

麻醉下手法松解综合治疗重症冻结期肩周炎的疗效研究

任红艳(河北省唐山市玉田县中医医院 064100)

【摘要】 目的 探讨麻醉下手法松解综合治疗重症冻结期肩周炎的临床疗效。**方法** 选取该院 95 例重症冻结期肩周炎患者,随机将患者分为 2 组(观察组和对照组),对照组 47 例患者接受肌间沟臂丛麻醉治疗,观察组 48 例患者接受麻醉下手法松解综合治疗,对 2 组患者的临床效果、不良反应发生率进行比较。**结果** 观察组患者的总有效率为 95.83%,对照组患者的总有效率为 74.47%,差异有统计学意义($\chi^2=10.6284, P<0.05$);观察组患者的不良反应发生率显著低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=9.5637, P<0.05$);观察组患者肩周局部疼痛显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 麻醉下手法松解综合治疗具有较好的临床效果,不良反应较小,具有一定的临床价值。

【关键词】 麻醉; 手法松解综合; 重症冻结期肩周炎; 效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.12.059 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)12-1796-02

肩周炎又被称为冻结肩,对重症冻结期肩周炎的发病情况进行调查和了解,其发病率较高,且呈现逐年上升的趋势^[1]。该疾病严重影响患者的生命健康及生活质量,传统的治疗方法已经不能满足患者的需要。为探讨麻醉下手法松解综合治疗重症冻结期肩周炎的临床疗效,本研究对该院 95 例重症冻结期肩周炎患者进行对比研究。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2013 年 3 月至 2014 年 3 月收治的 95 例重症冻结期肩周炎患者,随机将患者分为 2 组,即观察组和对照组。观察组 48 例患者,其中男 32 例,女 16 例,年龄 39~79 岁,平均年龄(53.29±2.45)岁,病程为(1~50)个月,平均病程为(33.68±2.67)个月。对照组 47 例患者,其中男 25 例,女 22 例,年龄 40~82 岁,平均年龄(56.28±2.42)岁,病程为(2~48)个月,平均病程为(30.62±2.38)个月。2 组患者的性别、年龄、病程等一般资料进行比较和分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本组所有患者均了解本研究的全部过程和目的,且自愿签署知情同意书。

1.2 方法 (1)对照组:患者接受肌间沟臂丛麻醉治疗,术前需禁食,时间约为 7 h 左右。入室后建立良好的静脉通道,对患者的动脉压、心率、呼吸频率等进行检测,在前中斜角肌肌间沟注射适量的利多卡因(国药准字 H50020226,西南药业股份有限公司),臂丛阻滞作用发生后进行手法松解。(2)观察组:禁食,将肩部固定,肘部握住,使患肩向各个方向活动,然后将前臂缓慢抬举,并做外展、内收的动作,最后进行内旋、外旋松解。消毒后进行关节腔穿刺。进入病房后,持续进行外展抬举动作,抬举约 160°。术后静脉滴注地塞米松(国药准字 H12020516,天津金耀氨基酸有限公司),接受相应的西药治疗。术后 3 d 对侧条口穴进行针刺,并在牵引的情况下,适当活动关节。同时给予中药治疗,10 g 散寒通络剂当归、桂枝、人参、白术,及 30 g 的芍药、葛根,每天 2 次煎服。然后使用软坚散结剂熏洗,包括 20 g 的生川乌、生草乌、桂枝、海藻、昆布,30 g 的艾叶、威灵仙、透骨草,每天 2 次,每次约 2 h。同时进行手法推拿按摩。

1.3 观察指标^[2] 对患者肩周局部疼痛采用视觉模拟评分法(VAS),无痛,VAS 为 0~2 分;轻度疼痛,VAS 为 3~4 分;中度疼痛,VAS 为 5~6 分;重度疼痛,VAS 为 7~8 分,剧烈疼痛,VAS 为 9~10 分。

1.4 疗效判定标准^[3] (1)显效:临床症状均消失,肩部疼痛感消失,肩关节的功能基本恢复正常。(2)有效:临床症状均减轻,肩部疼痛感减轻,肩部活动功能得到一定的改善。(3)无效:临床症状无改善,甚至出现恶化的现象。

1.5 统计学处理 所有数据均采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析,计量资料应用平均值±标准差($\bar{x}\pm s$),计量资料比较使用 *t* 检验;计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效结果比较 观察组患者总有效率(95.83%)显著高于对照组(74.47%),差异有统计学意义($\chi^2=10.6284, P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者的临床疗效结果比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	48	30(62.50)	16(33.33)	2(4.17)	46(95.83)*
对照组	47	18(38.30)	17(36.17)	12(25.53)	35(74.47)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者肩周局部疼痛结果比较 观察组患者的肩周局部疼痛情况显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者肩周局部疼痛结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗后 1 周	治疗后 2 周
观察组	48	2.04±0.26	2.01±0.13
对照组	47	3.75±0.27	3.52±0.14

2.3 2 组患者的不良反应发生率结果比较 观察组患者不良反应发生率(4.17%)显著低于对照组(17.02%),差异有统计学意义($\chi^2=9.5637, P<0.05$),见表 3。

表 3 2 组患者不良反应发生率结果比较[n(%)]

组别	n	恶心	头晕	不良反应发生率
观察组	48	1(2.08)	1(2.08)	2(4.16)*
对照组	47	3(6.38)	5(10.64)	8(17.02)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

颈肩部主要痛点在肩关节周围,因此被称为肩关节周围

炎,简称肩周炎,也称凝肩或冻结肩。通常肩周炎发病多因肩关节周围组织,如肌腱、滑囊等受冷冻、外伤、感染所致^[4]。多数患者主要由于风湿病引起,主要表现为颈肩持续疼痛,患侧上肢抬高、旋转、前后摆动受限等临床症状。如不及时治疗,可使关节黏连,患侧上肢变细、无力甚至形成废用性萎缩^[5-6]。疼痛特点是胳膊运动出现疼痛,不动不痛或稍痛,严重时疼痛难忍,彻夜不眠。颈肩持续疼痛,患侧上肢抬高、旋转、前后摆动受限,遇风遇冷感觉有沉重隐痛^[7]。重症冻结期肩周炎患者,其生活质量受到严重影响。

本研究对照组患者接受肌间沟臂丛麻醉治疗,观察组患者接受麻醉下手法松解综合治疗,其中肌间沟臂丛麻醉治疗,主要目的是恢复关节功能,消除疼痛,临床治疗的过程中,最关键的问题是对黏连进行松解,对废用性黏连,其与创伤和感染存在一定的差别,没有纤维组织形成,通常采取自主功能锻炼对黏连进行松解,但患者比较疼痛,一般难以忍受。麻醉下手法松解综合治疗需要注意很多方面的处理,要确保完善的臂丛神经阻滞麻醉,其是提高临床治疗效果的关键,需要在麻醉充分发挥作用后,才可进行手法松解。手法松解要根据顺序进行,切忌混乱,不能先做旋转动作,因为旋转很容易引起肩关节脱位、骨折、神经损伤等。治疗过程中,把握好松解的幅度和强度。

麻醉下手法松解综合治疗,能达到祛除风寒、通经络、调气血,经络得到畅通可使肌肉能够濡养,表面肌肉活动自如。通过改善血液循环,消除神经炎性,减轻患者的疼痛。观察组患者的临床效果优于对照组,关节功能恢复情况也高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。因此,麻醉下手法松解综合治疗的方法,能够有效提高重症冻结期肩周炎的临床效果,具有

一定的临床价值。

参考文献

[1] 杨蔺. 麻醉下手法松解综合治疗重症冻结期肩周炎等 15 例[J]. 按摩与导引, 2011, 20(4): 32-33.
 [2] 窦忠新, 茆怀海, 陈秀清. 肩胛上神经和腋神经联合阻滞治疗肩周炎的应用解剖[J]. 中国临床解剖学杂志, 2011, 27(03): 218-220.
 [3] 李云, 周卫民. 关节腔内注射加星状神经节阻滞治疗冻结期肩周炎的临床观察[J]. 颈腰痛杂志, 2010, 31(4): 295-295.
 [4] 李邗峻. 针刺、TDP 结合徒手抗阻训练治疗冻结期肩周炎 48 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2011, 43(8): 67-68.
 [5] 杨蔺. 麻醉下手法松解综合治疗重症冻结期肩周炎 32 例[C]. 全国第 15 届颈肩腰腿痛学术经验交流会议论文集, 2013: 201-203.
 [6] Caborn D, Rush J, Lanzer W. A randomized, single-blind comparison of the efficacy and tolerability of hylan G-F 20 and triamcinolone hexacetonide in patients with osteoarthritis of the knee[J]. J Rheumatol, 2011, 26(2): 333-343.
 [7] Ghosh P, Guidolin D. Potential mechanism of action of intra-articular hyaluronan therapy in osteoarthritis: are the effects molecular weight dependent[J]. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 2012, 16(1): 10-37.

(收稿日期: 2014-12-20 修回日期: 2015-02-15)

(上接第 1795 页)

2.3 200 例患者估算结果超允许偏倚范围 以实测值为靶值, $\pm 6\%$ 为允许偏倚范围, 使用 2 种估算方法对 200 例患者进行估算, 结果无 1 例低于允许偏倚范围; 而方法 2 估算结果高于允许偏倚范围的例数显著高于方法 1。见表 2。

3 讨论

导致 Hb 假性增高的主要原因是血浆三酰甘油明显增高(69.2%), 其他类似原因如高白细胞、有核红细胞增多等^[1]。稀释液替换法为用于高脂血症时 Hb 假性增高的主要纠正方法, 标本容量未发生改变, 操作简单, 但稀释液替代法的明显不足之处是在低速(1 000 r/min)离心后, 残留血浆仍会对复检结果产生影响。若使用高速离心, 不仅可能会使细胞变形, 而且会导致复检时标本难以混匀, 除此之外还存在基质效应等问题。

本研究方法 1 运用 MCV 与 MCH 的线性关系估算 Hb 浓度是基于这样的假设, 即 MCV 在正常参考范围内(本组设为 82~94 fL), 去除高或低的 MCH 结果后, 剩余标本的 MCV 与 MCH 呈正相关, 操作人员即可根据回归方程结合 RBC 结果得到 Hb 估算值。本组结果提示 MCV 与 MCH 呈正相关, 本组回归方程与相关系数为: $Y = 0.347 3X - 1.771 1$, $r = 0.848 7$ 。方法 2 也是类似的假设, 即血液中 RBC 与 Hb 含量呈 1:30 的大致平行对应关系, 使用 RBC 计数值, 结合 MCV 配以适当的系数即可得到 Hb 估测值, 估算公式为 $Hb = RBC \times 30 \times MCV / 88$ 。

本组结果表明方法 1 对 3 组患者 Hb 的估算值明显优于

方法 2, 原因是用于估算的回归方程是根据仪器自身检测结果得出的, 而方法 2 缺乏针对性。要关键的是无论方法 1 和方法 2 对 $MCV < 82$ fL 组的估算结果高于允许偏倚范围的百分率均高于其他 2 个组, 提示针对小红细胞时的估算值偏差较大, 原因是小红细胞时 MCH 不能随 MCV 的增大而呈一定比例的增加, 相关性较差。本研究认为使用估算法时应注意以下几点: (1) 估算的适宜对象为 MCV 在 82~94 fL 范围的标本。(2) 应根据各仪器自身 MCV 与 MCH 的相关性进行估算。(3) 估算的患者应排除血液系统疾病、慢性肝病、肿瘤化疗等可能影响估算的疾病。

参考文献

[1] 宗寿洋. 平均红细胞血红蛋白含量(MCH)假性增高 39 例的原因分析与纠正[J]. 现代检验医学杂志, 2013, 28(5): 116-118.
 [2] 徐龙强, 隋静, 于维林, 等. 高脂血和高白细胞因素对血红蛋白测定的干扰校正分析[J]. 检验医学, 2008, 23(5): 488-490.
 [3] 徐龙强, 刘梦阳, 隋静, 等. 简易血红蛋白估算方法[J]. 青岛大学医学院学报, 2004, 40(4): 321-322.
 [4] 许斌. 医院检验科建设管理规范[M]. 2 版. 南京: 东南大学出版社, 2013: 118.

(收稿日期: 2014-12-25 修回日期: 2015-02-15)