

手法治疗肩关节周围炎 235 例 的临床观察

李 祖 汉

肩关节周围炎(以下简称肩周炎)是骨科门诊常见病之一,由于患部疼痛和功能障碍,患者常难以自理生活。西医对本病的治疗,曾经历从积极手术解除粘连至不予治疗待其自愈两个极端作法。目前国内对本病已报道不少,治疗方法不一,据笔者经验,手法治疗本病的疗效是比较满意的。本文就我们用手法治疗 235 例肩周炎的临床观察报告如下。

临 床 观 察

一、一般资料:

本组共统计肩周炎患者 235 例。年龄在 33~73 岁之间,大多数为 40~60 岁。病期在半年以内者 149 例,占 63.4%;半年~1 年者 54 例,占 23%;1~5 年者 32 例,占 13.6%。

二、治疗方法:

1. 缓慢展筋法(205 例):以按、揉、捏、拿、点穴手法为舒筋法;以分筋、拨筋、理筋手法为止痛法;以展筋活节手法为展筋法;以按、揉、压、拿、拍打手法为理筋法。每次治疗约 20 分钟,每 3 天 1 次,配合功能锻炼。

2. 暴力撕裂法(30 例):在臂丛麻醉下,做内收、外展、前上举、后伸、外旋及摸棘动作以撕裂粘连。一次撕裂后,以功能锻炼为主,每 3 天辅助少量手法治疗一次。

三、临床疗效:

1. 疗效标准:①痊愈:无疼痛,功能检查与健侧相同;②有效:基本无痛或轻微痛,功能检查与健侧稍有差异;③无效:疼痛和功能障碍明显。

2. 近期疗效:本组病例治疗次数均在 4

次以上。其治疗 3 个月以内的疗效统计见表 1。其中缓慢展筋法组 205 例,治疗后全部有效;暴力撕裂法组 30 例,有效率为 43.7%。以两组痊愈率相比较,前者为 71.2%,后者为 10%,经统计学处理存有明显差异($P < 0.001$)。

表 1 235 例的近期疗效统计

分 组	总例数	痊愈例(%)	有效例(%)	无效例(%)
缓慢展筋法	205	146(71.2)	59(28.8)	
暴力撕裂法	30	3(10.0)	10(33.3)	17(56.7)
合 计	235	149(63.4)	69(29.4)	17(7.2)

3. 远期疗效:本组病例获 1~6 年随访观察者共 90 例,随访结果见表 2。结果表明,缓慢展筋法组 63 例全部有效;暴力撕裂法组 27 例有效者占 77.8%。前者痊愈率为 84.1%,后者为 18.5%,两者比较,经统计学处理有明显差异($P < 0.001$)。

表 2 随访 90 例的远期疗效观察

分 组	总例数	痊愈例(%)	有效例(%)	无效例(%)
缓慢展筋法	63	53(84.1)	10(15.9)	
暴力撕裂法	27	5(18.5)	16(59.3)	6(22.2)
合 计	90	58(64.4)	26(28.9)	6(6.7)

四、在肩关节造影 X 线透视下对两种治疗手法的观察:

1. 观察方法:在臂丛麻醉下,利用肩关节碘水造影和 X 线透视,观察暴力撕裂手法和

缓慢展筋手法对肩关节囊的病理变化;观察缓慢展筋手法治疗前后的患侧肩关节囊变化;分别测量健侧与患侧肩关节囊容积的大小,并对比观察缓慢展筋法治疗前后的自身改变。

2. 观察结果:

(1) 在施暴力撕裂手法中,当闻及撕裂声达到解脱冻结时,在X线透视下可立即见到碘水散开,而且影像不清,此时X线照片,可见碘水已溢至关节囊外软组织中,呈不规则、边缘不清影像,可以证明关节囊被撕裂(后期再造影观察,关节囊仍未修复),而缓慢展筋法则始终保持关节囊壁的完整性,说明两者的治愈机制不同。

(2) 利用肩关节碘水造影的影像,观察缓慢展筋手法治疗前后患侧关节囊的变化。共造影67肩,其中包括治疗后复查8肩。当碘水充盈良好后,取患者肩关节内收内旋位、内收外旋位及外展外旋位照片,在第1张X线片上正常人一般可见关节囊的前壁、二头肌腱鞘及肩胛下滑囊的大小;第2张X线片可见关节囊之后壁;第3张X线片可见腋窝皱褶大小及挛缩程度。在一般正常情况下,看不到肩峰下滑囊及三角肌下滑囊,然而在肩周炎患者的碘水影像中除了关节囊呈全面缩小外,可以普遍见到肩胛下滑囊不清楚、关节囊之边缘不整齐甚至模糊不清,腋窝皱褶明显缩小。经缓慢展筋手法治疗后再做碘水造影观察,关节囊不但完整未破,而且各种位置的影像特征均已恢复,并均达到正常大小,边缘整齐,与健侧无异。

(3) 对21例肩周炎患者在治疗前测量了患侧与健侧肩关节囊的容积,测量结果见表3。

表3 21例患者治疗前患侧与健侧
肩关节囊容积(毫升)

分组	健侧 均值±标准差(肩数)	患侧 均值±标准差(肩数)	P 值
男性	18.75±5.67(14)	6.71±2.97(14)	<0.001
女性	13.21±5.34(7)	4.95±2.49(10)	<0.001

测量结果表明,患侧肩关节囊容积较健侧者显著缩小($P<0.001$)。此外,对用缓慢展筋

法治疗的8例患者作了治疗前后的对比观察,结果可见治疗后患侧关节囊完整,其容积与健侧者基本相同。

讨 论

国内外均有运用手法治疗肩周炎的文献报道,而且也各有不同的见解,但总括起来,不外缓慢展筋法及暴力撕裂法两种。主张暴力撕裂法治疗者认为该法可撕断粘连及松懈挛缩组织,恢复肱骨头的正常位置,恢复肩胛—肱骨的协同动作;但也认为施此手法后应及时并坚持进行功能锻炼,活动关节,否则有重新粘连及挛缩的可能。

从本组对肩关节造影X线片的对照观察结果看来,可以认为暴力撕裂法就是利用暴力手法使关节囊及已挛缩粘连的肩部软组织,暂时由于撕裂而达到松解目的的一种疗法。暴力撕裂法不但撕裂关节囊而且对已挛缩了的周围软组织也会造成新的创伤(出血、渗出、水肿等无菌性炎症),从而使局部疼痛进一步加剧,严重影响了手法后的功能锻炼。待此无菌性炎症逐渐消退吸收后(据本组观察一般需2周左右),新的粘连又在形成,此新的粘连会比原来的粘连更为严重。因为原来的关节囊及其周围组织虽有挛缩和粘连,但关节囊还是完整的,而经暴力撕裂手法后,除原已挛缩的病理变化并未解除外,反而另又增加了囊撕裂后的新粘连,病理变化更加复杂,从而使多数病例达不到痊愈的标准。本组235例的临床资料也证明,用暴力撕裂手法治疗肩周炎,不论近期疗效或远期疗效,均较用缓慢展筋手法治疗者明显为差。

众所周知,醋酸氢化考的松及透明质酸酶关节内封闭,有控制关节腔的无菌性炎症和促进渗出、水肿吸收的作用,因此笔者主张,对肩周炎的治疗,应首先接近于生理性治疗的缓慢手法。我们采用的缓慢展筋手法,既可解脱粘连组织,恢复生理弹性,又可恢复关节囊的容积,达到真正痊愈的目的;另再辅以皮质激素局部封闭,可进一步起到减轻痛苦、缩短疗程、提高疗效的作用。