针刀与局部封闭疗法对照治疗 肩周炎 55 例临床疗效观察

□权伍成* 张秀芬 (武警北京总队第二医院 北京 100039)
朱汉章 (北京中医药大学 北京 100029)

摘要:目的:通过观察针刀治疗肩周炎与局部封闭治疗方法相对比,观察针刀治疗肩周炎的疗效。方法:采用随机数字表法对就诊病人进行随机分组,分为针刀治疗方法和局部封闭治疗方法对肩周炎患者进行治疗,将针刀治疗组与局部封闭对照组在疗程结束及治疗结束后3个月统计疗效,并进行对照分析。结果:近期疗效统计发现,针刀治疗组的治愈率为46.5%,有效率为89.3%;局部封闭对照组的治愈率为18.6%,有效率为70.4%,两组相比差异均有非常显著性意义($P<0.05$);远期疗效比较结果为,针刀治疗组的治愈率为53.6%,有效率为89.3%,封闭对照组的治愈率为11.2%,有效率为70.4%,两组相比差异均有非常显著性意义($P<0.05$)。结论:针刀组治疗肩周炎与局部封闭对照组相比,其治疗效果有显著差异,针刀治疗组的治疗效果远远好于封闭对照组。

关键词:肩周炎 针刀疗法 局部封闭

肩关节周围炎简称肩周炎,是肩关节周围肌肉、韧带、肌腱、滑囊、关节囊等软组织的慢性炎症。中医学把肩周炎称为“肩凝症”、“冻结肩”、“漏肩风”等。临床表现为肩痛,向前臂或颈部放射,肩关节活动受限,外展,旋转障碍显著等。一般采用针灸、推拿、封闭、内服中药、口服西药加体育锻炼等方法治疗,但病程较长,疗效不甚满意。我们自2003年1月以来,采用针刀疗法和局部封闭疗法对肩周炎对55例肩周炎患者进行了治疗并进行了对照,取得比较让人满意的疗效。

一、临床资料

共搜集到肩周炎病例55例,其中,男性25例,女性30例,年龄31~40岁之间为8例;41~50岁之间为20例;50岁以上的27例。病程最长3年,最短4个月。对临床就诊的病人按照随机数字法进行分组,分为针刀治疗组和封闭对照组进行治疗。共诊治了针刀治疗组28例,封闭对照组27例患者。

二、诊断

诊断标准依据国家中医药管理局“中医病症诊断疗效标准^[1]”。患者体症表现为:

收稿日期:2006-05-20

修回日期:2006-08-08

* 联系人:权伍成,主治医师,研究方向:针刀治疗骨性关节炎的临床研究,E-mail:chengwq2000@163.com。

120 [World Science and Technology/Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica]

①慢性劳损,外伤筋骨,气血不足,复感受风寒湿邪所致。

②好发年龄在50岁左右,女性发病率高于男性,右肩多于左肩,多见体力劳动者,多为慢性发病。

③肩周疼痛,以夜间为甚,常因天气变化及劳累而诱发,肩关节活动功能受限。

④肩部肌肉萎缩,肩前、后、外侧均有压痛,外展功能明显受限,出现典型的“扛肩”现象。

⑤X线检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。

三、治疗方法

1. 针刀治疗^[2]

针刀治疗每周一次,三次针刀治疗为一个疗程。

(1) 针刀操作方法。

用针刀在喙突处喙肱肌和肱二头肌短头附着点、喙肱韧带、冈上肌止点、肩峰下滑囊、冈下肌和小圆肌的止点,分别作切开剥离或纵行疏通剥离,在肩峰下滑囊作通透剥离。如肩关节周围尚有其它明显压痛点,可以在该压痛点上作适当的针刀手术。

(2) 针刀外手法治疗。

针刀术后的手法治疗按朱汉章著的《针刀医学原理》^[2]中相关肩周炎章节中描述的方法进行操作。

2. 局部封闭治疗^[3]

在压痛明显部可用强的松龙(2mL)50mg加利多卡因5mL局部封闭,一周1次,共3次,3次为一个疗程。治疗中注意严格无菌操作,以免发生化脓性肩关节炎,在注射伤口敷盖消毒敷料,然后用胶布固定2~3天,3天内不能下水及洗澡。

四、疗效标准

我们在一个疗程结束后及治疗结束后3个月进行一次随访并进行疗效评定。采用肩关节疾患治疗成绩判定标准(JOA)^[4]给就诊的患者进行评分,疗效评定按治愈、显效、有效、未愈4级评定。

治愈:临床症状完全消失,肩部外展外旋、后伸功能完全恢复正常,或变化率 $[(\text{治疗前值}-\text{治疗后值})/\text{治疗前值}]>3/4$ 。

显效:临床症状大部分消失,肩部外展外旋、后

表1 两组患者近期疗效比较

组别	例数	治愈	好转	未愈	治愈率(%)	有效率(%)
针刀治疗组	28	13	12	3	46.5	89.3
封闭对照组	27	5	14	8	18.6	70.4

表2 两组患者远期疗效比较

组别	例数	治愈	好转	未愈	治愈率(%)	有效率(%)
针刀治疗组	28	15	10	3	53.6	89.3
封闭对照组	27	3	16	8	11.2	70.4

伸功能基本恢复正常,或变化率 $>1/2$ 且 $\leq 3/4$ 。

好转:临床症状基本消失,肩外展、外旋受限 10° 以内,或变化率 $>1/3$ 且 $\leq 1/2$ 。

未愈:症状无改善,或变化率 $\leq 1/3$ 。

五、结果

对针刀治疗组和局部封闭组在治疗结束后及治疗后3个月进行了远期疗效的跟踪随访,进行统计如下。

表1显示,针刀治疗组的近期有效率高于针刺对照组,两组间差异有非常显著性意义($\chi^2=42.950$, $P<0.05$);两组的治愈率有非常显著性意义($\chi^2=57.573$, $P<0.05$)。

表2显示,针刀治疗组的远期有效率高于封闭对照组,两组间差异有非常显著性意义($\chi^2=20.480$, $P<0.05$);两组的治愈率有非常显著性意义($\chi^2=30.732$, $P<0.05$)。

六、讨论

1. 肩周炎定义

肩周炎在我国常误认为是引起肩痛的肩关节周围疾病的统称,导致很多肩痛的患者被误诊为肩周炎,不明原因的肩痛和活动障碍常被归结为“肩周炎”。实际上“肩周炎”并非单纯从字面上理解。根据美国肩肘外科医师学会的定义^[5],肩周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。

1872年 Duplay 首先提出肩周炎的诊断名词。1934年 Codman^[5]研究无明确外伤原因的肩痛伴有功能障碍的病理表现,命名为“冻结肩”,把它和其它肩周炎的疾病区分开来。1943年 Lippman 强调所谓冻结肩是肱二头肌长头腱鞘炎所致。1945年 Moseley 和 1951年 McLaughlin 则指出肩峰下滑囊炎和冈上肌腱病变是肩周炎的主要原因。1973年 Depalma 手术探索肱二头肌长头腱问题占主要地位,认为应与肩周炎分开。国内也已把肱二头肌腱鞘炎、三角肌下滑囊炎、冈上肌腱炎等与肩周炎分开,狭义的肩周炎就是指冻结肩。

冻结肩又称疼痛性肩关节挛缩症,是中年以后突发性的肩关节疼痛及关节挛缩症,好发于50岁前后,故又称“50肩”,中医称为“凝肩”或“漏肩风”。本病为具有自愈倾向的自限性疾病,经过数月乃至数年时间,炎症逐渐消退,症状得到缓解。本病确切病因尚不清楚,病理变化为一种多滑囊、多部位的病变,病变范围累及肩峰下或三角肌下滑囊、肩胛下肌下滑囊、肱二头肌长头腱鞘以及孟肱关节滑膜腔,同时可累及冈上肌、肩胛下肌及肱二头肌长头腱、喙肩韧带、喙肱韧带。早期滑膜水肿、充血、绒毛肥大伴有渗出,后期滑膜腔粘连闭锁,纤维素样物质沉积。

2. 肩周炎的分期

黄公怡等^[6]把冻结肩的临床发病过程分为三个阶段。

急性期,又称冻结进行期:起病急骤,疼痛剧烈,肌肉痉挛,关节活动受限。夜间痛剧,压痛范围广泛,喙突、喙肱韧带、肩峰下、冈上肌、肱二头肌长头腱、四边孔等部位均可出现压痛,X线检查一般阴性。急性期可持续2~3周。

慢性期,又称冻结期:此时痛相对减轻,但压痛范围仍较广泛,关节功能受限发展到关节挛缩障碍,此时关节僵硬,梳头、穿衣、举臂托物、向后腰结带等动作均感困难。肩关节周围软组织呈“冻结”状态。关节造影,腔内压力增高,容量减少至5~15ml(正常人20~30ml),肩胛下肌下滑囊闭锁,不显影,肩孟下滑膜

皱襞间隙消失,肱二头肌长头腱鞘充盈不全或闭锁。关节镜检查:孟肱关节囊纤维化,囊壁增厚,关节腔内粘连,肩孟下滑膜皱襞间隙闭锁,关节容积缩小,腔内可见纤维条索及漂浮碎屑。本期可以持续数月乃至一年以上。

功能恢复期:孟肱关节腔、肩周滑囊、腱鞘的炎症逐渐吸收,血供恢复正常,粘连吸收,关节容积逐渐恢复正常,在运动功能逐步恢复过程中,肌肉的血供及神经营养功能得到改善,大多数患者肩关节功能可恢复到正常或接近正常。

3. 功能解剖和组织病理学

孟肱关节囊附着于关节孟周缘,向下附着于肱骨解剖颈处。关节囊的前部被孟肱韧带加强,孟肱韧带束有上、中、下三束。包绕肩关节囊外的是冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌腱形成的肩袖。冈上肌腱和肩胛下肌腱之间,被喙突和肱二头肌长头腱穿越,形成肩袖间隙,其中有喙肱韧带加强。喙肱韧带在内侧起自喙突根部,附着于肩关节囊前方,向外止于肱骨大小结节与深层的上孟肱韧带形成复合体。正常的肩关节囊较为松弛,尤其是在腋窝部形成袋状皱褶。随着肩关节位置的变化,关节囊韧带处于交替的松弛和紧张状态,以限制关节的过度移位。关节腔容量的减小是肩周炎的一个重要特征。正常肩关节造影能够很好地显示关节囊下方的袋状皱褶,并可以容纳15~18mL的液体,而在肩周炎病例中,关节腔容量小于10mL,且大多数低于5~6mL^[7]。

由于肩周炎以肩外旋受限最为典型,而喙肱韧带是限制肩外旋的主要因素^[8],人们推测肩袖间隙处喙肱韧带的病变是肩周炎发病的原发病灶和病理机制。这一假设得到了越来越多的研究所证实。Mengiardi等通过MRI检查证实肩周炎病例中有喙肱韧带和肩袖间隙处关节囊的明显增厚。Kilian等在对肩周炎关节镜检并取材活检时发现,所有病例中并无肩关节囊的明显粘连,肩袖间隙处的关节囊组织有大量成纤维细胞增生、血管壁增厚,透射电镜观察未发现明显炎症病变,但肩袖间隙处关节囊胶原纤维增粗、排列紊乱、扭曲。Omari等在开放手术松解肩周炎的关节僵硬时发现,喙肱韧带呈束带状增厚挛缩,

其中有增生的成纤维细胞、肌成纤维细胞和大量Ⅲ型胶原;手术松解喙肱韧带疗效满意。

4. 针刀治疗肩周炎的机制

针刀医学是在中医基本理论指导下,吸收现代科学技术成果,包括西医学的新成果,再创造而形成的一套新的医学理论体系,经过近30年的发展,已形成一套完整的理论体系,是中医在基本理论方面实现现代化的成功范例之一。

针刀是将中医的针和西医的刀融合到一起,吸取了针和刀的优点,创造出的全新的医疗器械,在临床治疗上发挥了针和刀的双重治疗作用,从根本上改变了临床某些疾病的治疗方法,同时,将一部分开放手术变为闭合性手术,极大地减少了患者的痛苦,同时也是避免了手术创伤带来的后遗症和并发症。

根据针刀医学关于慢性软组织损伤的学说^[2],人在50岁左右内分泌失调,引起肩部的代谢障碍,使得代谢物瘀积而刺激有关的软组织,引起炎症反应,进而影响肩部血液循环,造成肩关节的动态平衡失调,而产生上述临床表现。慢性期急性发作时,肩部软组织的滑液进一步减少,甚至枯竭,可促进软组织粘连的形成,而形成“冻结肩”,使上述临床表现加剧。依据上述理论,肩关节周围肌肉损伤的部位主要是肱二头肌长短头、肩胛下肌、冈上肌、冈下肌、小圆肌、三角肌的起止点,特别应是在喙肱韧带处进行彻底的松解。只要用针刀将其附着点的粘连松解、瘢痕刮除,使肩关节的动态平衡得到恢复,肩周炎的症状体征和功能障碍将很快得到改善,并最终痊愈。

肩周炎的治疗主要有两个目的:缓解疼痛和恢

复关节活动度。目前国际上缓解疼痛的治疗手段主要包括:①口服药物,如非甾体类消炎镇痛药(NSAIDs),疗效有限。②局部痛点封闭,常用的有可的松,据报道长期效果并不理想,我们采用强的松龙局部封闭治疗方法,疗效也不甚理想。③推拿,用大剂量的推拿手法对粘连的软组织进行强行撕开会增加患者的痛苦,而且容易引发各种并发症。④针灸,选取肩三针、条口等穴位进行治疗,疗效有限。

针刀治疗肩周炎,与传统的针灸相比较,有选位准确、松解彻底、疗效优越等特点,是对传统针灸进行现代化的一种新的尝试。针刀具有能够有效的松解粘连、刮除瘢痕,恢复肩关节的正常功能。经过统计学处理发现针刀组的远期治愈率较近期有所提高,说明针刀治疗肩周炎不仅近期疗效好,而且远期疗效比近期疗效更好,这也反映针刀治疗肩周炎是一种针对病因的有效而快捷的治疗方法。

参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京大学出版社, 1994, 186.
- 2 朱汉章. 针刀医学原理. 北京: 人民卫生出版社, 2002, 623~626.
- 3 胡怀龙. 强的松龙局部封闭治疗肩周炎 50 例. 江西中医药, 2002, 33 (1): 30.
- 4 高岸直人ほか. 肩関節疾患治療成績判定基準. 日整会誌, 1987, 61: 623~629.
- 5 Codman E .A. The Shoulder[M]. Thomas Todd Co. 1934. 1~35.
- 6 黄公怡. 肩关节周围炎的解剖学基础及临床特点[J]. 临床医学杂志, 1990, (1): 3~5.
- 7 Shaffer B, Tibone JE, Keilan RK. J Bone Joint Surg Am, 1992, 74 (5): 738~746.
- 8 Jost B, Koch PP, Gerber C. J Shoulder Elbow Surg, 2000, 9 (4): 336~341.

Clinical treatment of frozen shoulder using acupotomy, compared with local block therapy

Quan Wucheng Zhang Xiufen

(The Second Hospital of Beijing Armed Police Forces, Beijing 100037)

Zhu hanzhang

(Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029)

(Continued on Page 127)

{World Science and Technology/Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica} 123

者,可作为治疗浅表性胃炎一种新的疗法,值得推广应用。

参考文献

- 1 欧阳钦.消化系统疾病查房释疑.北京:人民卫生出版社,2003,86.
- 2 朱汉章.针刀医学原理.北京:人民卫生出版社,2002,497.
- 3 朱汉章.小针刀疗法.北京:中国中医药出版社,1992,84.
- 4 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准.南京大学出版社,1994.6.
- 5 中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准(试行方案).中西医结合杂志,1990,10(5):319~320.

Therapeutic evaluation of superficial gastritis treated with acupotomology

Wang Lingxi (Binzhou Medical College, Yantai 264003)

Wang Jing (Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029)

Objective: evaluating the therapeutic effects of treating superficial gastritis using acupotomology. Method: 60 patients suffering superficial gastritis are randomly divided into 2 groups: an acupotomology group, and a group under routine treatment. Scoring the performance of two groups using given standards: Therapeutical and Diagnostic Criteria for Traditional Chinese Medicine, and Guiding Principles for New Traditional Medicine Research. The results are further analyzed using statistical approaches. Results: the acupotomy group presents a better result, compared with the routine treatment group. Conclusion: acupotomy promises a reduced cost but an easier operation. Patients suffer less in a shortened treatment cycle. The therapy deserves wider applications.

Keywords: Acupotomology, Spinal zone, Chronic damage of soft tissue, Superficial gastritis

(责任编辑:张志华,责任编审:许有玲,责任译审:邹春申)

(Continued from Page 123)

Objective: observing the effect of treating the frozen shoulder with acupotomy, compared with the local block therapy. Method: randomly dividing 55 frozen shoulder cases into two groups. Group A (28 cases) is treated with acupotomy, and group B (27 cases) with the local block therapy. Observing the therapeutic effects of both groups, at the end of the 3-month treatment period. Results: after the treatment, the cure rate of group A reaches 46.5%, with a validity of 89.3%, and group B 18.6%, with 70.4% for the validity. The differences between two groups, in both the cure rate and validity are significant ($P < 0.05$). Statistics collected 3 month after the treatment show that the cure rate of group A climbs to 53.6%, with a validity of 89.3%, while group B descends to 11.2%, with 70.4% for the validity. The differences between two groups are also significant ($P < 0.05$). Conclusion: acupotomy and the local block therapy make significant differences in treating the frozen shoulder. The efficacy of acupotomy is much more promising, compared with the local block therapy.

Keywords: frozen shoulder; acupotomy; local block therapy

(责任编辑:张志华,责任编审:许有玲,责任译审:邹春申)