

〔文章编号〕 1007-0893(2022)03-0085-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.03.026

肩袖损伤并肱二头肌长头腱病变行 手术配合活血化瘀膏疗效观察

黄伟刚 许伟国 李 森

(广州市番禺区中医院, 广东 广州 511400)

〔摘要〕 目的: 研究在肩袖损伤并肱二头肌长头腱病变患者中采用关节镜下肌腱联合固定术配合活血化瘀膏治疗的临床效果。方法: 选取广州市番禺区中医院 2019 年 8 月至 2020 年 8 月期间治疗的 98 例肩袖损伤并肱二头肌长头腱病变患者, 采用奇数偶数分组法分成对照组与观察组, 各 49 例。对照组采取关节镜下肌腱联合固定术治疗, 观察组在对照组基础上联合活血化瘀膏治疗, 比较两组患者治疗效果。结果: 6 个月后, 观察组视觉模拟评分法 (VAS) 评分低于对照组, 肩关节功能评分、前驱力量、主动前驱活动度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组肩关节活动度也大于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 1 年的优良率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在肩袖损伤并肱二头肌长头腱病变患者的治疗中, 采用关节镜下肌腱联合固定术配合活血化瘀膏治疗可显著减轻患者疼痛, 改善肩关节功能。

〔关键词〕 肩袖损伤; 肱二头肌长头腱病变; 关节镜下肌腱联合固定术; 活血化瘀膏

〔中图分类号〕 R 658.2 〔文献标识码〕 B

肩袖损伤时间超过 3 个月的基本都会发生肱二头肌长头腱病变, 这种疾病是与长头腱病变机制有关。有报道, 肱二头肌长头肌腱的撕裂和其在结节间沟反复摩擦引起本身或腱鞘组织退变有关, 形成了无菌性炎症, 使长头腱发生退行性改变^[1]。临床治疗肩袖损伤并肱二头肌长头肌腱病变的方法有保守和手术治疗。保守是优先考虑的方法, 但很多患者经系统的保守治疗后症状依然无法缓解, 若经 6 个月的保守治疗无效可行手术治疗^[2]。有研究表明, 若在关节镜下肌腱联合固定术治疗的基础上, 配合活血化瘀膏治疗可促进肩功能恢复^[3]。笔者就关节镜下肌腱联合固定术配合活血化瘀膏在肱二头肌长头肌腱病变患者中的治疗效果进行分析, 结果如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

选取广州市番禺区中医院 2019 年 8 月至 2020 年 8 月期间治疗的 98 例肩袖损伤并肱二头肌长头腱病变患者, 采用奇数偶数分组法分成对照组与观察组, 各 49 例。观察组男 32 例, 女 17 例; 年龄 21 ~ 77 岁, 平均年龄 (43.45 ± 12.27) 岁。对照组男 31 例, 女 18 例; 年龄 22 ~ 76 岁, 平均年龄 (43.51 ± 12.34) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 所有患者均符合《肩袖损伤病因制定治疗方案肩关节疼痛》^[4]中关于肩袖损伤并肱二头肌长头腱的诊断标准。患者有气虚血瘀证表现, 为脸色苍白或晦滞, 身倦乏力, 气少懒言, 疼痛如刺, 常见于胸胁, 痛处不移, 拒按, 舌淡暗或有紫斑, 脉沉涩。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合诊断及辨证标准; (2) Speed 试验阳性; (3) 术前磁共振检查显示; (4) 经保守治疗无效。

1.2.3 排除标准 (1) 不耐受手术; (2) 合并风湿、类风湿关节炎性疾病; (3) 合并盂肱关节疾病 (4) 肩关节不稳者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行关节镜下肌腱联合固定术治疗, 采用全身麻醉, 取侧卧位, 外展患肢 45°, 前屈 10°, 重物纵向牵引, 标准后方入路, 置入肩关节镜, 常规检查肩胛下肌肌腱连续性是否完好无损; 冈上肌、冈下肌在肱骨附着处是否完整; 盂肱韧带有无损伤; 是否合并孟唇撕裂及损伤。检查完成后, 采用 Outside-in 穿刺技术, 经皮刺入 16 号腰穿针 1 枚辅助定位。清理关节腔内炎症滑膜组织, 将肱二头肌长头腱从结节间沟拉入关节腔检查, 见肱二头肌长头腱充血、磨损毛糙, 用腰针经皮穿

〔收稿日期〕 2021 - 11 - 15

〔作者简介〕 黄伟刚, 男, 主治医师, 主要研究方向是运动医学及创伤。

刺肱二头肌长头腱，并作标记，再将镜头转换入肩峰下间隙，选择外侧入路，于外缘 2~3 cm 处建立，刨削刀清理滑囊，进行肩峰成形，标记肱二头肌长头腱，拔出针头。Outside-in 技术比较操作通道，汽化电刀将横韧带切开，将周围组织清除掉，打开肌腱鞘，解压肱二头肌长头腱。再从前方入路插入探钩，向内侧推出结节间沟使其脱位，在结节间沟中下 1/2 处用打磨头打出新鲜骨床，Outside-in 技术入路，置入带 2 根缝线的锚钉 1 枚，于锚钉根部用 1 根缝线拉出，游离并穿过肌腱下方，将探钩移除，肌腱复位后，经推结器将另 1 根线绑扎肌腱，打结固定，完毕后剪除多余缝线，拉紧第一根线，维持张力，打入结节间沟大结节侧后，将缝线剪除，探钩检查是否牢靠，将肱二头肌腱于上结节处切断并切除近端部分。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合活血化瘀膏治疗，组方：当归 30 g，桃仁 30 g，三七片 25 g，红花 5 g，甘草 20 g，王不留行 10 g，骨碎补 30 g，刘寄奴 30 g，建曲 20 g，牡丹皮 20 g，制大黄 10 g，醋乳香 15 g，赤芍 30 g，生地黄 20 g，稻芽 20 g。将上述中药洗干净、干燥后，磨成粉，进行低温储存，取上述粉末加适量蒸馏水制作成品，将成品定量装入储存容器中密封包装和存储，早晚各 1 次，每次口服 20 g。14 d 为 1 疗程，服用 2 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分对两组患者术前、术后 6 个月肩关节疼痛程度，分值范围 0~10 分；轻度疼痛 1~3 分；中度疼痛 4~6 分；重度疼痛 7~10 分，分数越高，越疼痛。(2) 比较两组患者术前、术后 6 个月肩关节活动度。(3) 比较两组患者术前、术后 6 个月肩关节功能采用美国加利福尼亚大学洛杉矶分校 (University of California Los Angeles, UCLA) 评分量表评分，包括功能 10 分、前屈力量 5 分。其中功能 1 分：不能使用上肢；2 分：可轻微活动上肢；4 分：能做轻家务活动或大部分日常活动；6 分：可做大部分劳动；8 分：仅轻微活动受限，可举肩工作；10 分：活动正常。前屈力量：5 分：150° 以上；4 分：120°~150°；3 分：90°~120°；2 分：45°~90°；1 分：30°~45°；0 分：30° 以下，分数越高越好^[5]。(4) 治疗后进行 1 年随访，统计两组患者治疗优良率。采用 Constant-Murley 肩关节功能评分标准对两组患者治疗后 1 年的优良率进行评价。优：≥85 分；良 70~84 分；中：60~69 分；差：<60 分，优良率 = (优+良) / 总例数 × 100%^[6]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$

表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术前术后 VAS 评分比较

治疗前两组患者的 VAS 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者的 VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者术前术后 VAS 评分比较 (*n* = 49, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前	术后 6 个月
对照组	5.46 ± 1.61	3.15 ± 1.43
观察组	5.43 ± 1.57	2.23 ± 1.07 ^a

注：VAS 一视觉模拟评分法。与对照组术后 6 个月比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者术前术后肩关节活动度比较

术前两组患者的肩关节活动度比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 6 个月观察组患者的肩关节活动度均大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者术前术后肩关节活动度比较

(*n* = 49, $\bar{x} \pm s$, (°))

组别	时间	外旋	内旋	外展
对照组	术前	45.23 ± 6.23	47.52 ± 6.41	92.43 ± 8.89
	术后 6 个月	71.54 ± 5.52	68.43 ± 6.57	152.51 ± 11.63
观察组	术前	44.28 ± 6.36	46.75 ± 6.87	91.96 ± 8.742
	术后 6 个月	81.67 ± 5.49 ^b	77.65 ± 5.62 ^b	165.42 ± 12.57 ^b

注：与对照组术后 6 个月比较，^b*P* < 0.05

2.2 两组患者术前术后 UCLA 评分比较

术前两组患者的 UCLA 评分比较，*P* > 0.05；差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；术后 6 个月观察组患者的 UCLA 评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者术前术后 UCLA 评分比较

(*n* = 49, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	功能	主动前驱活动度	前驱力量
对照组	术前	4.53 ± 1.72	3.03 ± 0.87	2.94 ± 0.59
	术后 6 个月	7.03 ± 0.75	3.75 ± 1.28	3.48 ± 1.06
观察组	术前	4.57 ± 1.75	3.02 ± 0.82	2.95 ± 0.91
	术后 6 个月	7.98 ± 1.02 ^c	4.45 ± 1.34 ^c	4.06 ± 1.23 ^c

注：UCLA 一美国加利福尼亚大学洛杉矶分校。与对照组术后 6 个月比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗 1 年后的优良率比较

术后进行 1 年的随访，观察组治疗的优良率为 93.88%，高于对照组的 79.59%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗 1 年后的优良率比较 (n = 49, n (%))

组别	优	良	中	差	优良
对照组	20(40.82)	19(38.78)	7(14.29)	3(6.12)	39(79.59)
观察组	23(46.94)	23(46.94)	2(4.08)	1(2.04)	46(93.88) ^d

注：与对照组比较，^dP < 0.05。

3 讨论

肱二头肌长头肌腱病变是常见的肩部疾病，可使关节疼痛和活动受限，此病的发生与肩关节长期活动磨损有关，外伤也可以导致肱二头肌长头肌腱病变的发生，此病经保守治疗，依旧疼痛、肩关节活动受限，需进行肩关节镜手术治疗。临床上治疗肱二头肌长头肌腱病变的主要术式有肱二头肌长头肌腱病变单纯切断术、肱二头肌长头肌腱病变切断固定术，单纯的切断术手术过程简单，患者恢复也比较快，能早日返回正常生活，但此手术方式，单纯的将肌腱切断，不利于肌腱回缩，随着时间的推移，可能会造成上臂外观畸形，不符合患者对美观的需求，还可能影响肌肉力量^[1]。

肩袖损伤的诊疗最初由 Codman 于上世纪初提出，他系统的阐述了肩袖损伤的临床特征及病理表现，病进行了长期深入研究^[7]。Neer 于上世纪七十年代提出了肩袖损伤与肩峰撞击症的概念，提出了肩峰成形术、三角肌附丽点保护、肩袖肌腱松解和修复以及术后康复治疗原则^[8]。并非所有肩袖损伤需要手术治疗，经封闭结合适当的肩袖功能锻炼，一部分患者刻意改善症状，大程度的恢复肩关节功能，但对存在肩关节疼痛力弱病史，短期内症状严重的患者，需采用手术治疗^[9]。有研究表明，损伤修复越晚，肌力减退越明显，肌力回复越差。经动物肌肉活检证实，伤后 6 周再进行肌腱修复的动物，肌肉中脂肪组织浸润可再修复后部分逆转，若修复延迟至伤后 18 周，浸润过程将不可逆转，因此，在对肩袖损伤进行封闭、理疗保守治疗无效，存在明显外伤史的，病史超过 3 个月的进行手术治疗^[10]。当前，治疗肩袖损伤长头肌腱病变的术式有开放性手术，包括 Lippmann 法、Depalma 法、Hichcock 法等，切开重建肩袖是治疗肩袖损伤的有效术式，此术式优点是将肩袖重建于大结节上。但传统开放性手术切口长，创伤大，对周围组织损伤大，术后恢复慢，并发症多等原因，使患者术后锻炼的依从性较差，影响手术治疗效果^[11]。随着关节镜技术的应用，肩关节镜下肌腱联合固定术取得了不错的效果，随着关节镜器械及技术的进一步完善，关节镜下肩袖重建成为可能，其疗效已经完全与小切口重建肩袖的结果相似^[12]。此术式在肱二头肌长头肌腱近端切断后，将残端固定在结节间沟，固定后，肌腱依然可维持肌肉的张力了长度，可防止肌肉萎缩、挛缩痛，但此手术比较复杂，手术时间长，术后需长时间的康复锻炼，早期疼痛缓解不明显^[13]。有研究表明^[14]，若在关节镜下肌腱联合固定术治疗的基

础上联合活血化瘀膏可取得不错的疗效。活血化瘀膏是广州市番禺区中医院自制的一种行气止痛、活血化瘀的口服药膏，组方中当归具有补血活血的功效，桃仁具有活血祛瘀的功效，三七片具有散瘀止血、消肿定痛的功效，红花具有活血通经，散瘀止痛的作用，王不留行具有活血通经、消肿的作用，骨碎补具有活血续伤，补肾强骨的作用，刘寄奴具有散瘀止痛、疗伤止血的功效，建曲具有解表和中的作用，牡丹皮、生地黄具有清热凉血，活血化瘀的作用，制大黄、赤芍具有清热解毒、活血化瘀的作用，还可增强肠胃蠕动，醋乳香具有镇痛、抗炎的作用，稻芽具有健脾开胃、消食的作用，甘草具有调和诸药的作用。以上中药可共奏行气止痛、活血化瘀^[15]。本研究结果显示，治疗后，观察组肩关节功能评分、前驱力量、主动前驱活动度、肩关节活动度均高于对照组，说明加用活血化瘀高，可减轻疼痛，更好的促进肩关节功能恢复。

综上所述，在肩袖损伤肱二头肌长头肌腱病变的治疗中，采用关节镜下肌腱联合固定术配合活血化瘀膏治疗，可减轻患者疼痛，促进疾病恢复。

〔参考文献〕

- (1) 易刚, 张磊, 杨静, 等. 肱二头肌长头肌腱病变与肩袖损伤的相关性及临床意义分析 (J). 中国临床解剖学杂志, 2019, 37(2): 196-200.
- (2) 黄东辉, 梅正峰, 叶辛, 等. 肱二头肌长头腱与冈上肌腱联合固定术治疗巨大肩袖损伤的疗效 (J). 温州医科大学学报, 2020, 50(3): 217-226.
- (3) 杨晓, 胡豇, 王滋润, 等. 肩袖损伤修复中肱二头肌长头肌腱不同处理策略的疗效比较 (J). 实用医院临床杂志, 2019, 16(6): 3.
- (4) 王靖, 刘向阳. 肩袖损伤病因制定治疗方案肩关节疼痛 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- (5) 胡益华, 阳春华, 李聪, 等. 关节镜下保留二头肌肌腱转位固定术治疗巨大肩袖撕裂的疗效分析 (J). 中国现代医学杂志, 2019, 29(5): 74-77.
- (6) 王微, 康汇, 李红川, 等. 肩关节镜下肱二头肌长头腱桥接治疗巨大肩袖损伤伴肱二头肌长头腱病损疗效观察 (J). 中国骨与关节损伤杂志, 2020, 35(3): 94-96.
- (7) 李政, 王平, 李长树, 等. 关节镜下肩袖缝合固定并肱二头肌长头腱锚钉固定的疗效观察 (J). 实用手外科杂志, 2020, 34(1): 56-58.
- (8) 陶贤水, 李炜, 张保亮, 等. 两种不同术式修复肱二头肌长头肌腱自发性断裂的疗效分析 (J). 实用手外科杂志, 2020, 34(1): 41-43.
- (9) 陈先武, 叶如卿, 许海平, 等. 关节镜下肌腱联合固定术治疗巨大肩袖损伤伴肱二头肌长头腱近端病损 (J). 中国修复重建外科杂志, 2015, 29(6): 5.
- (10) 付鹏飞, 郭标, 许健, 等. 关节镜下肩袖修复联合经结节