

臂丛神经阻滞下手法松解治疗肩周炎 50 例

伍 奇¹, 姚 旌^{2*}

(1. 安顺市镇宁县人民医院 疼痛科, 贵州 安顺 561200; 2. 贵阳医学院附院 疼痛科, 贵州 贵阳 550004)

[摘 要] 目的: 探讨臂丛麻醉下手法松解治疗肩周炎的效果。方法: 50 例肩周炎患者在臂丛麻醉下行手法松解术及术后功能锻炼治疗, 观察治疗效果。结果: 50 例患者治愈 48 例, 治愈率为 96%; 好转 2 例, 占 4%。结论: 臂丛麻醉下行手法松解术及术后功能锻炼是治疗肩周炎快捷有效的方法。

[关键词] 肩凝症; 麻醉, 局部; 肩关节; 功能恢复

[中图分类号] R614. 4; R684. 3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)02-0200-02

肩周炎又称冻结肩、五十肩等, 是由于肩关节周围软组织发生病变而引起肩关节疼痛和活动障碍的慢性疾病, 好发于 50 岁左右年龄段人群。临床治疗肩周炎多采用理疗、中医针灸推拿等方法。近年来, 有报道采用臂丛麻醉下手法松解术治疗肩周炎有效^[1], 2008 年 4 月~2010 年 4 月, 对 50 例肩周炎患者采用臂丛神经阻滞下手法松解术, 取得较好的临床效果, 现报告如下。

1 资料及方法

1.1 临床资料 50 例肩周炎患者, 男 38 例, 女 12 例, 年龄 42~75 岁, 平均 58.5 岁, 病程 4.5~12 月; 左肩 15 例, 右肩 30 例。诊断标准^[1,2]: 病程 3 个月以上, 无明显外伤史, 患侧肩部疼痛, 上举、外展、外旋、后伸时疼痛加剧。查体: 患侧肩膀关节上举 <120°, 内、外旋 <40°, 外展 <70°, 经药物及物理治疗 1 月以上, 无明显疗效。X 线检查多无明显骨性改变, 部分患者可显示肌腱钙化、肱骨头上移及增生、关节间隙变窄等, 同时排除骨肿瘤、骨折等病变, 可诊断为肩周炎。病例排除标准^[2,3]: X 线检查排除骨破坏及肩关节占位性病变, 穿刺部位畸形、感染, 肺气肿或呼吸功能不全, 严重高血压及糖尿病患者。

1.2 治疗方法 采用 1% 利多卡因 15 ml + 维生素 B₁₂ 0.5 mg + 曲安奈德 10~20 mg 进行臂丛神经阻滞, 注药时用手指压迫穿刺点上部的肌间沟以使药液向下方扩散, 阻滞完全。注药后患者先感觉远端

手指发热、麻木, 自远而近, 到患肩肌肉完全松弛、无痛即臂丛神经阻滞成功。肩关节粘连松解术^[3]: 患者取仰卧位, 如病变为右肩术者立于患者右侧, 左手握住肩部, 右手握住患者肘部并屈肘 90°, 向下持续牵引, 同时逐步使患肩前屈 80°, 内收 20°~40°, 外展 90°, 外展上举 180°, 内旋 70°~90°; 然后, 患者取坐位, 后伸 45°, 外旋 40°~90°, 以不超过正常肩关节活动范围为限。在松解过程中常可听到咔嚓声或撕裂声, 提示粘连已部分被松解, 术者帮助患肢内旋时手指可触及对侧肩胛部, 外旋时患侧手绕过头部可摸到对侧耳朵, 内收使肘关节达前正中线, 掌心搭于对肩, 被动上举自如, 关节各方位运动润滑; 继而在保护好肩关节的情况下将患肢被动旋转数次, 确保粘连松解彻底。功能锻炼: 从术后 24 h 起, 即开始肩关节功能锻炼。让患者上臂练习爬墙、摸高, 向上下画弧, 或将绳子套在滑轮上, 用双手上下牵拉锻炼, 反复进行, 每次 20~30 min, 每日 2 次, 连续锻炼 3~5 周, 同时辅助消炎镇痛等药物, 以提高疗效。

1.3 疗效标准^[3] 治愈: 疼痛消失, 疼痛测量方法中的视觉模拟量表(VAS) ≤ 1 分, 肩关节功能恢复正常; 好转: 疼痛减轻, 肩关节功能得到改善, 不影响日常工作和生活, VAS 为 1~3 分; 无效: 症状无减轻, 功能无改善; VAS 几乎无变化。

2 结果

50 例患者通过一次治疗后治愈 48 例, 48 例患

* 通讯作者 E-mail: gyfyyaoj@126.com

者肩关节活动完全恢复正常,肩关节疼痛消除,VAS≤1 分占 96%;2 例经过二次治疗后肩关节疼痛基本消除,VAS 评分 1~3 分,症状明显改善,因这 2 例关节粘连程度较严重,术后不愿主动活动及肩关节功能锻炼,占 4%。本组 50 例均无并发症及不良反应发生。

3 讨论

本组病例选择了臂丛神经阻滞,较全身麻醉易于操作,有安全性高及费用低等优点。臂丛神经阻滞成功后,行粘连松解必须按顺序进行^[3],即在矢状面做前屈后伸松解,在冠状面做内收外展及上举松解,最后行内外旋转的轴向松解。要求术者手法轻柔,用力徐缓,切忌暴力,避免发生骨折等意外,特别是遇骨质疏松患者更应慎重。本组 50 例患者平均年龄 58.5 岁,松解治疗过程中未发生骨折等并发症,48 例治疗一次加上术后的功能锻炼即获治愈。利多卡因属酰胺类局麻药,显效快,弥散性能强,作用时间一般为 45~90 min,可以满足松解治疗所需时间。臂丛神经阻滞药物应用糖皮质激素曲安奈德和维生素 B₁₂,其目的在于减少渗出,减轻局部水肿,改善局部血液循环,消除炎症,减少粘连机会。该方法容易掌握,效果确定,可用较少的麻醉药获得满意的阻滞效果,穿刺时应注意进针不要呈水平方向,不可垂直于椎体,进针亦不可过深,掌握深度不能超过横突深度,否则有误入硬膜外间

隙、蛛网膜下腔、损伤椎动脉及误入椎动脉的危险,造成全脊麻、出血、血肿及局麻药中毒等并发症。穿刺麻醉时还应注意避免相邻神经阻滞的发生,如膈神经阻滞,应及时给氧或辅助呼吸;喉返神经阻滞,表现为声音嘶哑、失音;星状神经节阻滞出现 Horner's 征,一般无需处理。注射治疗过程中,要严格无菌操作,随时观察患者的反应,治疗室要准备呼吸机、氧气等抢救设备。注射结束后,嘱其平卧 15~20 min,无异常反应方可离开。松解术后 2 周内加强功能锻炼是防止术后再度粘连的有效措施,功能锻炼要求循序渐进,范围由小到大,次数由少到多,动作由简到繁,负荷由轻到重,由徒手到器械等。

臂丛神经阻滞下手法松解加局部注射治疗粘连性肩周炎,病人痛苦小,乐于接受,治疗时间短,经济负担轻,疗效确切,方法简便。

4 参考文献

[1] 陈建宇,卞有祥. 臂丛神经麻醉下手法松解术治疗肩周炎临床观察[J]. 中华临床防治医学杂志,2007(2):46-46.
[2] 张立贤,冯志顺. 韩氏穴位神经刺激仪联合中药熏蒸治疗肩关节周围炎的临床研究[J]. 中国疼痛学杂志,2006(1):53-54.
[3] 邓毅勇,刘光伟,陶涛,等. 银质针肌肉导热治疗肩周炎临床观察[J]. 中国疼痛学杂志,2006(1):58-59.

(2010-11-26 收稿,2011-01-21 修回)

(上接第 199 页)

合盐酸特拉唑嗪可更有效地减少残余尿量,使重置尿管率降低;两者合用的协同作用,能在松弛尿道括约肌的同时刺激并促进膀胱逼尿肌收缩,从而更好地促进排尿,更快地解除尿潴留的症状,在预防宫颈癌术后尿潴留中具有一定得临床价值。

4 参考文献

[1] 田教坤. 实用妇科手术损伤防治学[M]. 北京:科学出版社,2000:234-235.
[2] 吴义勋,邱实,孟君. 宫颈癌根治术对盆丛神经的损伤及其预防[J]. 中华肿瘤杂志,1994(6):465-465.
[3] Chuang TY, Yu KJ, Peng IW, et al. Neurourological chan-

ges before and after radical hysterectomy in patients with cervical cancer[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003(82):954-959.

[4] 陈秋朝. 长效α1受体阻滞剂——特拉唑嗪[J]. 新药与临床,1991(10):10-15.
[5] 胡芬棠,刘建国. 针刺三阴交穴治疗脑血管意外后尿潴留疗效观察[J]. 中国针灸,2001(8):479.
[6] 李澎涛,陶之理. 电针对周围神经再生过程中脊髓运动神经元树突形态的影响[J]. 中国针灸,1997(17):237.
[7] 李萍. 针刺治疗广泛性子官切除术后膀胱功能障碍[J]. 针灸临床杂志,2010(2):22.

(2010-11-24 收稿,2011-01-22 修回)