

电针“肩三针”配合常规康复对肩关节镜治疗肱二头肌长头肌腱术后患者的康复疗效观察

吴乐彬¹ 张盛君² 孙凤凡²

近年来随着肩关节镜技术的发展,肩前残留痛成为肱二头肌长头肌腱(the long head of the biceps, LHB)固定术常见的并发症之一,也是影响患者满意度及手术疗效的主要元凶^[1]。当前临床医师处理此类疼痛,西医通常采用口服非甾体类抗炎药、局部封闭、超声药物导入及冲击波等,而中医采用穴位注射、中药外敷、蜡疗、针刺、艾灸、温针及中药熏洗等。其中针灸已广泛用于临床外科围手术期^[2]及术后并发症的处理,如调节术后胃肠功能紊乱、缓解疼痛、促进关节功能康复^[3-4],提高依从性及改善患者情志,取得较好疗效。尽管电针已广泛运用于骨科术后康复,但对治疗和缓解肩关节镜下LHB固定术后疼痛鲜有报道,本文对电针配合常规康复对LHB固定术后临床疗效进行研究,为电针“肩三针”在肩关节镜术后康复处理提供临床依据,扩展电针“肩三针”在临床应用范围,提高肩关节镜手术疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入湖州市中医院骨科,2013年6月—2017年9月行肩关节镜下LHB固定术后的LHB近端损伤患者74例(男34例,女40例),年龄(64.00±8.51)岁。按照数字列表法分为电针结合康复训练组(结合组)、康复训练组(康复组)各37例;2组具体基线资料见表1,差异无显著性意义($P>0.05$)。纳入标准:LHB近端损伤并行全镜下LHB切断腱固定术。排除标准:①严重肩关节炎及术中行肩袖修补术者;②术中行肩关节镜下肌腱切断配合小切口固定术者;③伴有盂唇损伤术中行盂唇修补术者。

表1 2组患者术前基线临床资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)
		男	女		
结合组	37	16	21	64.30±8.36	7.42±2.91
康复训练组	37	18	19	62.38±9.54	6.03±3.25
<i>P</i>		0.641		0.360	0.054

两组各项比较 $P>0.05$

1.2 治疗方法

电针结合康复训练组进行常规康复训练及电针治疗;康复训练组只进行常规康复训练。

常规康复:手术结束后第二天进入康复期,大致可分三个阶段^[5]。①制动期(0—3周):支具制动,在康复师指导下行被动康复,肘关节被动屈曲(0—30°),主动手腕屈伸及指关节抓握活动,每天1.5h,不可主动收缩肱二头肌。②相对制动期(4—6周):开始中立位橡皮筋外旋内旋静力锻炼,以不感疲劳及剧烈疼痛为度,每次30min,每天早晚各1次,隔天1次在康复师指导下训练,此期可进行盂肱关节各方向活动,每次完成10个周期,每天早晚1次;进行性肩胛骨内收上下移动训练,每天200—300次,无阻力下屈曲肘关节,切忌主动运动患肩,不能上举,外旋外旋不超过90°。③主动运动期(7—12周):解除支架制动,开始轻重量屈曲肘关节(0.5—2.5kg),每天早晚各1次,每次45min;增加上部身体锻炼强度,进行性等张训练,如手掌支撑运动等,增加肱二头肌肌力,恢复日常生活活动,每2天在康复师协助下进行主动康复训练1次。常规康复训练连续进行12周。

电针治疗:取穴:“肩三针”(肩前、肩髃、肩贞),阿是穴2—3个;患者取端坐位,首先定位肩前、肩髃、肩贞三穴,其次在肩前周围寻找阿是穴,常规消毒后,选用30号1.5寸一次性无菌针灸针,快速进针后,直刺约1.0—1.2寸,得气后每穴行捻转平补平泻法1分钟,再选择节间沟附近的阿是穴与肩髃作为一组,肩前与肩贞为一组接上G6805低频脉冲电针治疗仪正负两极,采用疏密波,治疗时间为30min(治疗强度以患者可耐受为度)。3次/周(每次间隔2—3天),在康复训练后立即行电针针刺治疗,共治疗12周。

1.3 疗效评估

采用视觉疼痛评分(VAS,0—10分),Constant-Murley肩关节评分^[6]对两组患者术前、术后康复后患者患肩功能活动及疼痛进行评估;运用Speed试验^[7]阳性率,患者满意度^[8](满意10分,一般5分,不满意0分)对两组患者术后康复后3个月的残留痛及满意度进行评估。其中对Speed试验数据进

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2019.10.019

1 湖州市中医院,浙江湖州,313000; 2 浙江中医药大学

作者简介:吴乐彬,男,主治中医师; 收稿日期:2018-05-13

行描述统计数据计算阳性率(阳性率=Speed 试验阳性数/病例数)。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析,对两组患者术前、康复后进行 K-S 检验,显示数据均符合正态分布,所有计量数据用均数±标准差表示;计数资料比较采用 t 检验,分类资料采用 χ^2 检验。

2 结果

电针结合康复训练组、康复训练组两组患者均取得了康复后 3 个月回访,均无感染、断钉、固定的 LHB 断裂等情况,术后均进行康复治疗。组内比较:电针结合康复训练组及康复训练组两组患者康复后的各项目评分与术前比较均有明显改善($P < 0.01$),见表 2;组间比较:电针结合康复训练组除在 Constant-Murley 评分中前屈外旋功能项目外($P > 0.05$),其余各项评分改善均优于康复训练组($P < 0.05$);末次康复后 3 个月:Speed 试验阳性率:电针结合康复训练组为 32.43%,康复训练组:59.46%($\chi^2 = 5.441, P = 0.020$);患者满意度评分电针结合康复训练组优于康复训练组($t = 2.41, P = 0.019$)。见表 3。

表 2 两组患者术前后 VAS 和 Constant-Murley 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	VAS 评分	Constant-Murley 评分		
		前屈外旋	ADL	总分
康复组				
治疗前	7.24±1.13 ^①	7.28±1.74 ^①	6.37±1.85 ^①	47.44±9.19 ^①
治疗后	2.75±1.26 ^②	16.12±1.13 ^②	14.28±1.84 ^②	82.12±2.14 ^②
结合组				
治疗前	7.40±1.15	7.29±1.67	6.16±1.88	49.48±8.71
治疗后	0.48±0.91	17.14±1.22	16.35±1.58	86.00±3.71

注:与结合组治疗前比较^① $P > 0.05$;与结合组治疗后比较^② $P < 0.05$;

表 3 两组康复后 3 个月随访节间沟残留痛及患者满意度比较

组别	例数	Speed 试验阳性率(例)	患者满意度(分)
康复组	37	12	4.13±3.11
结合组	37	22	6.56±2.89
P 值		0.020	0.019

3 讨论

关节肿胀粘连及术后残留痛是影响 LHB 术后恢复疗效的两个重要因素^[1]。造成粘连和疼痛的原因很多,如手术技术^[9]、术后护理^[10]、术后康复^[5]、固定材料、患者基础病及术前的依从性,上述都有可能致患肩关节肿胀粘连及术后残留痛。本院结合中医院特色,发挥祖国医学针灸在术后康复优势^[11],探求一种更为有效的手段来促进 LHB 术后康复,将电针运用到肩关节镜术后康复,并取得较好的临床效果。

LHB 近端损伤属于中医“筋痹”范畴,如《诸病源候论》

云:“此由体虚腠理开,风邪在于筋故也。本研究纳入肩关节镜术后患者 74 例,多有血瘀之像,故《灵枢》云:“欲以微针,通其经脉,调其血气,营其逆顺出入之会”,“宛陈则除之”。因此取“阿是穴、肩三针”为治疗穴,三穴相用,具有调畅肩部气机,助阳驱寒,调节关节枢机之功,是治疗肩部疾病的常用穴。诸多临床研究表明^[10-11]，“肩三针”在缓解肩关节疼痛、促进上肢活动方面有积极的治疗意义,也有运用于肩关节术后康复治疗等报道^[12]。“阿是穴”又名“天应穴”,阿是穴是局部炎症反应的表现,炎症介质不断释放累积,引起局部组织或机体发生阿是反应^[13]。临床研究显示^[14]，“肩三针”配合电针不仅发挥自身作用,还具有协同作用。结合组中行三针齐刺后予以接上电针,可振奋三穴阳气,鼓动气血聚集于术肩,以通患肩三阳经络气血,而达“通则不痛”之用;其次“通”和“解”贯穿肩关节术后康复整个过程中,“肩三针”接上电针,通过电针对术肩改善局部气血,使气血调和,筋经舒达而利关节,起到“以解促松”,“以松促和”,“以和促通”,“动静结合”,从而达到“以解为通,通则不痛”的目的。研究表明,“肩三针”深刺相较于浅刺在改善患肩功能和缓解疼痛效果更好^[14],在接上电针,电流通过针体直达深部组织,促进浅深部组织炎症介质吸收,提高机体痛阈,而达“浅深同治”,“以消为通”,达“通则不痛”,也为腱-骨愈合提供内在条件。最后电针“肩三针”针体由浅及深,电流通过针体按圆柱形向四周流动,由原来固定的三个穴位点,通过电流形成“面”和“体”,扩大了“肩三针”的治疗范围^[15];此外电针能客观控制刺激量、提供较长时间稳定刺激、简单易行,并在临床及实验研究应用愈广。

综上电针“肩三针”不仅兼具电针及“肩三针”针刺的特性,且还具有自身独特的作用,本研究运用电针“肩三针”配合常规康复能有效缓解患者康复疼痛,减轻术后残留痛等并发症,为改善 LHB 腱切断固定术后康复提供了一种新的临床手段。

参考文献

- [1] Moon SC, Cho NS, Rhee YG. Analysis of “hidden lesions” of the extra-articular biceps after subpectoral biceps tenodesis: The subpectoral portion as the optimal tenodesis site[J]. Sports Med, 2015, 43(1): 63—68.
- [2] 陈冰凝,章放香. 针灸在围手术期的应用及器官保护作用[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(4): 493—494.
- [3] 孙凤凡,张盛君,宁源. 温针灸辅助肱二头肌长头腱固定术后并发症疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2018, 28(1): 39—41.
- [4] 吴永生,黄鑽,王慧敏,等. 微创经椎间孔椎间融合术联合引气归元针法治疗督脉瘀阻型腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26(2): 33—36.

(下转第 1240 页)