

“冻结肩”的诊治与康复

中国中医研究院骨伤科研究所 吴子明

指 导：陈正光

一、简史回顾

Codman以前,本病在1867年Garyavay首先报告了4例肩峰下滑囊由外伤性炎症引起的疼痛和肩部活动受限,分急性型与慢性型,到了1872年Duplay氏观察了外伤性肩关节脱位后的病态及病理所见,见到关节外组织,尤其在肩峰下滑囊的炎症,变性和粘连等变化。确立为一种独立疾病,命名为肩关节周围炎。及至1945年Neviarer发现了关节囊有粘连性病变。据不完全确切的查证,在古典医籍中于1805年清朝年间,高秉钧著的《疡科心得集》下册中作为与历节风鉴别诊断时提出了“漏肩风”这一病名,由此可见,祖国医学提出本病比国外至少要早65年,甚至还要更早些。

二、对本病的诊断建议

1.年龄在39岁以上;2.诱因:外伤、男女更年期(内分泌紊乱)或感受风寒等;3.症状主要是肩关节疼痛及夜痛;4.体征有局部压痛及不同程度的解剖学功能如:肩高举、后伸、内收、外展、内旋、外旋、环行动作以及梳头,叉腰等生活功能障碍;5.X线平片及造影的种种所见。

三、X线所见

(一)“冻结肩”X线平片所见

在100例“冻结肩”中,肱骨大结节皮质骨密度增高48例(48%),皮质下松质骨密度减低伴囊样变30例(30%),仅密度减低23例(23%),其它病变分别占1—8%。极少发现关节周围软组织出现异常改变,只有一例岗上肌腱钙化,由锁骨下至肱骨大结节呈现长条钙化阴影和另一例肩峰端有4×10毫米的钙斑。我们又以健康肩100例X线片进行了对照,其病变出现率分别为83%和22%。

(二)“冻结肩”X线碘水造影所见

肩关节造影我们在1965年1月自己寻找的一条新入路,即肩锁关节内1公分。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,观察到碘水影像中,除了关节囊全面缩小(示关节囊挛缩)外,正常关节囊容积量为男性14毫升略大于女性。关节腔严重狭窄病例仅只有6~7毫升以下。还可以普遍见到与关节囊

相通的肩胛下滑囊及肱骨结节间沟,肱二头肌长头腱鞘不清楚,我们称为“不完全闭锁”。关节囊边缘不整齐,以至模糊不清,但密度增高,腋窝皱襞明显变浅或消失。一般都看不到肩峰下,三角肌下滑囊的。

以上种种表现,对于冻结肩的临床诊断是有一定的参考价值的。

四、治疗的想法

针对冻结肩主要病变是关节囊外组织退变,尤其关节囊内挛缩和腋窝皱襞变浅与消失。因此,我们认为在治疗上以突出功能疗法较好。松解关节囊内外组织挛缩,多可恢复正常的容积量和周围软组织的生理弹性,最终达到肩关节功能的满意恢复或完全恢复。

(一)按功能安排相应手法

坐位 指揉痛点、拨筋,并做肩关节被动内收动作,然后活动关节,作后伸摸棘动作,要求中指指尖触棘突每次升高1—2个,上法一般均作十余次。此外,叉腰扶肩顶肘向前,双手相嵌置项后扶肘引肩等根据临症需要可以选用。

仰卧位 1.患肩作外旋、外展、上举、梳头和擦汗动作,除上举作镇定手法持续1—2分钟,重复手法2—3次外,其余均作20次左右。2.牵抖患臂或摇转患肩5—7次。3.解除粘连,松解关节囊挛缩是迅速改善功能的重要步骤,解除上举位粘连时,患者取仰卧位,医者站立患侧,助手固定骨盆,患肢上举要顺筋顺脉,伸肘,掌心向内,尽量靠耳侧稳力扳压。如功能受限重者,一般分2—3次解除为宜,间隔时间1周为好。解除内收位粘连时,患者取坐位,患肘屈曲,医者一手托肘内收,另手压住掀起的肩胛部,配合一手相对施压。内收位粘连一般一次解除即可。上举位和内收位的粘合同时存在者,要分次解除。解粘时一定要稳力,要闻响则止(即撕布样声音)。这样损伤少,组织反应小,吸收快,功能恢复好,疗效稳定。患者再配合功能练习,能够消除局部肌肉痉挛,改善局部血液循环,促进炎症和粘连组织吸收,加快了肩关节功能的恢复。根据我们的临床体会,肩关节功能完全恢复,一般需4—12周。

(二)功能锻炼方法

一势(上肢伸展):两足分开与肩同宽,两
(下转第5页)

50-100周,揉到拇指下有光感为度。凡因气血不和而引起的筋骨疼痛及外伤后关节之肌肉挛缩,功能障碍等都可应用,揉药部位的选择应以疼痛所在处或相关的部位和关节为佳,每个部位揉药三次。揉药时医生的拇指(揉药的拇指)及患肢皮肤要干燥。夏季手法要轻,用药要少,冬季反之。揉药圈度不要太大,不要搓动,有病理现象的部位及手掌部属禁忌。

2. 捏筋法

捏筋法是一种被动性关节的活动,是按摩疗法的重要一法。本法即做关节生理范围内各种活动,如关节病即活动本关节;肢体某段有病时,活动该段肢体上下关节。每次活动每个关节2-3次,手法先轻、重、再轻,达到患者最大的耐受程度为宜。在临床实践中证明。本法治疗关节僵硬、筋牵、筋缩是具有很好效果的。

本法的适应症和禁忌症;因外伤引起的筋伤,气血停滞,关节僵硬,肌肉萎缩,轻度软组织损伤,或其他原因引起的肌肉萎软和关节功能障碍者,如肩关节周围炎,风湿,劳伤及小儿麻痹症等都可以活筋。伤肢尚未达到临床愈合,新的创伤淤血正在淤血结期,局部红肿热痛及全身有严重的其它合并症者不可活筋。

活筋时应注意:掌握好患者复诊时间,行第一次活筋后病员如有轻、重、大轻的感觉时是行第二次活筋最理想的时间。手法轻重可根据病员路途考虑,如果病员距医院较近,可采用轻手法,每天活筋一次。路远者可采用较重的手法,5-10天进行一次。活筋后注意病员的反应,根据反应情况分析手法是否得当,活筋时必须注意病员表情,以免手法过轻或过重影响治疗效果。

3. 洗涤法

洗涤法是用药物煎汤趁热在患处淋洗,浸渍,敷盖及坐浴之法,用此以达温通经络,疏导腠理,调和气血作用。伤症初期不宜用,因此时多为热症,热汤淋洗可加重肿痛,若用冷汤淋洗,则寒凝气血,亦易加重病情。故在临床上除骨折脱位外,一般挫伤肿势痛定后才可用散血止

痛药洗涤。骨折脱位后期,关节僵硬,麻木,肿硬不清者应以汤药洗,借以疏通气血,温通经络,使筋强力壮,关节灵活。但洗药必须温暖,稍冷即当更换,冬季更应该注意保暖,夏季亦须注意避风。笔者常用有效方药如下:

(1)散淤和伤汤:番木鳖(油炸)红花、生半夏各15g,骨碎补、甘草各9g,葱胡30g,醋60g,水煎洗,有活血消肿作用,用于一般挫伤。(2)海桐皮汤:海桐皮、透骨草、乳香、没药各18g,川椒18g,当归、川芎、红花各15g,灵仙,白芷、防风、甘草各10g水煎洗,具有通络活经散淤止痛作用,(3)消肿活血散:苏木15g,红花、川芎、灵仙、五加皮各9g,丹参、乳香、没药各6g,水煎洗,用于损伤中期,血滞不和,肿痛不消。(4)薏米煎:薏米、丹参各30g防己、木瓜、牛夕各15g 防风、乳香、没药各6g水煎洗。损伤后期,肿不消且发凉时用此方,具有舒筋活络,温通散寒作用。(5)活血舒筋散:大力草30g,风仙花30g,艾叶20g,卷柏,羌活、独活、木瓜、牛夕各15g水煎洗,本方用于损伤中期肿消而关节僵直等。(6)止痛散:防风、荆芥、当归、艾叶、丹皮、鹤虱、升麻各15g,苦参、透骨草、赤芍各20g,川椒、甘草各10g水煎洗。用于骨关节损伤后期合并风寒疼痛者。(7)上下肢通用外洗方:海桐皮、五加皮、乳香、没药各15g,当归、红花、川椒、白芷、灵仙、钩丁、川羌各12g,荆芥、防风各10g,苏木、艾叶各30g,水煎洗。本方具有消肿止痛作用。

总之,活动疗法是治疗骨折的一个重要方法。活动疗法能促进骨折端的对位对线良好,能促进气血和顺,通经活络,肿消痛止,有利于骨痂生长,加速骨折愈合,能保证肢体功能尽快恢复,是骨折治疗中不可少的方法。我们骨伤科医疗工作者不仅要重视此方法,而且一定要运用好此方法,以便在骨伤科临床上取得更满意的治疗效果。

(上接第3页)

手掌伸开,手背相对于胸前,上升到最大限度,翻掌外展,屈腕收至两胁,连作二十至三十次,每次增高向上向后,重点适于肩关节上举功能的恢复。

二势(握拳外展):站势同上,两手握拳,贴靠两胁,肘关节靠墙作支点,前臂同时向两侧外展,拳掌向上,然后收原位,每遍作二十至三十次。本法适于肩关节外旋功能的恢复。仰卧位亦可。

三势(背手拍拉):站势同上,双手向后反

背,由健手拉患肢腕部,渐渐向上拍拉,或用棍棒反手上拉,或毛巾仿擦澡动作,反复进行,连作二十至三十次。本法适于肩关节后伸功能的恢复。

四势(端掌旋肩):站势同上,患肢微屈肘、腕、掌自腋下充分后伸,继向外展,渐屈肘,臂手上绕过头顶,掌心始终保持向上,移向后外侧,旋滑于下,反复作十至二十次,本法为肩关节展旋动作。适用于冻结肩恢复期的最后功能恢复。