件稿件! 欢迎广告惠顾!