

● 中医伤科 ●

本栏目由长沙颐而康颈肩腰腿痛医院协办

引用:袁小波,陈天宇,袁吉,陈生文. 关节镜联合中药熏蒸对冻结肩关节功能及疼痛的影响[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(6): 58-60, 66.

关节镜联合中药熏蒸对冻结肩关节功能及疼痛的影响

袁小波, 陈天宇, 袁吉, 陈生文

(内江市中医医院, 四川 内江, 641000)

[摘要] 目的:观察肩关节镜下松解术后采用养血柔筋汤熏蒸及热敷联合功能锻炼对冻结肩冻结期患者关节功能及疼痛的影响,为进一步优化临床治疗方案提供参考。方法:选择 60 例冻结肩冻结期患者,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组行肩关节镜下松解术配合功能锻炼治疗,治疗组在对照组的基础上加用养血柔筋汤熏蒸及热敷治疗。2 组治疗结束后随访 3 个月。分别采用视觉模拟评分(VAS)、美国肩肘外科协会评分(ASES)、关节活动度检查(ROM-T)评定 2 组治疗前及治疗后 3 d、4 周、3 个月的肩关节疼痛程度、功能及活动度。结果:愈显率治疗组为 96.67%(29/30),对照组为 80.00%(24/30),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。治疗组治疗后 3d、4 周、3 个月的 VAS 评分均低于对照组,ASES 评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗组治疗后 3 个月患肢前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动度均大于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:养血柔筋汤熏蒸及热敷联合肩关节镜下松解术及功能锻炼治疗冻结肩冻结期疗效确切,对缓解患者关节疼痛,改善关节功能具有积极作用,值得临床应用及推广。

[关键词] 冻结肩;冻结期;养血柔筋汤;肩关节镜下松解术;功能锻炼;熏蒸

[中图分类号] R274.94 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.021

冻结肩是由肩关节周围软组织损伤、退变引起的慢性无菌性炎症,以肩关节疼痛、活动功能障碍、肌肉萎缩为主要临床特征。本病是自限性疾病,病程较长,临床常分为急性期(冻结进行期)、慢性期(冻结期)及康复期(解冻期)^[1],治疗以缓解疼痛和改善关节活动度为主,依病情轻重及分期可选择口服止痛药物、局部封闭、功能锻炼、推拿、针灸、关节镜下松解术等治疗手段。冻结肩属中医学“痹证”范畴,又称为“肩痹”“漏肩风”等,多因气血亏虚,肝肾不足,筋肉关节失养,屈伸不利,损伤日久,复感受风寒湿邪,筋脉肌肉凝结而发病,治以补益气血、养血柔筋为主^[2]。本研究旨在探讨冻结肩冻结期肩关节镜下松解术后运用中药养血柔筋汤熏洗及热敷的临床效果,为进一步优化本病的临床治疗方案提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院骨科 2019 年 1~12 月收治的冻结肩冻结期患者 60 例作为观察对象,采用随机数字表法将其分为 2 组。治疗组 30 例中,男

10 例,女 20 例;平均年龄(51.13 ± 2.34)岁;病程 6 个月至 3 年,平均(1.36 ± 0.39)年;左肩 12 例,右肩 18 例。对照组 30 例中,男 8 例,女 22 例;平均年龄(52.11 ± 1.86)岁;病程 5 个月至 3 年,平均(1.37 ± 0.28)年;左肩 10 例,右肩 20 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定。1)肩周疼痛,以夜间为甚,常因天气变化及劳累而诱发,肩关节活动功能障碍。2)肩部肌肉萎缩,肩前、后、外侧均有压痛,外展功能受限明显。3)X 线片检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。冻结期为发病时间 4~7 个月以上,表现为疼痛有所减轻,肩关节活动受限严重,上臂活动及盂肱关节障碍达高峰,出现“扛肩”现象,影响日常生活。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准,病程分期为冻结期者;2)年龄在 40~60 岁;3)患有糖尿病,不适合激素注射治疗;4)对本研究使用药物无禁忌,依从性好;5)自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并有类风湿性关节炎等自身

基金项目:四川省内江市科技支撑项目(97)

第一作者:袁小波,男,副主任中医师,研究方向:骨关节损伤、关节退变性疾病的中西医结合治疗

通讯作者:陈生文,男,主任医师,研究方向:中医骨伤科学, E-mail: 2837515813@qq.com

免疫性疾病或严重骨质疏松;2)近1年内有肩关节外伤史或手术史;3)肩关节周围或全身有多处感染病灶;4)患有精神疾病;5)对未严格按照观察方案进行治疗或随访。

2 治疗方法

2.1 对照组 予关节镜下松解术治疗,并配合功能锻炼。1)手术治疗方法。术前评估粘连侧程度以指导术中松解的程度,由同一术者完成手术。手术操作如下:①患者侧卧位,全身麻醉满意后,术者进行常规消毒铺巾、裹手,术肢牵引固定。②连接好各管路,注射器抽取0.9%氯化钠注射液,经关节囊后方软点注入,使肩关节腔充盈膨胀,以扩大关节镜操作空间,在肩峰后侧作一长约0.5 cm的切口,直钳分离切口周围软组织,关节镜进入关节腔,打开灌洗系统,移动镜头进行盂肱关节镜检;在镜头的引导下建立前外侧、肩峰外侧入路,穿刺针定位,分别作长约0.5 cm的切口,直钳分离切口周围软组织,插入刨刀及等离子刀清理炎症、增生及充血组织,清理完毕后止血,并松解喙肱、盂肱、喙肩及肩锁韧带等组织,清除钙化组织。③缝合切口,无菌敷料覆盖,弹力绷带加压包扎,术后常规外科换药。2)功能锻炼。术后第1天即在医师指导下进行功能锻炼。①钟摆运动:患者健肢扶桌椅做支撑,患肢做前后、左右、画圈运动,每个方向重复10次。②肩关节内旋运动:患者双手放背后,握住木棍两端,用健肢向健侧拉伸患肢,保持30 s后放松30 s,重复5次。③肩关节外旋运动:患者背靠墙站立,患肢握拳屈肘,做上臂外旋动作,尽量使拳背靠近墙壁,保持拉伸姿势30s后放松30s,重复5次。④仰卧前屈运动:患者仰卧,双腿伸直,健肢握住患肢肘部,抬高过头,保持拉伸姿势15s后缓慢放低至初始位置,重复5次。上述功能锻炼以患者能耐受为度,每天3次,持续4周。

2.2 治疗组 在对照组的基础上于术后14 d进行养血柔筋汤熏蒸及热敷。养血柔筋汤药物组成:川续断20 g,杜仲20 g,怀牛膝20 g,熟地黄20 g,当归25 g,白芍15 g,牡丹皮15 g,红花15 g,川芎20 g,鸡血藤16 g,伸筋草20 g,透骨草20 g,海桐皮20 g,甘草10 g。将中药加入2000 ml水,武火煮沸,文火煎煮30 min,取药液500 ml,熏蒸患处,每次30 min;维持药液温度在45℃左右,用毛巾浸润药液后外敷患处,每5 min更换1次,共外敷30 min。每天1剂,每天2次,疗程为2周。

2组均随访3个月,并比较疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度。采用视觉模拟评分法(VAS)评定2组治疗前及治疗后3 d、4周、3个月的肩关节疼痛程度。标尺划分为10等分,0 cm端代表无痛,10 cm端代表最剧烈的疼痛,患者根据疼痛情况标注以表示疼痛的程度。每次评分2次,取平均值,分值越高代表疼痛感越强^[4]。2)肩关节功能。采用美国肩肘外科协会评分(ASES)评价2组患者治疗前及治疗后3 d、4周、3个月的肩关节功能,此评分包括疼痛(50%)和生活功能(50%)两部分,总评分=(10-疼痛评分)×5+5/3×日常生活评分,满分为100分,分数越高表示肩关节功能越好^[5]。3)关节活动度。采用关节活动度检查(ROM-T)评价表评定肩关节各方向运动弧度,包括前屈(正常值0°~180°)、后伸(正常值0°~60°)、外展(正常值0°~180°)、内旋(正常值0°~70°)、外旋(正常值0°~90°),若低于正常范围,则提示关节活动受限^[6]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中有关标准拟定。临床治愈:肩部疼痛消失,肩关节活动范围正常或接近正常,前屈>160°,外展>90°,功能完全或基本恢复;显效:肩部疼痛基本消失,肩关节活动范围前屈>140°,外展>70°,功能改善;有效:肩部疼痛减轻,肩关节活动范围较前加大;无效:肩部疼痛症状及肩关节活动范围无改善。

3.3 统计学方法 选择SPSS 20.0统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验;以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 愈显率治疗组为96.67%,对照组为80.00%,2组比较,差异有统计学意义(P<0.01);2组总有效率均为100.00%,差异无统计学意义(P>0.05)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	愈显	总有效
治疗组	30	19(63.34)	10(33.33)	1(3.33)	0	29(96.67)	30(100.00)
对照组	30	12(40.00)	12(40.00)	6(20.00)	0	24(80.00)	30(100.00)
χ^2 值						7.963	0.361
P值						0.009	0.847

3.4.2 2组治疗前后VAS评分比较 2组治疗前VAS评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);治疗

后3 d、4周、3个月治疗组VAS评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后3 d	治疗后4周	治疗后3个月
治疗组	30	8.23±0.52	4.61±0.68	1.48±0.21	0.92±1.04
对照组	30	8.26±0.58	5.81±0.86	3.45±0.28	1.65±0.88
<i>t</i> 值		0.206	2.286	2.417	2.274
<i>P</i> 值		0.916	0.034	0.012	0.028

3.4.3 2组治疗前后ASES评分比较 2组治疗前ASES评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后3 d、4周、3个月治疗组ASES评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表3)

表3 2组治疗前后ASES评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后3 d	治疗后4周	治疗后3个月
治疗组	30	52.23±10.62	62.61±10.68	72.33±8.21	93.51±8.04
对照组	30	51.32±11.18	58.31±11.86	64.26±9.28	76.64±8.88
<i>t</i> 值		0.338	4.135	5.253	6.138
<i>P</i> 值		0.737	0.001	0.001	0.001

3.4.4 2组治疗前及治疗后3个月ROM-T情况比较 2组治疗前ROM-T情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后3个月治疗组患肢前屈、后伸、外展、内旋、外旋活动度均大于对照组,差异均有统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前及治疗后3个月ROM-T情况比较($\bar{x}\pm s$,°)

组别	例数	时间节点	前屈	后伸	外展	内旋	外旋
治疗组	30	治疗前	85.36±19.33	18.42±9.73	78.35±19.65	17.32±9.42	15.53±9.14
		治疗后3个月	163.68±9.47 ^a	57.14±8.16 ^a	154.15±8.64 ^a	43.53±9.31 ^a	58.93±9.20 ^a
对照组	30	治疗前	85.76±19.36	19.31±9.31	77.52±19.52	18.03±9.53	15.03±9.43
		治疗后3个月	142.54±9.32	47.65±8.32	143.42±8.54	32.40±3.55	41.42±9.31

注:与对照组治疗后3个月比较,^a $P<0.01$ 。(统计值:前屈 $t=20.35$, $P<0.001$;后伸 $t=22.15$, $P<0.001$;外展 $t=20.21$, $P<0.001$;内旋 $t=20.45$, $P<0.001$;外旋 $t=15.42$, $P<0.001$)

4 讨论

原发性冻结肩是骨科临床的常见病、多发病,其严格的医学名称为粘连性肩关节囊炎,是肩关节囊、周围滑囊、肌腱的慢性损伤,进而引发粘连,引起肩关节疼痛和功能受损,最终导致肩关节僵硬和活动受限的一种疾病。其发病过程可分为相互重叠的3个阶段:1)冻结进行期。大约持续3个月,发病疼痛剧烈,关节活动受限,治疗以止痛为主,可使用解热镇痛药及非甾体类抗感染药。2)冻结期。持续时间3~9个月,疼痛减轻,活动明显受限,以关节功能障碍为主要症状,可采用理疗、推拿、运动疗法、关节内封闭、关节镜松解术等多种措施解除粘连、恢复关节运动功能;3)解冻期。持续时间9~18

个月,炎症逐渐吸收,以继续加强功能锻炼、增强肌肉力量为治疗原则^[1]。本病呈自限性特点,部分患者不需要特殊治疗即可自行缓解,有患者经过保守治疗后病情可出现良性转归,亦有患者疼痛和功能障碍长期存在,甚至成为顽固性冻结肩。在经过24周正规的保守治疗,症状没有明显改善或虽然有所改善但仍然无法耐受者,可以考虑进行手术松解^[7]。

关节镜下松解术是在关节镜内使用离子刀松解肩关节囊的前方、下方和后方,进行全方位的松解,边松解边活动肩关节,最大化肩关节的上举及内外旋范围。相对于麻醉下松解术,关节镜下松解术在不破坏肩袖的情况下进入肩关节,可以全方位观察整个盂肱关节及肩峰下间隙,具有切口小、术后感染率低、康复快的优点。吕新建等^[8]研究结果表明,关节镜下双侧入路关节囊松解术可有效缓解顽固性冻结肩患者疼痛反应,改善肩关节活动功能。徐得贵等^[9]研究结果显示,采用关节镜下手术治疗冻结肩的术后疗效与患者术前病程间存在明显的线性负相关,患者术前病程越长,术后效果越差。因此建议对保守治疗效果不显著的冻结肩患者,应尽早行关节镜下肩关节松解术,以获得更好的疗效。

中医学认为,本病是因年老体衰、肝肾亏损、气血不足、筋腱失于养荣以及感受风寒湿邪,导致局部经脉不通、气血凝滞、筋肉挛缩所致。为了进一步增强疗效,我科室提倡术后采用中药熏蒸和热敷疗法。中药熏蒸、热敷疗法利用物理热效应和药疗效应的双重作用,达到疏通腠理、发汗祛邪、温通经脉、通痹止痛目的的治疗方法^[10]。养血柔筋汤为我科常用方,方中川续断、杜仲、怀牛膝补肝肾,强筋骨,利关节;熟地黄补益肝肾、养血补虚;当归补血活血;白芍养血敛阴、柔肝舒筋;牡丹皮、红花活血化瘀;川芎活血行气;鸡血藤补血行血、舒筋活络,血不养筋,经络不通者尤宜;伸筋草舒筋活络;透骨草、海桐皮舒筋活血,止痛除湿;甘草调和诸药。诸药联用,共奏补养肝肾、养血柔筋、通络利关节之效。治疗中应注意温度的控制以及勿口服。

功能锻炼是冻结肩的重要治疗措施之一,术后肩部疼痛基本缓解后即应立刻进行功能锻炼,以防止关节挛缩继续发展,可先取弯腰位将患臂下垂做前后、左右的摆动或划圈动作,待活动范围改善后,采用双手爬墙动作牵拉肩部逐步上举,以积极恢复肩部活动功能。Diercks等^[11]研究比较在疼痛耐受范围内的轻柔功能锻炼和超出疼痛耐受(下转第66页)

下为导师临床经验穴,处于舌系带两侧静脉下,从解剖学看两穴周围存在舌下静脉及舌神经,针刺时可以刺激局部神经及血管,反射性增加血流量,在一定程度加快舌肌及周围神经的功能恢复。中医学认为针刺之有行气活血、通络开音的功效。两穴结合舌三针,进一步刺激相应中枢神经及局部神经和肌肉群,加强疗效。

现代医学表明,咽后壁刺络放血可以快速刺激相应的末梢神经,通过神经传导,反射性造成相应中枢的兴奋,继而刺激损伤部位的周围神经组织代偿性产生新的神经通路,弥补相应大脑皮层的语言功能,恢复患者语言能力^[9]。同时对咽后壁刺络放血,可以刺激周围的肌肉群、血管、神经以及韧带,达到去瘀生新,恢复支配舌肌运动组织的功能,并加强周围循环,以活血化瘀通滞,改善患者失语程度。

本研究结果显示,治疗组与对照组的总有效率分别为93.94%和75.00%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$),证明舌五针联合咽后壁放血在中风后运动性失语患者的治疗中明显优于舌三针。对治疗后2组患者不同语言功能评分进行比较发现,在谈话流利性、复述能力、阅读能力、书写能力及总分方面治疗组疗效优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),而谈话信息量、命名能力、理解能力比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。分

(上接第60页)范围的强化功能锻炼对冻结肩的治疗效果,结果显示,轻柔锻炼组的治愈率高于强化锻炼组,两者差异具有统计学意义。因此,本研究要求患者尽量在耐受范围内进行功能锻炼。

本研究结果显示,肩关节镜下松解术及功能锻炼联合养血柔筋汤熏蒸及热敷的愈显率、肩关节疼痛、功能改善情况以及活动度均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),说明其具有较高的可行性及应用价值。

参考文献

- [1] LEESA M GALATZ. 肩肘外科学[M]. 3版. 崔国庆,译. 北京:北京大学医学出版社,2012:510-512.
- [2] 王和鸣,黄桂成. 中医骨伤科学[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社,2012.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:190-191.
- [4] KERSTEN P, KÜÇÜKDEVECİ A, TENNANT A. The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes[J]. J Rehabil Med, 2012, 44(7): 609-610.

析原因,可能因为本研究的疗程较短,对一些治疗难度较大的功能损害表现,需要更长时间的治疗观察,以确定其治疗措施的可行性。总之,舌五针结合咽后壁放血对中风后运动性失语具有一定的治疗效果,临床上可以进一步推广验证。

参考文献

- [1] 张勇,傅立新,朱原,等. 针刺治疗中风失语症疗效的系统评价[J]. 针灸临床杂志,2014,30(11):62-65.
- [2] 姚婧,宋彦丽,李磊,等. 性别、年龄、卒中类型与卒中后失语症类型的相关性分析[J]. 中国卒中杂志,2013,8(9):723-728.
- [3] 崔韶阳,刘佳霁,王曙辉,等. 舌三针配合颞三针治疗中风失语症临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(8):1280-1282.
- [4] 李骁飞,刘玲玲,张彩霞. 舌三针配合梅花针治疗缺血性脑卒中后运动性失语疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2015,34(3):201-202.
- [5] 中华医学会神经学分会脑血管病学组. 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [6] 吴海生. 实用语言治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,1995:231-238.
- [7] 王永炎. 中风病诊断、疗效评定标准[J]. 陕西中医,1988(9):434.
- [8] 杨国荣,郭家奎. 调神通络法针刺治疗急性脑梗塞疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2001,28(8):492-493.
- [9] 尹丽丽,李春梅,王海荣. 针刺早期干预中风后运动性失语疗效观察[J]. 中国中医药信息杂志,2013,20(6):70-71.

(收稿日期:2020-10-12)

- [5] SAITO T, SASANUMA H, IJIMA Y, et al. Short-term clinical results offrozen shoulder treated with shoulder manipulation under ultra-sound-guided cervical nerve root block at outpatient setting: a case series[J]. J Orthop Sci, 2017, 22(2):275-280.
- [6] 邱曼丽,陆翠红,袁凌萍,等. 针灸治疗肩关节周围炎疗效评价指标探析[J]. 河南中医,2019,39(5):774-778.
- [7] 张志强,何彦国,张伟,等. 关节镜松解联合通络活痹中药治疗粘连性肩周炎18例[J]. 中国中医药科技,2017,24(6):814-816.
- [8] 吕新建,于小中,李继川,等. 关节镜下双后侧入路关节囊松解治疗顽固性冻结肩的临床研究[J]. 浙江创伤外科,2020,25(2):274-275.
- [9] 徐得贵,包瑞,郭昊,等. 关节镜下肩关节松解术治疗冻结肩的术后疗效与患者术前病程的相关性分析[J]. 中国骨与关节杂志,2020,9(6):457-461.
- [10] 李军,胡赞霞. 中药外敷联合推拿、运动疗法治疗肩周炎的临床研究[J]. 中医药通报,2016,15(4):46-48.
- [11] DIERCKS RL, STEVENS M. Gentle thawing of the frozen shoulder: a prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder syndrome followed up for two years[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13(5):499-502.

(收稿日期:2020-10-17)