

小针刀结合关节松动治疗冻结肩的临床观察

陆姝帆

(南京市雨花台区铁心桥社区卫生服务中心 210012)

摘要: 目的: 对小针刀结合关节松动治疗冻结肩临床效果进行分析。方法: 选取 2021 年 5 月-2022 年 5 月间在我院接受治疗的冻结肩患者 70 例, 作为本次研究对象, 根据患者的入院序列数为基础, 按照随机法将其分为对照组 (35 例, 小针刀) 和观察组 (35 例, 小针刀结合关节松动治疗)。对比分析对照组以及观察组的治疗有效率; 肩关节活动范围; 疼痛程度; 以及肩关节功能评分。结果: 经治疗干预后, 观察组在治疗有效率; 肩关节活动范围; 疼痛程度; 以及肩关节功能评分方面明显优于对照组, 其中 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义。结论: 在对冻结肩患者进行治疗的过程中, 采用小针刀联合关节松动的治疗模式进行干预, 能够有效提升治疗有效率, 同时能够显著改善患者的肩关节活动范围; 疼痛程度; 以及肩关节功能, 在实际应用的过程中具有优良的效果, 值得进一步的推广与应用。

关键词: 小针刀; 关节松动; 冻结肩; 治疗效果

冻结肩即人们日常生活中所说的肩周炎, 在肩周周围位置的软组织会产生自限性无菌性炎症, 会导致肩关节出现疼痛的现象, 肩关节活动范围也会受到限制, 通常发生在年龄 50 岁以上的患者中^[1]。随着人们生活方式的改变, 日常活动量下降, 上班族常年坐在办公椅上, 这使得出现肩周炎的患者开始向着年轻化的方向发展, 给人们日常生活带来了严重影响, 降低了患者生活质量。肩周炎具有自愈的特性, 但是如果通过积极治疗能够进一步加快肩周组织恢复速度, 避免出现病情恶化的现象^[2]。小针刀是常见的冻结肩治疗方法, 但是部分患者治疗效果较差, 为此当前临床上开始选择联合关节松动术共同进行治疗。基于此, 本文选取 2021 年 5 月-2022 年 5 月 70 例患者的治疗情况进行研究, 报告如下。

1. 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2021 年 5 月-2022 年 5 月间在我院接受治疗的冻结肩患者 70 例, 按照随机法将其分为对照组 (35 例, 小针刀) 和观察组 (35 例, 小针刀结合关节松动治疗)。观察组 42 到 69 岁, 男 20 例, 女 15 例, 年龄 43-71 岁, 平均年龄 (58.34 ± 3.42) 岁, 病程 3-24 个月, 平均病程为: (16.37 ± 2.11) 个月。对照组 43 到 70 岁, 男 19 例, 女 16 例, 年龄 43-71 岁, 平均年龄 (58.42 ± 3.89) 岁, 病程 3-24 个月, 平均病程为: (16.42 ± 2.08) 个月。经比较, 基本资料无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

单独使用小针刀疗法。选择汉章牌 I 型 4 号小针刀, 针对患者病情状况确定松懈位置以及刀口走向, 选择固定疼痛位置, 使用龙胆紫将进针位置标记出来。在标记完毕后观察肌肉纤维组织走向和血管神经走向, 对进针位置进行消毒, 按照常规无菌操作要求准备, 右手从标记位置沿肌肉纤维、血管神经走向以垂直的状态刺入患者皮肤, 刺入深度需要达到筋膜下, 以摸索的方式持续进针, 在患者出现酸痛或者胀痛感受时可以进行纵行剥离^[3]。

1.2.2 观察组

在对照组基础上使用关节松动疗法。在接受小针刀治疗后, 让患者以坐卧式的姿态接受治疗, 由医生对患者健康一侧的肩膀以及患病一侧的骨盆进行固定, 避免患者出现跌落的现象。医生站在患者患病一侧, 两只手分别放在患侧肩膀位置以及肘部位置, 通过适当的手法对肩关节进行松懈。根据肩关节正常情况下的活动幅度依次对肩关节进行松懈, 如果在松懈过程中发现存在阻力现象, 需要增加手法用力, 患者可以感受到撕裂感, 或者听到喀哒的声音, 这代表松懈成功, 之后利用小幅度的手法对牵关节进行牵拉, 同时进行肌肉按摩, 一直到该区域没有其他阻力。在治疗过程中要求患者自行进行肩功能锻炼, 例如手指爬墙、摆臂摇肩等。

1.3 观察指标

经治疗干预后, 对比分析对照组以及观察组的治疗有效率; 肩

关节活动范围; 疼痛程度; 以及肩关节功能评分。其中将治疗效果分为治愈 (疼痛症状消失, 肩关节功能完全恢复正常, 日常生活不会受到影响)、显效 (疼痛症状消失, 肩关节功能改善明显, 高举超过 170 度, 手指可以摸到对侧耳朵, 可以工作)、有效 (疼痛症状基本消失, 肩关节功能改善, 高举达到 140 度, 手指可以摸到头顶, 可以进行轻度工作)、无效 (症状无改善), 治疗有效率=有效例数以及显效例数之和与总例数的占比, 对比治疗有效率。肩关节活动范围包括: 治疗前后的外展活动范围、前屈活动范围、后伸活动范围、外旋活动范围、以及内旋活动范围。疼痛程度采用 VAS 评分进行评定, 包括治疗前后的评分, 分数越高表示患者的疼痛程度越为强烈。肩关节功能评分采用 Constant-Murley 评分进行评定, 包括对于患者肌力、ROM、以及 ADL 的评分, 分数越高表示患者的肩关节功能越好; 数据均由研究期间收集整理得出。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS20.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, $P < 0.05$ 为差异显著, 有统计学意义。

2. 结果

2.1 对照组以及观察组治疗有效率

经治疗干预后, 对比分析对照组以及观察组的治疗有效率, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下表 1 所示:

表 1 两组患者治疗有效率 (n/%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	35	9	12	13	1	34 (97.1%)
对照组	35	7	10	12	6	29 (82.9%)
χ^2 值						3.9683
P 值						0.0463

2.2 对照组以及观察组肩关节活动范围

经治疗干预后, 对比分析对照组以及观察组的肩关节活动范围, 观察组明显优于对照组, 其中 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义, 其中对照组以及观察组治疗前对比, 无明显差异, ($P > 0.05$), 详情如下所示:

对照组治疗前的外展活动范围为: (42.33 ± 3.78)°; 观察组治疗前的外展活动范围为: (41.98 ± 3.81)°; 其中 $t=0.386$, $P=0.701$ 。

对照组治疗后的外展活动范围为: (82.43 ± 4.25)°; 观察组治疗后的外展活动范围为: (126.39 ± 5.01)°; 其中 $t=39.586$, $P=0.001$ 。

对照组治疗前的前屈活动范围为: (71.44 ± 3.55)°; 观察组治疗前的前屈活动范围为: (71.62 ± 3.48)°; 其中 $t=0.439$, $P=0.907$ 。

对照组治疗后的后屈活动范围为: (101.09 ± 4.51)°; 观察组治疗后的前屈活动范围为: (132.37 ± 4.68)°; 其中 $t=28.437$,

P=0.001。

对照组治疗前的后伸活动范围为： $(22.28 \pm 3.13)^\circ$ ；观察组治疗前的后伸活动范围为： $(22.39 \pm 3.21)^\circ$ ；其中 $t=0.145$, $P=0.885$ 。

对照组治疗后的后伸活动范围为： $(31.22 \pm 3.46)^\circ$ ；观察组治疗后的后伸活动范围为： $(38.85 \pm 4.10)^\circ$ ；其中 $t=26.372$, $P=0.001$ 。

对照组治疗前的外旋活动范围为： $(13.80 \pm 3.36)^\circ$ ；观察组治疗前的外旋活动范围为： $(14.11 \pm 3.47)^\circ$ ；其中 $t=0.380$, $P=0.705$ 。

对照组治疗后的外旋活动范围为： $(21.90 \pm 3.52)^\circ$ ；观察组治疗后的外旋活动范围为： $(34.78 \pm 3.60)^\circ$ ；其中 $t=21.887$, $P=0.001$ 。

对照组治疗前的内旋活动范围为： $(26.60 \pm 2.89)^\circ$ ；观察组治疗前的内旋活动范围为： $(27.12 \pm 2.94)^\circ$ ；其中 $t=0.746$, $P=0.458$ 。

对照组治疗后的内旋活动范围为： $(35.58 \pm 3.21)^\circ$ ；观察组治疗后的内旋活动范围为： $(48.89 \pm 3.33)^\circ$ ；其中 $t=29.865$, $P=0.001$ 。

2.3 对照组以及观察组疼痛程度

经治疗干预后，对比分析对照组以及观察组的疼痛程度，观察组明显优于对照组，其中 ($P < 0.05$)，差异具有统计学意义，其中对照组以及观察组治疗前对比，无明显差异，($P > 0.05$)，详情如下所示：

对照组治疗前的 VAS 评分为： (5.88 ± 0.49) 分；观察组治疗前的 VAS 评分为： (5.92 ± 0.52) 分；其中 $t=0.331$, $P=0.742$ 。

对照组治疗后的 VAS 评分为： (4.63 ± 0.64) 分；观察组治疗后的 VAS 评分为： (2.99 ± 0.31) 分；其中 $t=13.644$, $P=0.001$ 。

2.4 对照组与观察组肩关节功能评分

经治疗干预后，对比分析对照组以及观察组的肩关节功能评分，观察组优于对照组， $P < 0.05$ ，详情如下所示：

肩关节功能评分：对照组 (75.76 ± 7.52)；观察组 (82.30 ± 8.02)； $t=2.660$, $P=0.011$ 。

3. 讨论

冻结肩会给人们的日常生活带来严重影响，多数患者并不存在外伤史或者外伤史较轻，在初期阶段患者的疼痛症状并不明显，随着疾病愈发严重会使疼痛症状加重，部分患者甚至接触也会感受到剧烈疼痛^[4]。通过小针刀联合关节松动术能够对肩周位置的血液循环情况进行改善，有效控制局部疼痛症状，减轻炎症水平，让患者的肩关节功能得到充分改善，并且在治疗后不会出现重新粘连的现象，避免出现复发的情况，有效提升治疗效果。在治疗过程中肩周组织不会出现过大的反应，能够确保治疗的安全性，为患者后续恢复打下良好基础。

研究发现冻结肩主要有三大特征：①关节腔容量减小；②关节

囊明显增厚，滑膜充血、增厚。Bunker 等研究发现冻结肩病例中，患肩关节囊呈慢性纤维化表现，其中有成纤维细胞和肌纤维细胞增生，并分泌大量 I 型和 III 型胶原沉积于关节囊致过度增厚；③肩外旋受限最为典型，而上孟肱韧带/喙肱韧带复合体是限制肩外旋的主要因素，因而推测肩袖间隙喙肱韧带的病变是冻结肩发病的原发病灶和病理机制。通过予以冻结肩患者小针刀治疗，能够使得患者的局部粘连组织、肌肉得到松解，同时能够有效的松解患者神经血管的卡压，保障患者的局部血液循环得到相应的改善，降低其部位致痛物质的浓度，消除局部炎症，进而最大程度的改善患者的疼痛状态。肩关节松动治疗应用于冻结肩的治疗则具有多方面的优势，包括：①通过力学以及经络作用，能够促进患者关节液的柳丁，提升关节软骨以及软骨盘无血管区的营养。多数情况下，当患者优于缓解肿胀或是疼痛等方面因素导致其不能进行全范围的活动时，关节松动术则能够有效的改善患者的疼痛状态，避免由于肩关节活动受限导致其出现关节退变的情况。同时，国内有学者指出：予以冻结肩患者关节松动术进行干预，能够有效的抑制患者脊髓以及脑干致痛物质的释放，进而提升患者的疼痛阈值。②能够有效的改善患者组织的伸展性，通过分析国内多项研究显示：关节不活动，能够使得患者出现组织纤维增生的情况，同时可使得患者出现关节内粘连、肌腱以及关节囊出现挛缩的情况。予以患者关节松动术进行干预，在干预过程中能够牵拉患者关节周围软组织，保障其伸展性，最大程度的改善患者关节活动范围。在本次研究中同样得到印证，通过予以患者小针刀结合关节松动治疗，有效的改善了患者外展活动范围、前屈活动范围、后伸活动范围、外旋活动范围、以及内旋活动范围。根据本次研究结果进行分析，观察组治疗有效率 97.1%，明显高于对照组 82.9%， $P < 0.05$ ，观察组选择的联合治疗方法效果更为明显。

综上所述，在对冻结肩患者进行治疗的过程中，采用小针刀联合关节松动的治疗模式进行干预，能够有效提升治疗有效率，同时能够显著改善患者的肩关节活动范围；疼痛程度；以及肩关节功能，在实际应用的过程中具有优良的效果，值得进一步的推广与应用。

参考文献：

- [1]程鑫,聂娟,龚国平,等. 小针刀联合肩关节松动术、玻璃酸钠治疗肩周炎的效果观察[J]. 航空航天医学杂志,2020,31(10):1194-1196.
- [2]朱家刚. 臂丛麻醉后关节松动加小针刀松解治疗肩周炎疗效评价[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(64):31.
- [3]蔡桂花,孙永香. 小针刀治疗肩关节周围炎 58 例疗效观察[J]. 青海医药杂志,2017,47(10):57-58.
- [4]杨芳,谢婷,龚泽辉. 小针刀配合肩关节松动术治疗肩周炎效果观察[J]. 中外医学研究,2017,15(06):12-14.