

局部封闭结合运动及推拿对肩周炎的短期疗效研究*

洪永锋¹ 徐 军¹ 阚秀丽¹ 吴建贤^{1,2} 赵敬璞¹ 冯小军¹

肩周炎是指肩关节周围软组织损伤、退变、受风寒而引起的一种无菌性炎症,以肩关节周围疼痛、运动功能障碍和肌肉萎缩为主要临床表现的疾病^[1]。文献显示,口服药物、局部封闭、运动疗法、推拿等疗法广泛用于肩周炎的治疗^[2]。据临床观察,肩周炎特别是病程长、功能障碍明显者,上述疗法单独使用疗效往往不理想。本课题组将上述疗法联合应用,并嘱患者注意保暖,显著提高了肩周炎的疗效,明显缩短疗程,患者满意度高。

1 资料与方法

1.1 一般资料

安徽医科大学第二附属医院康复医学科2009年2月—2010年2月符合入选标准的门诊、病房肩周炎患者41例。肩周炎诊断标准^[3]:可有肩部外伤、受寒史;主诉肩部疼痛、肩关节活动受限;无发热等全身症状;体征为肩周压痛,主被动肩

关节活动度下降,局部皮温不高,肱骨轴向叩击痛阴性,体温不高,无恶液质等全身体征;肩关节正位片或MRI示无骨质及关节异常,或仅有骨质疏松;血常规、血沉、C-反应蛋白、抗“O”、类风湿因子正常。入选标准:①符合肩周炎诊断标准;②无利多卡因过敏史;③无严重的心脑血管病史;④血压<160/95mmHg,空腹血糖≤7.10mmol/L或餐后2h血糖≤11.1mmol/L;⑤无胃肠道溃疡;⑥无痛风、皮脂炎、系统性红斑狼疮;⑦患肩部无骨折、肿瘤、结核、感染;⑧无出血倾向;⑨认知正常且能自我进行肩部运动。本研究通过安徽医科大学第二附属医院伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

采用SPSS11.0软件包产生一组随机数字,按患者进入研究的先后顺序所对应的随机数字归为对照组或研究组。41例患者分为对照组20例,研究组21例,两组患者一般资料经统计学分析差异无显著性意义,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	VAS评分 ($\bar{x} \pm s$)	病程(d)	
		男	女			中位数	四分位间距
对照组	20	4	16	51.25 ± 8.37	6.75 ± 1.74	165	165
研究组	21 ^①	8	13 ^①	51.00 ± 10.55 ^①	7.14 ± 1.59 ^①	150	240 ^①

① $P > 0.05$

1.2 方法

两组患者均采用健康教育、口服非甾体类抗炎药、推拿、运动疗法,研究组外加局部封闭。

健康教育:嘱咐患者尽量避免导致肩部受寒的任何可能,如嘱多穿衣服,睡觉时患肩用被子盖实,空调温度控制在27℃及以上,不能直接对人吹,电风扇使用时应离人1m外,且从人的脚向头吹;在洗漱时尽量使用温水;避免使用凉席;在阴雨冷寒天尽量乘车等。

口服药物:饭后20min口服氯诺昔康,每次4mg,每天3次,共服用10—15天。

推拿方法:首先采用放松手法,即在肩周用揉、拿、推、滚等手法放松肩关节周围肌肉。然后,一手点拨痛点,另一手抓住患者上臂及肘部,向内收、外展上举、前屈上举、后伸、内

旋与外旋6个方向做节律性牵拉松解运动,每个方向连续做5次^[4]。要领是快速,每次用力均以引起患者可承受的疼痛为度。周一至周五每天推拿1次,每次20min,共2周。

局部封闭:药物为曲安奈德针5ml:50mg/支,利多卡因0.4g:20ml/支。方法:患者取坐位,用指压法、牵拉法(将患者病侧肩关节被动进行外展上举、前屈上举、内收、后伸、内旋、外旋运动至最大范围后继续被动牵拉致患者肩痛,再嘱患者用对侧食指指出此时的肩痛点)、抗阻运动法(有些患者的痛点比较模糊,通过指压法、牵拉法均难以找准痛点时,嘱患者进行病侧肩关节外展上举、前屈上举、内收、后伸、内旋、外旋的抗阻运动过程中,检查者使用指压法即可)找准痛点,局部0.1%PVP-I消毒液局部皮肤消毒,以10ml注射针管抽吸曲安奈德针2ml+利多卡因3ml,将注射针头于痛点垂直皮肤刺

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.12.016

*基金项目:安徽省教育厅科学基金资助项目(KJ2011Z192)

1 安徽医科大学第二附属医院康复医学科,230601; 2 通讯作者
作者简介:洪永锋,男,硕士,主治医师;收稿日期:2012-09-10

入达腱鞘或肌束,回抽无血后将药液沿肌纤维行走方向或沿腱鞘缓慢进入,每前进1cm注入1ml药液,完毕后快速拔出注射针,局部按压20s止血后以输液贴贴覆,并用拇指轻按注射局部,以疏散药液。每次注射点控制在3个以内。注射点3天内注意保持干燥,避免弄潮。研究组患者在入组时、入组1周后各注射1次。

运动疗法:嘱患者在健侧上肢或体操棒的辅助下行肩关节内收、外展上举、后伸、内外旋运动,要点是幅度大、快速,每次动作要引起一定疼痛,否则视为无效运动,不予计算。每个动作连续做50次/组,上下午各做1组。晚上入睡前、起夜时患肩做前、后环旋各10次。疗程2周。

1.3 疗效评估方法

评估采用单盲法,由同一康复医生完成。疼痛评估:在治疗前及治疗2周后,患者自行在疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)上划出对应的疼痛数值(0—10),疼痛数值0表示不痛,数字越大表示疼痛越严重,10为难以

忍受的严重疼痛⁵⁻⁶。

肩关节活动度测量:在治疗前及治疗2周后,患者取坐位,评估者利用量角器测量患者肩关节主动前屈上举、外展上举、内收、后伸、内旋、外旋角度^{13,61}。

1.4 统计学分析

通过SPSS11.0软件包,采用配对样本t检验对每组患者VAS、肩关节活动度进行治疗前、后的比较;利用独立样本t检验对两组患者的VAS、肩关节活动度进行组间比较。

2 结果

本次研究因疗程短,所有患者均依从性良好,无失访病例,且无负性反应或事件发生。治疗2周后,两组患者肩关节各个方向的活动度、VAS与治疗前比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后,患者肩关节各方向活动度、VAS两组间比较差异有显著性($P < 0.05$)。肩关节活动度、VAS与治疗前差值两组间比较差异有显著性($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后肩关节活动度及VAS比较

($\bar{x} \pm s$)

	外展(°)	前屈(°)	外旋(°)	内旋(°)	后伸(°)	内收(°)	VAS
研究组							
治疗前	82.14 ± 23.16 ^①	94.76 ± 27.81 ^①	45.71 ± 18.86 ^①	32.14 ± 21.59 ^①	18.10 ± 6.79 ^①	18.10 ± 5.58 ^①	7.14 ± 1.59 ^①
2周后	152.75 ± 23.02 ^②	156.50 ± 23.51 ^②	80.75 ± 8.25 ^②	54.95 ± 14.34 ^②	33.00 ± 3.40 ^②	32.00 ± 7.15 ^②	1.43 ± 0.87 ^②
前后差值	71.90 ± 29.81 ^③	62.85 ± 29.60 ^③	35.08 ± 4.93 ^③	22.81 ± 3.61 ^③	7.41 ± 1.61 ^③	13.90 ± 7.73 ^③	5.71 ± 1.35 ^③
对照组							
治疗前	80.25 ± 18.88 ^④	83.75 ± 16.05 ^④	40.00 ± 16.78 ^④	36.00 ± 15.27 ^④	18.00 ± 5.71 ^④	21.75 ± 5.20 ^④	6.75 ± 1.74 ^④
2周后	90.50 ± 21.27	94.25 ± 21.29	47.00 ± 15.42	39.25 ± 17.49	23.25 ± 7.48	24.75 ± 4.72	3.55 ± 1.47
前后差值	10.25 ± 4.99	10.50 ± 8.25	17.00 ± 2.24	8.47 ± 1.89	5.95 ± 1.33	3.76 ± 0.84	3.20 ± 0.83

①与对照组治疗前比较 $P > 0.05$,②与同组治疗前比较 $P < 0.001$,③与对照组差值比较 $P < 0.05$,④与对照组2周后比较 $P < 0.05$

3 讨论

肩周炎患者肩部疼痛范围多比较广泛,少数只有1—2个疼痛点。肩周炎病灶主要累及肩周肌纤维、腱鞘。疾病早期主要为局部炎性渗出,导致疼痛、活动时肌肉痛性痉挛引起功能障碍。随着病程延长,炎症局部逐渐纤维化产生粘连,肌腱在腱鞘中滑动受限、肌纤维活动受限,或其他组织间相对运动受限引起功能障碍。疼痛及肩关节活动障碍能因受寒等原因反复加重。本病具有自限性,可在1年内自愈,但有些患者可迁延不愈,病程长达2—3年或以上,对患者生活、工作及心理影响较大⁷⁻⁸。肩周炎临床常见,容易导致人民生存质量下降,所以为该病找到效果好、疗程短,又简便易行、经济廉价的治疗方法非常重要。

本课题中对照组在治疗2周后,肩关节各方向活动度数、VAS较治疗前差异均有显著性意义($P < 0.01$),说明“四联疗法”即保暖、口服非甾体类抗炎药、运动疗法、推拿对治疗肩周炎的短期疗效明显。受寒是肩周炎症状加重的重要因素,严格保暖可最大限度减少患者肩痛加重机会,保持疗效;口服非甾体类抗炎药有一定的消炎镇痛作用;运动疗法

则是保持肌腱、肌束的活动性,保持关节囊、滑囊等组织相对独立性,避免粘连加重的重要手段;推拿疗法,对松解组织间粘连,增加肩关节活动度有肯定的作用⁸⁻⁹。正是由于“四联疗法”给予肩周炎病因、病理有针对性的治疗,才表现出了较好的效果。

然而,研究组在治疗两周后,肩关节各方向活动度数、VAS疼痛指数与治疗前差异均有较对照组更明显的显著性意义(均 $P < 0.001$);治疗两周后患者肩关节各方向活动度、VAS疼痛指数两组间比较均 $P < 0.05$ 。以上数据均充分说明加上局部封闭后的综合疗法对肩周炎的短期疗效更为理想。

局部封闭注入的曲安奈德不但能很好解除注射点的炎症,同时注入的利多卡因能有效减轻松解粘连时的疼痛,以此增强运动疗法、推拿疗法的作用,所以局部封闭可以显著增强“四联疗法”治疗肩周炎的效果。对于疼痛不明显的慢性期肩周炎或已经通过局部封闭肩周炎症状明显消退者,再次局部封闭的疗效将减小,然而仍有一定疗效,原因为注入的利多卡因发挥局麻作用,减轻了运动疗法、推拿疗法时患者的肩痛,局部封闭有效增强了这两种疗法的作用。

值得注意的是,①因激素、利多卡因有一定副作用,建议每次局部封闭注射点应控制在3个以内,且曲安奈德每次使用总量控制在6ml及以下,利多卡因每次使用总量控制在10ml以下。前后局部封闭总数应 ≤ 3 次。口服非甾体类抗炎对减少局部封闭时药物使用量、局部封闭次数有一定作用。②局部封闭后如患者出现头昏,可让其平卧,并予200ml温水服下,以稀释血液中利多卡因浓度,减轻头昏。③在局部封闭后即应指导患者开始进行肩关节的活动度训练,特别强调外展上举、内收、后伸运动,如借助健侧手的辅助,效果更佳。每个动作都应引起痛感,否则疗效不理想。同时,给予患者积极的推拿治疗,主要予以拨法、牵伸等技术松解粘连;操作时动作强度要适中,用力不能过小、速度不能过慢,否则难以有效松解粘连,且会加重患者肌肉的痛性痉挛;用力也切忌过大,以免骨折、心脑血管病发生。④患者治疗期间患肩应该持续保暖,排除任何受寒机会。

本疗法的不足之处:有创治疗;使用激素及利多卡因,对人体有一定副作用;对于血压控制不佳、有心脑血管病、出血倾向等患者治疗有一定风险;实施者应具备较娴熟的局封技

巧,特别是对肌腱、肌腹有良好的手感等。

参考文献

- [1] 许力昭,夏明波. 臂丛麻醉下手法松解术+功能锻炼治疗肩周腱鞘炎120例[J].中国当代医药,2010,17(19):93.
- [2] 张志明.综合康复治疗肩周炎的疗效观察及对血浆B-内啡肽和P物质含量的影响[J].中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(11): 770—772.
- [3] 燕铁斌主编.骨科康复评定与治疗技术[M].第3版.北京:人民军医出版社,2011.351.
- [4] 纪君时.九步手法治疗肩周腱鞘炎32例[J].中国民族民间医药杂志,2010,19(16):176—177.
- [5] 洪永锋,吴建贤,王斌,等.走罐对非特异性下腰痛疗效的观察[J].中国康复医学杂志,2006, 21(4):340—343.
- [6] 王建国,闫洪涛,张雷,等.超短波联合针刺及关节松动术治疗肩周炎的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(10): 786—788.
- [7] 李世刚,罗子芮,汤远兴.强度-时间曲线检测在颈源性肩周炎诊断中的应用[J].中国康复医学杂志,2012,27(9):829—832.
- [8] 周宁,邵彬,陈勇,等.冲击波治疗肩周炎的单盲研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(6):537—539.
- [9] 千怀兴,张高炯,蒋丰敬,等.综合物理疗法治疗肩周炎的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2009,31(8):559—562.

·短篇论著·

电动起立床与站立架联合用于脑卒中患者平衡训练的临床效果

席建明¹ 冯晓东^{1,2} 郭青川¹ 华东¹ 张斌¹ 李桥军¹ 张伟¹

脑卒中患者在发病初期,多数处于弛缓性瘫痪期,表现为身体肌肉张力低下,不能维持有效的姿势,导致基本的平衡能力无法调控,不能维持坐位和站立位,严重影响患者的生存质量。因此,提高患者发病初期的肌肉张力、增加患者的姿势控制从而获得维持平衡的能力,成为早期康复治疗中的研究热点之一。电动起立床不仅可以维持脑卒中患者的站立体位、增加关节的本体感觉和建立患者的站立感觉,而且还可以防止长期卧床带来的各种并发症。站立架也是临床常用的一种治疗器械,同样可以维持脑卒中患者的站立体位,增强脑卒中患者对姿势的控制;站立架构造上减少脑卒中患者上部躯干束缚,利于患者腰背部自主活动的优点;同时在临床操作上简单方便。因此,笔者采用上述两种治疗措施相结合的方法对脑卒中患者进行治疗,观察其对脑卒中患者平衡能力的影响,旨在寻找能够更好地提高脑卒中患者平衡能力的治疗措施。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2009年7月—2011年9月在我科康复治疗的脑卒中患者40例,年龄44—65岁。入选标准:①经CT或MRI检查确诊为经颈内动脉系统单侧病灶且初次发病,符合第四届全国脑血管病会议通过的诊断标准^[1];②病程在发病2周以内,病情无反复,生命体征稳定;③无言语不利,意识清,可配合治疗并执行命令;④无影响治疗性疼痛;⑤无严重体位性低血压反应。排除标准:①前庭或小脑部的神经系统疾病;②影响体位变化的骨科疾病;③严重的心肺疾患;④严重的视觉系统的病变;⑤无精神障碍症状。将入选患者随机分为对照组和观察组,每组20例。由表1可知,治疗前两组患者一般资料比较无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗措施

两组均采用运动疗法中的促通技术,强化躯干肌肉的控

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.12.017

1 河南中医学院第一附属医院康复中心,郑州市人民路19号,450000; 2 通讯作者
作者简介:席建明,男,主管治疗师; 收稿日期:2012-06-04