

· 经验交流 ·

老年性肩袖损伤诊断和治疗

张龙君¹, 叶锋¹, 赵凯², 张建军¹, 王晓¹

(1. 上虞市中医院, 浙江 上虞 312300; 2. 浙江邵逸夫医院)

关键词 肩袖损伤; 老年人; 诊断; 治疗**Diagnosis and treatment of rotator cuff injuries in elder patients** ZHANG Long-jun*, YE Feng, ZHAO Kai, ZHANG Jian-jun, WANG Xiao. *Shangyu TCM Hospital, Shangyu 312300, Zhejiang, China**Key words** Rotator cuff injuries; Aged; Diagnosis; Therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(8): 633-634 www.zggszz.com

肩袖损伤是肩关节疼痛和功能受限的常见原因, 主要发于老年人^[1]。随着人民生活水平不断提高, 人们对肩关节功能状况要求也日益增高。自 2004 年 7 月至 2008 年 3 月共治疗老年人肩袖损伤 36 例, 通过临床诊治, 结合有关文献, 对此类损伤进行总结分析、探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 36 例, 男 16 例, 女 20 例; 年龄 50~75 岁, 平均 67 岁; 左肩 14 例, 右肩 22 例; 病程 1 d~2 年。其中 15 例无明确外伤史。外伤致伤原因: 车祸伤 8 例, 跌伤 13 例。本组患者均有肩关节持续疼痛, 夜间为甚, 外展功能大部分丧失, 撞击试验阳性, 部分肌肉萎缩, 影响生活、工作或运动。

1.2 辅助检查 X 线检查 36 例, 合并肱骨外科颈、大结节骨折 4 例, 肱骨大结节畸形 12 例。B 超检查 8 例, 肩关节造影检查 4 例, MRI 检查 22 例。

2 治疗方法

MRI 提示肩袖有部分损伤、症状较轻者 20 例, 采用保守治疗。患侧臂置体侧悬吊, 1 周起进行被动小范围肩关节功能锻炼, 如钟摆样运动; MRI 提示肩袖有相对明显部分损伤的患者, 患侧臂贴胸位固定, 休息制动, 肘关节以下肢体功能锻炼, 肩部理疗, 膏药外用; 口服中药活血化瘀, 非甾体抗炎药解痉止痛。4~6 周后解除固定加大功能锻炼, 以防肩关节粘连或形成外伤性肩周炎。肱骨外科颈、大结节内固定 4 例, 单纯肩袖修补术(冈上肌腱缝合法和锚钉固定缝合法)3 例, 肩峰成形术(切除喙肩韧带、肩峰下滑囊、肩峰前下部分)3 例, 关节镜下手术(包括镜下减压成形)6 例。术后 3 d 被动前屈练习; 3 周后开始主动活动, 外展小于 60°, 屈曲小于 45°; 同时行三角肌及肩袖肌力训练。术后 6 周加强锻炼。

3 结果

本组随访 5 个月~2 年, 平均 13 个月。术前后全部病例均

以 UCLA 肩关节功能评定方法^[2]评价疗效。包括: 疼痛 10 分、功能 10 分、主动前屈 5 分、徒手前屈肌力 5 分、满意度 5 分。总分 35 分, 优 34~35 分, 良 28~33 分, 可 21~27 分, 差 0~20 分。手术前后 UCLA 评分情况见表 1, 各项差异有统计学意义($P < 0.05$)。结果: 优 11 例, 良 16 例, 可 6 例, 差 3 例。11 例无疼痛, 14 例偶感轻微疼痛或不适, 7 例运动或特殊动作疼痛, 4 例时有疼痛或关节活动时疼痛, 18 例关节活动完全正常。手术患者术后前屈及外展肌力恢复可, 均恢复日常生活及运动。

4 讨论

4.1 肩袖损伤的解剖学特点 由于肩袖肌腱位于喙肩和肱骨大结节这两种骨性结构之间, 因此当肩关节外展上举时肩袖很容易受到挤压、碰撞而发生充血、水肿、变性。肩袖肌腱的肥大、肩峰下和肩锁关节退变以及骨赘形成是造成碰撞的诱因。认识肩袖间隙(RI)即喙肱韧带、肱盂韧带和肩关节前方的关节囊。本组病例均为老年人有肩关节退变或(和)外伤引起的损伤; 其中 3 例通过肩峰成形术, 取得良好的效果。

4.2 肩袖损伤的影像学特点 肩袖损伤在常规 X 线片上可能有表现肱骨头上移和大结节畸形; 肩关节造影能充分显示肩袖肌腱完全性断裂, 但其难以显示肩袖的不完全破裂, 对本病诊断有局限性。肩部超声为无痛和无创伤的影像技术, 曾报道肩关节超声检查和 MRI 检查对比, 两者对肩袖损伤的敏感性、特异性没有明显差异^[3]。缺点是诊断的准确率与个人的操作技术和经验有很大的相关性^[4]。当肩袖损伤时, 因为肌腱仍有液体存在, MRI 在 T2 加权图像上表现为信号增高; 肩袖撕裂时, 还有外形以及逐渐性的终端。一般常规应用核磁共振, 诊断准确率较高与手术组所见基本吻合。

4.3 肩袖损伤的鉴别诊断 肩袖损伤容易误诊, 尤其是老年人, 注意与特殊病例鉴别^[5]。①肩周炎: 一般 50 岁左右, 肩关节被动活动差, 肩周压痛点广泛; 而肩袖损伤一般被动活动

表 1 36 例患者术前后 UCLA 评分情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	病例数	疼痛	功能	主动前屈	徒手前屈肌力	满意度
术前	36	3.17±0.63	4.25±0.95	1.94±0.57	2.01±0.38	0.86±0.23
术后	36	8.58±1.73	8.31±1.57	4.28±0.45	4.50±0.48	3.58±0.75

可,压痛点仅限于冈上肌及冈下肌止点。②颈椎病:压痛一般从颈部到胸部呈放射,颈部影像检查有异常;而肩袖损伤压痛在冈上肌止点,疼痛仅限三角肌附近。③肱二头肌长头腱炎:压痛点主要在二头肌间沟,主要是上肢后伸时疼痛较甚;而肩袖损伤有典型疼痛,疼痛点在上举外旋时。

4.4 肩袖损伤的治疗方法选择 保守治疗适于非巨大撕裂,特别受伤后少于 3 个月,若患者年龄较大对肩关节功能要求不高,也适用非手术治疗。手术治疗的目的是阻断病理过程,解除疼痛,恢复肩关节功能。常见方法:①单纯肩袖修补术在骨折内固定同时对破裂的肩袖及关节囊进行很好地修复^[6]。②肩峰成形术是治疗肩袖损伤的最常用方法。③关节镜下手术是一种有效的微创方法。应注意预防术后并发症,如再撕裂、肩关节前脱位、肩袖不愈合、腋神经损伤、锚钉拔出等。

参考文献

[1] 靳嘉昌,唐刚建,黄东,等.肩袖损伤研究概况.中国骨伤,2003,16

(8):510-512.

[2] Ellman H, Hunker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff. End-resuit study of factors influencing reconstruction. J Bone Joint Surg (Am), 1986, 68:1136-1144.

[3] Teefey SA, Rubin DA, Middleton WD, et al. Detection and quantification of rotator cuff tears. Comparison of ultrasonographic, magnetic resonance imaging, and arthroscopic findings in seventy-one consecutive cases. J Bone Joint Surg(Am), 2004, 86:708-716.

[4] Gartsman GM, Hasan SS. What's new in shoulder and elbow surgery. J Bone Joint Surg(Am), 2005, 87:226-240.

[5] 张亚非,黄庆森.肩袖损伤的诊断和治疗进展.中国矫形外科杂志,2007,12(5):127-130.

[6] 甄平,刘兴炎,李旭升,等.肱骨近端严重粉碎性骨折脱位的外科治疗.中国骨伤,2003,16(3):137-139.

(收稿日期:2009-03-23 本文编辑:王玉蔓)

· 病例报告 ·

成人桡骨小头半脱位手法治疗 1 例报告

邬强¹, 牟小玲²

(1.成都军区八一骨科医院,四川 成都 610011; 2.重庆三峡学院)

关键词 桡骨; 脱位; 手法,骨科; 成人

Manipulative treatment for subluxation of capitulum radii in adult: 1 case report WU Qiang*, MU Xiao-ling. *The Eight-One Orthopaedics Hospital of Chengdu PLA, Chengdu 610011, Sichuan, China

Key words Radius; Dislocations; Manipulation, orthopedic; Adult

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(8):634 www.zggszz.com

患者,女,29岁,因右肘伤痛3h于2006年10月14日就诊。3h前患者行走时跌倒,右手掌触地,即感右肘疼痛,活动受限,送至外院摄片检查右肘部诸骨未见明显骨折和脱位征象,诊断为右肘部软组织损伤,给予口服活血化瘀药物治疗,后来我院就诊。查体:见右肘局部微肿,桡骨小头处压痛,肘关节半屈、前臂旋前位,屈伸及旋转活动受限。拟诊为桡骨小头半脱位,试行手法复位,前臂旋后并屈肘,拇指顺势按压桡骨小头,感觉到清脆的声响,疼痛立即缓解,屈伸及旋转活动恢复正常,给予右肘部外敷消肿止痛散,绷带包扎,三角巾悬吊右肘关节于屈曲90°,治疗2d肿痛消失,功能正常。

讨论

桡骨小头半脱位是临床常见的肘部损伤,占14岁以下儿童肘部损伤45.4%^[1],又称牵拉肘,发病高峰期在1~3岁。桡骨小头半脱位好发于4岁以下小儿,8岁以上发生率极易误诊为软组织损伤而耽误治疗。成人桡骨小头半脱位多有明确的外伤史,多为前臂旋前位,手掌着地的传导暴力所致,或为强力牵拉,在前臂旋前,肘关节过伸位时,环状韧带、桡侧副韧带、桡前侧关节囊,处于紧张状态,在骤受外力时,肱二头肌猛

烈收缩,可以造成环状韧带、桡侧副韧带、桡侧关节囊撕裂或松弛,引起桡骨小头半脱位。因其所受暴力较大,局部软组织多有损伤。牵拉肘的发病机制是由于肱桡关节间软组织嵌入所引起,一般情况下可能由于环状韧带嵌入引起,但在某些情况下滑膜皱襞的嵌入也许更能解释其临床表现^[2]。成人桡骨小头半脱位,因桡骨小头发育良好,暴力大,软组织损伤比儿童严重,需要一定时间修复,如固定不可靠或固定时间不够,容易再脱位或形成习惯性半脱位。此类患者因其不常见而误诊或漏诊。若患者在前臂受牵拉过程中或跌伤出现前臂旋转活动受限、肘部疼痛、桡骨小头部位有压痛,尽管不是小儿,也应考虑到桡骨小头半脱位此种损伤的可能性。

参考文献

[1] 张敬东,彭明惺,刘利君,等.牵拉肘机制的有关解剖学观测.中国骨伤,2003,16(11):652-654.

[2] 肖兵,张运.桡骨小头半脱位的病因及治疗研究进展.云南中医中药杂志,2004,25(3):38.

(收稿日期:2008-04-24 本文编辑:王玉蔓)