

不同分期肩袖损伤的临床特征与康复治疗策略研究

董晶晶 张君 (通讯作者)

(新疆生产建设兵团第六师医院康复科 新疆 昌吉 831800)

摘要: 目的 分析不同分期肩袖损伤的临床特征与康复治疗策略。方法: 从 2021 年 3 月-2022 年 3 月的肩袖损伤患者中随机抽取 150 例, 电脑随机法均分为 A 组(常规疗法)和 B 组(常规疗法+康复治疗策略), 对比两组效果。结果: 治疗后 3 周、6 周、12 周 VAS 评分 B 组(4.23 ± 1.56)分、(3.14 ± 1.21)分、(2.12 ± 0.84)分低于 A 组(P < 0.05); 治疗后 B 组 CMS 评分[日常生活影响程度(7.23 ± 1.84)分、上肢外展度数(7.31 ± 1.67)分、上肢外旋度数(7.29 ± 1.92)分、总分(91.35 ± 3.23)分]高于 A 组(p < 0.05)。结论: 针对肩袖损伤患者的不同分期特点, 采取针对性康复治疗, 能有效改善疼痛情况、肢体功能。

关键词: 肩袖损伤; 临床特征; 康复治疗策略; VAS 评分; CMS 评分

人类通过肩部完成上肢活动。肩袖肌有多个部位(肩胛下肌、冈下肌、冈上肌和小圆肌)构成^[1]。肱骨大结节处的冈上肌、冈下肌和小圆肌形成如袖带的肌腱, 被称之为肩袖, 该部位具有较高的稳定性, 且对肩关节发挥支撑作用, 同时是肩关节软骨获得营养的主要来源^[2]。肩关节损伤患者中肩袖损伤患者占比较高, 主要诱因是肩部发生退行性病变、血液在该处不能正常循环、急性损伤等^[3]。发病后患者出现肩部突然剧烈疼痛、肩部不能正常活动、无力、肌肉萎缩等不良症状。如果肩袖损伤患者没有得到及时有效的治疗, 会诱发继发性关节挛缩、慢性肩痛等多种肩关节并发症, 导致患者出现肌肉组织活动和功能障碍^[4]。临床结果显示康复治疗策略用于治疗肩袖损伤具有良好的效果。本研究分析了不同分期肩袖损伤的临床特征与康复治疗策略, 阐述如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

从 2021 年 3 月-2022 年 3 月的肩袖损伤患者中随机抽取 150 例, 电脑随机法均分为 A 组和 B 组, A 组(75 例)年龄 35-70 岁, 均值(53.68 ± 3.47)岁, 体重 45.84-85.23kg、均值(68.56 ± 5.12)kg, 男/女(45/30); B 组(75 例)年龄 36-69 岁、均值(53.12 ± 3.29)岁, 体重 45.72-85.37kg、均值(68.62 ± 5.15)kg, 男/女(47/28)。一般资料对比(p > 0.05)。

纳入标准: 符合肩袖损伤诊断标准; 自愿参与; 资料齐全且知情同意; 伦理委员会批准。

排除标准: 合并(1)恶性肿瘤、(2)严重感染、(3)精神病、(4)意识障碍者。

1.2 方法

1.2.1A 组

A 组: 常规疗法。(1)针灸: 由同一位针灸治疗师实施, 30min/次, 1 次/周, 治疗 6 次。指导患者端正坐姿, 常规消毒, 使用无菌针灸针(0.25mm × 40mm)。选穴肩髃、肩前、肩内陵、巨骨、肩贞、曲池等, 垂直于皮肤刺入 2-3cm, 结合患者实际情况调整针刺强度。(2)超声波疗法: 慢移法, 50%通断比、1 MHz、0.8W/cm²、10min。(3)脉冲短波疗法: 对置、无热量, 15 min。(4)激光治疗 400mW、10min。

1.2.2 B 组

B 组在 A 组上增加康复治疗措施。(1)第 1 阶段: 采用钟摆、划圈等训练方式训练肘关节、腕关节手的握力。肩周等长收缩训练和肩关节被动各个方向活动。20min/次, 3 次/d。(2)第 2 阶段: 结合患者实际情况被动活动、主动助力活动肩关节, 使用器械(滑轮等)辅助训练。指导患者进行肩周肌力等长收缩、肩周肌闭链、手抗阻肩胛骨运动、姿势训练。20min/次, 3 次/d。(3)第 3 阶段: 主动扩大活动肩关节范围, 肩关节不疼痛的基础上, 尽量进行肩关节平面运动。指导患者开展冈上肌、肩胛下肌、肱二头肌肌力抗阻训练。20min/次, 3 次/d。(4)第 4 阶段: 恢复运动功能训练, 在肩胛骨平面三角肌和肩袖的肌力训练。

1.3 指标观察

1.3.1 分析肩袖损伤不同分期的临床特征。

1.3.2 使用视觉模拟量表评估治疗前后疼痛情况, 分数 0-10 分, 疼痛感越强评分越高。

1.3.3 使用 CMS 肩关节评分量表评估患者病情, 本次研究纳入对日常生活影响程度(10 分)、上肢外展度数(10 分)、上肢外旋度数(10 分)、总分(100 分), 肩关节不适感越强评分越低。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料, 分别用 t 值与 χ^2 检验, (P < 0.05) 有统计学意义。

2 结果

2.1 分析肩袖损伤不同分期的临床特征

按照不同标准诊断的肩袖损伤不同分期的临床特征, 见表 1。

表 1 分析肩袖损伤不同分期的临床特征

Neer 分期		撕裂分期
I 期	年龄 < 25 岁, 病变具有可逆性, 活动过程中肩部有疼痛感、肩峰上区点状触痛, 有疼痛弧抗阻力时疼痛感更强	撕裂宽度 < 度 < 3mm
	年龄 25-40 岁, 反复损伤诱发慢性肌腱炎, 肩部持续疼痛, 夜间疼痛感更强	II 期 1/2, 3mm < 厚度 < 6mm
III 期	年龄 > 40 岁, 肌腱完全断裂、肩部有不同程度疼痛感, 夜间疼痛感更强	III 期 1/2, 厚度 > 6mm

2.2 比较 VAS 评分

治疗前两组 VAS 评分对比(p > 0.05), 治疗后 3 周、6 周、12 周 VAS 评分 B 组(4.23 ± 1.56)分、(3.14 ± 1.21)分、(2.12 ± 0.84)分低于 A 组(P < 0.05), 见表 2。

表 2 对比 VAS 评分[$\bar{x} \pm s$ (分)]

分组	例数	治疗前	治疗 3 周	治疗 6 周	治疗 12 周
B 组	75	6.52 ± 2.14	4.23 ± 1.56	3.14 ± 1.21	2.12 ± 0.84
A 组	75	6.41 ± 2.23	5.19 ± 1.84	4.06 ± 1.38	3.41 ± 1.15
t	-	0.308	3.446	4.341	7.419
P	-	0.758	0.000	0.000	0.000

2.3 对比 CMS 评分

治疗前两组 CMS 评分对比(p > 0.05), 治疗后 B 组 CMS 评分[日常生活影响程度(7.23 ± 1.84)分、上肢外展度数(7.31 ± 1.67)分、上肢外旋度数(7.29 ± 1.92)分、总分(91.35 ± 3.23)分]高于 A 组(p < 0.05), 见表 3。

3. 讨论

肩袖由 4 块肌腱(冈上肌、冈下肌、肩胛下肌、小圆肌)构成, 肩袖损伤最常见的致病原因是退行性撕裂, 特别是 60 岁以上群体发作肩袖损伤的风险更高, 磁共振成像结果显示 > 60 岁肩袖损伤无症状患者中 54% 为部分或完全肩袖撕裂^[5]。而临床检测肩袖损伤患者部分层撕裂和唇状撕裂时使用 MRI 具有更高临床价值^[6]。肩袖损伤患者的主要表现: (1) 肩关节疼痛: 早期肩袖断裂患者的主要症状之一, 患者肩部存在外伤而疼痛, 初期表现为间歇性疼痛, 夜间疼痛感更加剧烈, 疼痛严重部位为肩前方及三角肌区域^[7]。(2) 肩关节不能正常发挥生理功能: 不能外展、上举或外展患肢, 无力上举, 甚至患者肩部具有不稳感^[8]。(3) 肌肉萎缩: 如果长时间没有

(下转第 15 页)

(上接第 11 页)

得到有效的治疗,冈上肌、冈下肌和三角肌会出现明天的萎缩中国男足,肩前方与大结节之间的间隙压痛。活动时砾轧音。(4)疼痛弧和垂臂试验阳性:肩前方在外展上举患肢 60-120° 出现疼痛感。不能主动上举患肢,或上举患肢后受到疼痛、无力的影响而不能持住患肢¹⁰⁾。(5)撞击试验和撞击注射试验阳性。撞击肱骨大结节与肩峰疼痛。撞击注射试验肩部暂时性完全消失疼痛,确立撞击征,注射后部分缓解疼痛,肩关节未完全恢复正常功能,极有可能为冻结肩¹⁰⁾。(6)上臂外展韵律紊乱:冈上肌断裂不能发挥正常功能,患肢需要借助健侧上肢或向前弯腰才能下垂外展至 90°,或耸肩、旋转肩胛骨、扭身后才能将外展患臂 90° 后上举。冈上肌断裂的一个特有体征是上臂外展韵律紊乱。

表 3 对比 CMS 评分[$\bar{X} \pm S$ (分)]

分组	例数	日常生活影响程度		上肢外展度数		上肢外旋度数		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
		B 组	75	4.54 ± 1.26	7.23 ± 1.84	4.21 ± 1.14	7.31 ± 1.67	4.68 ± 1.35	7.29 ± 1.92
A 组	75	4.51 ± 1.23	6.15 ± 1.67	4.26 ± 1.18	6.28 ± 1.23	4.52 ± 1.46	6.41 ± 1.75	80.38 ± 5.26	86.84 ± 3.12
t	-	0.147	3.764	0.263	4.300	0.696	2.933	0.138	8.697
p	-	0.882	0.000	0.792	0.000	0.487	0.003	0.889	0.000

本文结果:治疗后 3 周、6 周、12 周 VAS 评分 B 组(4.23 ± 1.56)分、(3.14 ± 1.21)分、(2.12 ± 0.84)分低于 A 组(P < 0.05);治疗后 B 组 CMS 评分[日常生活影响程度(7.23 ± 1.84)分、上肢外展度数(7.31 ± 1.67)分、上肢外旋度数(7.29 ± 1.92)分、总分(91.35 ± 3.23)分]高于 A 组,组间对比有统计学意义(p < 0.05),提示康复治疗策略用于肩袖损伤患者所能获得的理想效果。医务人员按照康复治疗策略分阶段指导肩袖损伤患者进行康复训练,指导患者主动、被动活动肩关节各个轴向的时候处于无痛或轻微疼痛状态,

并重点训练外展、外旋肩关节,恢复肩关节功能。这样不仅能保证患者不会受到二次损伤,改善疼痛情况,提高康复治疗的安全性,还能在短时间内恢复肩关节功能,降低复发率。

综上所述,针对肩袖损伤患者的不同分期特点,采取针对性康复治疗,能有效改善疼痛情况、肢体功能。

参考文献:

- [1]陶海兵,冯哲,韩文锋,李大卫,刘宪民,刘欣伟,王宇,华政哲.关节镜下肩袖修复术治疗肩袖损伤的早期临床疗效观察[J].局解手术学杂志,2019,28(12):953-955.
- [2]张雷,赵剑锋,杨寅,付如意.高频超声与 MRI 检查在肩袖损伤诊断中的对比分析[J].浙江中西医结合杂志,2019,29(12):1028-1030+12.
- [3]王斌,刘巧云.撤针联合康复训练治疗肩袖损伤术后功能障碍效果观察[J].交通医学,2019,33(6):579-580+583.
- [4]陈思娜.关节粘连传统松解术联合运动疗法治疗肩袖损伤的效果研究[J].当代体育科技,2019,9(35):23-24.
- [5]金莉芸.物理因子疗法配合运动康复治疗急性肩袖损伤的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A0):107+109.
- [6]施玉敏,俞琳,茅锦锦,汤璐敏.电针联合关节松动术治疗对肩袖损伤患者疼痛及关节功能的影响[J].世界中西医结合杂志,2019,14(11):1575-1578.
- [7]周婷,丁琳.中药热敷、按摩结合康复训练对轻中度肩袖损伤患者疼痛及肩关节功能的影响[J].四川中医,2019,37(10):165-167.
- [8]成霞,吴丹,潘浩,王翠娟.细节性护理在肩袖损伤修补术后患者干预中的应用效果[J].中华全科医学,2019,17(11):1965-1968.
- [9]李圣节,张旭,赵晨钰,刘树妍,王宁,贾子善.脉冲磁疗配合康复训练辅助肩袖损伤患者关节术后功能恢复的疗效观察[J].解放军医学院学报,2019,40(10):947-949+953.
- [10]莫业雄.常规磁共振与磁共振间接关节造影诊断肩袖损伤的对比分析[J].当代医学,2019,25(29):35-37.