

# 臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗肩关节周围炎疗效观察

高旭军<sup>1</sup>, 严卫锋<sup>2</sup>

1. 金华市婺城区雅畈镇中心卫生院, 浙江 金华 321051

2. 金华市金东区第二人民医院麻醉科, 浙江 金华 321035

**[摘要]** 目的: 观察臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗肩关节周围炎的临床疗效。方法: 将180例肩关节周围炎患者随机分为2组, 治疗组120例采用臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗, 对照组80例采用药物封闭治疗。治疗3周后评价2组患者的临床疗效, 并分别于治疗前后及随访3月时采用视觉模拟评分法(VAS)、Melle评分评价2组患者的疼痛程度及肩关节活动功能。结果: 治疗后, 临床疗效总有效率治疗组为90.0%, 对照组为70.0%, 2组总有效率比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后及随访期间VAS评分、Melle评分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ); 对照组治疗后及随访期间VAS评分、随访期间Melle评分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 治疗后Melle评分虽较治疗前降低, 但差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。2组治疗后及随访3月的VAS评分、Melle评分比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。结论: 采用臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗肩关节周围炎, 能明显改善患者的疼痛与肩关节活动功能, 疗效优于单纯药物封闭治疗。

**[关键词]** 肩关节周围炎; 臂丛神经阻滞麻醉; 手法松解; 封闭治疗; 利多卡因

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0089-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.041

肩关节周围炎(简称肩周炎), 中医学称之为肩凝症、冻结肩、五十肩等, 为中老年人常见病, 女性多见, 临床以肌肉、筋骨、关节酸痛、重着麻木和肩关节功能活动障碍为主要表现。临床采用针刺配合刮痧、拔罐、刺络放血等均都能取得一定疗效, 但症状较重时(如关节黏连、活动受限等)疗效不佳。笔者采用臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗肩周炎, 取得满意疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>制定: 肩关节疼痛, 呈进行性加重, 昼轻夜重, 患肩受外力作用或牵拉时可伴见撕裂样疼痛, 疼痛部位多局限于三角肌及邻近区域, 或沿上臂后侧放射至肘部。肩关节周围可触及广泛性压痛点, 如肩峰下滑囊、喙突、肱二头肌长头腱沟、大结节、小结节、肩锁关节等处。肩关节活动受限, 尤以内旋、后伸、上举、外展功能受限明显。肩关节周围肌肉早期痉挛、僵硬, 晚期萎缩, 尤以三角肌和冈上肌为主。X线检查可见肩部骨质疏松、冈上肌腱钙化, 大结节处有密度增高影。

**1.2 纳入标准** 符合肩周炎诊断标准; 年龄40~75岁, 病程<1年; 患者及家属对治疗方案知情同意并签署知情同意书。

**1.3 排除标准** 妊娠期或哺乳期患者; 肩部骨折未愈者;

治疗前1周接受其他疗法治疗者; 合并心、脑血管疾病, 肝肾疾病, 造血系统疾病及精神病患者。

**1.4 一般资料** 收集2012年1月~2013年10月金华市婺城区雅畈镇中心卫生院门诊诊治的200例肩周炎患者, 按随机数字表法将患者随机分为2组, 治疗组120例, 男37例, 女83例; 年龄38~72岁, 平均(51.25±5.26)岁; 病程3.12~11.31月, 平均(6.92±6.23)月; 患病关节共计129肩, 其中左肩75例, 右肩36例, 双肩9例。对照组80例, 男28例, 女52例; 年龄39~71岁, 平均(50.87±5.37)岁; 病程4.01~12.01月, 平均(7.11±5.91)月; 患病关节共计88肩, 其中左肩49例, 右肩23例, 双肩8例。2组性别、年龄、病程、患病关节等资料经统计学分析, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用药物封闭治疗。取3个注射点, 肩前关节囊、肱二头肌腱长头结节间沟、肩外侧肩峰下。药物配置: 用注射器抽取由2%利多卡因5 mL、醋酸泼尼松龙100 mg、维生素B<sub>1</sub>100 mg、维生素B<sub>12</sub>1 mg组成的混合液。操作: 患者取坐位, 头偏向健侧, 垂臂屈肘, 常规皮肤消毒。肩前关节囊注射: 自喙突内下方、肱骨头前方刺入, 在未进入关节前, 在关节囊壁呈扇形注射2 mL药液后, 刺入关节囊回抽无血则

**[收稿日期]** 2014-05-28

**[作者简介]** 高旭军(1973-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中医内科。

先少量注射药液, 拔下针管无药物流出, 则继续注射 4 mL 药液。肱二头肌腱长头结节间沟注射: 取肱骨大、小结节间沟, 将针刺入结节间沟头部注射 2 mL 药液后, 将针稍退出, 改刺喙突方向, 于胸小肌、肱二头肌短头及喙突下注射 2 mL 药液。肩外侧肩峰下注射: 在肩峰下与肱骨大结节间外侧凹陷处, 做扇形注射 4 mL 药液<sup>[2]</sup>。患者每周封闭治疗 1 次, 严重时最多每周 3 次。治疗 3 周后统计疗效。

**2.2 治疗组** 采用臂丛神经阻滞麻醉下手法松解治疗。臂丛神经阻滞麻醉: 行单侧肌间沟法。患者去枕平卧, 头偏向健侧, 患侧肩下垫薄枕, 上肢紧贴身旁。在锁骨上方胸锁乳突肌后缘触及前、中斜角肌与肩胛舌骨肌共同形成的 1 个三角形间隙, 三角形底边处可触及锁骨下动脉搏动, 穿刺点即相当于环状软骨边缘 C<sub>6</sub> 水平。常规消毒皮肤、铺无菌巾。左手食指固定皮肤, 右手持 7G 注射针头, 垂直皮肤刺入此沟, 略向下向后方(约 C<sub>5</sub> 横突)推进, 穿过浅筋膜后有脱空感。若同时患者有异感则为较可靠的标志, 若无异感, 亦可缓慢进针, 直达 C<sub>6</sub> 横突, 稍稍退针, 接局部麻醉药液注射器, 回抽无血液、无脑脊液、无大量气体, 即可注入局部麻醉药 15~25 mL(成人, 1%利多卡因加入 1:20 万肾上腺素)。手法松解: 采用揉、拿、弹拨等方法先按揉患肩周围组织, 松解紧张、痉挛的肌肉。继行前后旋转法, 医者立于患肩侧面, 将一手拇指放在患肩后, 其余四指放在肩前, 保持患肩稳定, 一手握住患者前臂, 使患肩及上肢作 360° 旋转。顺、逆时针各 5 次。嘱患者屈肘内收肩关节, 手指尽量够对侧肩部, 医者站在患者身后, 身体紧贴患者, 一手扶住患者肘部, 一手扶住肩部, 使患者上肢和肩部上举内收, 指尖尽量超过对侧锁骨。医者紧贴患肩侧面, 一手从前方抱住健侧肩部, 一手协助患者内旋后伸, 手背贴背沿脊柱向上移动至最大限度, 并握住患者患侧手腕向上翻转至手掌贴背, 停留 10 s 后放下手臂, 再行揉、拿、按揉等手法放松肩关节。手法松解过程中, 可听到黏连的关节腔或肌腱撕裂的“咔嚓”声, 表明关节腔内及周围组织黏连解除。手法结束后, 嘱患者回家反复做手指爬墙、体后拉手、弯腰画圈等活动, 帮助松解黏连的关节。手法松解每周 1 次, 治疗 3 周后统计疗效。

### 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 以肩关节疼痛、功能活动及三角肌周径变化程度为观察指标。分别于治疗前后及随访 3 月时行视觉模拟评分法(VAS)评定疼痛程度<sup>[2]</sup>、肩关节活动功能程度评定(Melle 评分)<sup>[3]</sup>。VAS: 在纸上面划一条 10 cm 的横线, 横线的一端为 0, 表示无痛; 另一端为 10, 表示剧痛; 中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自我感觉在横线上划一记号, 表示疼痛的程度。疼痛平均值轻度为(2.57 ± 1.04)分; 中度为(5.18 ± 1.41)分; 重度为(8.41 ± 1.35)分。Melle 评分: 对肩部的 5 个动作进行量化评分。肩外展: <30° 计 3 分, 30°~89° 计 2 分, 90°~120° 计 1 分, >120° 计 0 分。肩中立位外

旋: 0° 计 3 分, 1°~20° 计 2 分, >20° 计 1 分。手到颈项: 不能计 3 分, 困难计 2 分, 较容易计 1 分, 正常计 0 分。手到脊柱: 不能计 3 分, S<sub>1</sub> 水平计 2 分, T<sub>12</sub> 水平计 1 分, T<sub>12</sub> 水平以上计 0 分。手到嘴: 完全喇叭征计 3 分, 部分喇叭征计 2 分, 肩内收 1°~40° 计 1 分, 肩内收 0° 计 0 分。

**3.2 统计学方法** 采用 SPSS13.0 软件包进行统计学分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异有显著性意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup> 中相关标准制定。疗效指数(尼莫地平法) = (治疗前 VAS 评分 - 治疗后 VAS 评分) / 治疗前 VAS 评分 × 100%。治愈: 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 70% ≤ 疗效指数 < 95%; 有效: 30% ≤ 疗效指数 < 70%; 无效: 疗效指数 < 30%。

**4.2 2 组临床疗效比较** 见表 1。治疗后, 总有效率治疗组为 90.0%, 对照组为 70.0%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义(*P* < 0.05)。

组别	n	例数				总有效
		治愈	显效	有效	无效	
治疗组	120	4(3.3)	8(6.7)	96(80.0)	12(10.0)	108(90.0)
对照组	80	1(1.3)	3(3.7)	52(65.0)	24(30.0)	56(70.0)

与对照组比较, ①*P* < 0.05

**4.3 2 组 VAS 评分及 Melle 评分比较** 见表 2。治疗组治疗后及随访期间 VAS 评分、Melle 评分均较治疗前降低(*P* < 0.05); 对照组治疗后及随访期间 VAS 评分、随访期间 Melle 评分均较治疗前降低(*P* < 0.05), 治疗后 Melle 评分虽较治疗前降低, 但差异无显著性意义(*P* > 0.05)。2 组治疗后及随访 3 月的 VAS 评分、Melle 评分比较, 差异均有显著性意义(*P* < 0.05)。

组别	治疗时间	n	VAS 评分	Melle 评分
治疗组	治疗前	120	7.16 ± 1.37	7.79 ± 2.12
	治疗后	120	3.75 ± 1.27	5.11 ± 1.54
	随访 3 月	120	1.82 ± 0.27	3.64 ± 2.03
对照组	治疗前	80	7.11 ± 1.25	7.28 ± 2.42
	治疗后	80	5.12 ± 1.97	6.04 ± 1.39
	随访 3 月	80	3.65 ± 1.30	4.94 ± 2.01

与同组治疗前比较, ①*P* < 0.05; 与对照组同阶段比较, ②*P* < 0.05

## 5 讨论

肩周炎以单侧或双侧肩关节疼痛和活动受限为主, 属中医学痹证范畴, 主要是因外感风寒湿邪、外伤、慢性劳损、长期制动、女性更年期前后、各种手术后等因素, 导致肩关节周

围肌肉、肌腱、滑膜囊等软组织发生挛缩、充血、水肿、渗出、黏连等病理变化<sup>⑥</sup>，产生组织胺、5-羟色胺、缓激肽等致痛物质，肩关节周围发生无菌性炎症。

注射利多卡因可改善局部血液供应，同时起到止痛的作用；醋酸泼尼松龙可减少水肿、充血、渗出，消除无菌性炎症，防止黏连；维生素 B<sub>1</sub>、维生素 B<sub>12</sub> 可营养肌肉神经细胞，增强对致病因素的抵抗力。而臂丛神经阻滞麻醉时使用利多卡因，不仅能止痛，还能起到扩张肩关节周围血管的作用<sup>⑦</sup>，通过改善局部血液循环，加速物质代谢，消除炎症反应<sup>⑧</sup>。从短期来看，药物封闭的止痛效果明显，但长期看来，因肩周炎黏连范围广，黏连部位深而疗效欠佳。手法松解可将黏连拉开，施以手法时为避免牵拉关节疼痛，初期可行臂丛神经阻滞麻醉，起到局部麻醉的作用，减少患者因疼痛而产生的抵抗，使手法松解顺利进行。通过对肩关节周围组织最大限度的牵拉、旋转等松解手法，牵拉肩关节后关节囊及肩后部肌肉，增加肩胛骨及肱骨头的活动度。让患者处于仰卧位进行操作可以有效控制其脊柱活动，避免因疼痛或紧张使体位发生改变而引起损伤，能尽快地使肩关节功能恢复正常。

本研究结果表明，采用臂丛神经阻滞麻醉下手手法松解治疗肩周炎，能明显改善患者的疼痛与肩关节活动功能，疗效优于单纯药物封闭治疗。

## [参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186-187.
- [2] 韦绪性. 中西医临床疼痛学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 14-15.
- [3] 何继永. 外科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 269.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [5] 鱼海, 魏小利, 杨金锁. 康复训练治疗肩周炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(28): 3570-3571.
- [6] 戴祝, 华英汇, 陈世益, 等. 原发性冻结肩与肩峰撞击征的鉴别诊断及治疗[J]. 实用骨科杂志, 2012, 18(1): 50-52.
- [7] 冉菊红, 马民玉, 刘兰萍. 肩胛上神经联合痛点局部阻滞综合治疗肩关节周围炎[J]. 中医正骨, 2007, 19(5): 50.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

# 加味三黄汤在颅骨修补术后切口愈合过程中的应用研究

胡栓贵<sup>1</sup>, 周至品<sup>2</sup>, 范学政<sup>1</sup>, 黄进能<sup>1</sup>, 朱寿鸿<sup>1</sup>, 洪翰明<sup>1</sup>

1. 广西中医药大学附属瑞康医院神经外科, 广西 南宁 530011

2. 广西中医药大学附属瑞康医院药理科, 广西 南宁 530011

**[摘要]** 目的: 观察加味三黄汤治疗颅骨修补术后切口愈合的临床效果。方法: 将 102 例患者随机分为 2 组, 均采取一次性自体颅骨或钛网修补术, 治疗组 52 例术后配合加味三黄汤无菌溶液纱布外敷, 对照组术后予酒精纱布外敷, 2 组均于术后 8~10 天拆线停止换药。结果: 治疗组在皮缘坏死、线结反应、皮下积液、切口愈合时间等方面的疗效均优于对照组, 差异有显著性或非常显著性意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 加味三黄汤无菌溶液纱布外敷能促进颅骨修补术后切口愈合, 疗效优于传统换药。

**[关键词]** 颅骨骨折; 修补术; 切口愈合; 加味三黄汤; 外敷

**[中图分类号]** R683.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0091-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.042

术后切口或术区感染一直是外科医生所担忧的问题, 尤其是颅脑及脊髓的手术, 一旦感染, 致残、致死率较高, 常造成

严重后果。近年来, 笔者对颅骨修补术后患者应用加味三黄汤治疗, 观察其对术后切口愈合的影响, 收到较好的疗效, 结果

**[收稿日期]** 2014-03-16

**[基金项目]** 广西壮族自治区卫生厅资助课题 (编号: Z2008176)

**[作者简介]** 胡栓贵 (1970-), 男, 副主任医师, 研究方向: 颅脑损伤、脊髓肿瘤。