维普资讯 http://www.cqvip.com

肩锁关节劳损的诊断与注射治疗

余少芝,石岳琴,金绍岐,谢培邦 (第四军医大学附属西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[摘 要] **目的** 探讨肩锁关节轻度损伤的诊断与强的松龙局部注射疗法。**方法** 选择门诊确诊为肩锁关节扭伤或劳损的患者15例,采取强的松龙混悬液25 mg加1%普鲁卡因或2%利多卡因5 ml注射关节腔及肩锁韧带的方法,未用其他治疗。**结果** 多数病例在注射后1周左右痊愈。少数病例经2~3次注射,每次间隔1周,而后痊愈。个别病例数月或数年后复发,以相同方法治愈。**结论** 对诊断正确的轻度肩锁关节损伤(劳损或扭伤),采取局部注射强的松龙的方法,可以获得满意的效果。

[关健词] 肩锁关节;损伤;注射治疗;强的松龙
[中图分类号] R684 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2005)01-0009-02

Diagnosis and injection treatment of sprain of the acromioclavicular joint

YU Shao-zhi, SHI Yue-qin, JIN Shao-qi, XIE Pei-bang (Out-patient Department, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis and injection treatment of mild degree injury of the acromioclavicular joint with prednisolone. **Methods** Fifteen cases of confirmed sprain or strain of the acromioclavicular joint in out-patient department were selected and treated with 25 mg prednisolone plus 5 ml 1% procaine or 2% lidocaine by way of local injection into the capsular ligament and the articular cavity. Other treatment was not employed. **Results** Most patients were recovered one week after the injection treatment, but others were recovered after 2-3 injections at one-week interval. Recurrence was found in a few patients several months or years later, but they were cured by the above-mentioned method. **Conclusion** Local injection of prednisolone for the treatment of mild sprain or strain of the acromioclavicular joint can result in satisfactory therapeutic efficacy.

Keywords: acromioclavicular joint; injury; injection treatment; prednisolone

肩锁关节浅在皮下,轻度损伤较常见,但易被误诊,得不到及时的适当治疗。本文结合肩部的解剖结构、运动机制、损伤的病理变化以及部分临床病例,对其诊断和治疗进行探讨。

1 资料与方法

1.1 应用解剖

1.1.1 骨性构成 肩峰与锁骨的外侧端构成肩锁关节。两骨的关节面呈平的卵圆形,向内下倾斜,锁骨的外侧端略覆盖在肩峰的上前面[1]。两骨的关节面之间,有的人有1个关节盘,使关节腔完全或不完全分为两部分。关节面的方向有利于关节的稳固性,肩峰的关节面有扶托锁骨关节面的作用,防止其下沉,在外伤脱臼时锁骨向上移位者较多见。

1.1.2 有关韧带 关节囊薄弱而较松驰,其上下部分别增厚形成上、下肩锁韧带。喙锁韧带由喙突上面至锁骨下面,喙肩韧带由喙突到肩峰尖。两韧带比较坚强,有增强肩锁关节的作用。

1.1.3 有关肌肉 锁骨上缘外1/3有斜方肌止点,内1/3有胸锁乳突肌起点;前面外1/3有三角肌起点,内1/2有胸大肌起点;下面中1/3有锁骨下肌止点。各肌作用时皆牵动到锁骨。

1.1.4 运动 肩锁关节的运动仅有滑动,且限于在肩胛骨及锁骨一齐在胸锁关节活动时调节肩胛骨及锁骨。正常时没有单纯的肩锁关节活动。肩胛骨转动时关节的滑动度最大可达60°~70°。关节的前后活动度很小。

1.2 临床病例

在接诊的肩痛患者中选择确诊为肩锁关节扭伤或劳损者15例,皆为成人。主诉为肩痛,肩部活动有不同程度的障碍,有的有患肢过度用力史,有的无明显病因。病程由数周至数年不等。多数患者在他处被诊断为"肩周炎",经理疗或"封闭"治疗无效。查体:肩部外观正常,肩锁关节位于肩峰内侧约一横指。关节囊韧带处有明显压痛,有的可明显摸清有肥厚;手指按关节囊,上臂活动时,有的病例有弹响声;运动肩胛骨可引发疼痛,上臂活动多有受限;患肩向床侧卧时亦致痛。以此为诊断肩锁关节劳损(或称扭伤)的依据。

1.3 治疗方法

本组病例皆属于不需手术的轻度损伤,属于Tossy[2] 6级分法的Ⅰ、Ⅱ级,按肩锁关节的关节囊与肩锁韧带损伤,有慢性纤维织炎的改变来考虑。采用强的松龙混悬液25 mg加1%普鲁卡因或2%利多卡因5 ml注射法。在关节的外缘中点,可摸清的肩胛骨与锁骨间的凹中进针,向内约呈45°角,沿关节的斜面深入,至关节囊韧带即注入约1 ml药液,深入关节腔内再注入1 ml。而后抽针至皮下,再分别向上后及前下深入肩锁韧带内至针可到达的范围,各分散注入2 ml。

2 结果

所有病例疼痛及压痛皆在注射后数分钟消失,1~2 d内多有剧烈的反应痛。多数病例1周后痊愈。少数病例经2~3次注射,每次间隔1周,而后痊愈。弹响声有的逐渐消失,有的未消失而无症状。个别病例数月或数年后因致伤原因重复而复发,再经同样方法治愈。个别病人失访。

3 讨论

3.1 致伤机制

肩锁关节常在运动中受伤[3]。直接暴力的损伤动作是摔倒时上肢紧靠胸壁,肩部前上或后上撞地,或为

[作者简介] 余少芝(1962-),女,湖北省宜城市人,主管护师,本科,主要从事门诊治疗和辅助工作。电话:(029) 83375529
[收稿日期] 2004-07-08 [修回日期] 2004-09-14

维普资讯 http://www.cqvip.com

肩部直接受到外力冲击，致使肩胛骨向下或向后错动，导致肩锁关节囊、肩锁及喙锁韧带的不全或完全断裂，产生扭伤、半脱位或脱位。多见于橄榄球、摔跤、足球运动中受到间接或直接暴力的损伤，也常发生在上肢主动或被动向下或向上牵拉时，如体操运动及攀登运动等。无创伤史者常为持续提重物所致。

3.2 诊断与鉴别诊断

对于肩部病变的正确诊断，首先必须熟知肩部的解剖学与运动机制，以及常见病的病理改变，才能利用骨性、肌性标志及运动障碍的体征确定病变的结构及程度。确定为某一结构病变时，必须排除其他结构的病变。本组病例皆属轻度肩锁关节劳损（扭伤），即依此思路判断。许多因不同结构所产生的疼痛范围广泛，患者不一定能说出很具体的部位。对慢性病患者检查时，除可查出如结节间沟、肩峰下或肩锁关节有局限性压痛以外，还常有三角肌上部、冈上肌或冈下肌等肩胛部肌肉的疼痛及压痛。本文认为产生此种疼痛的原因常为继发性的肌肉痉挛。“肩周炎”是指因某些肩关节毗邻结构有慢性病变，关节的活动受限，久而发生关节囊及韧带以及紧贴关节囊的肩胛下肌、冈上肌及冈下肌肌腱所组成的肩袖发生炎症、水肿、增厚[4]，并不是肩部四周结构皆有炎症，一般的上述各种肩周损伤或炎症很少发展到这一步，应仔细检查，究竟是哪一结构的病变，才能有正确的诊断，给予适当的治疗。关于鉴别诊断方面，须注意通过查体与常见的可致肩痛及活动障碍的病变相区别，例如肱二头肌腱鞘炎、三角肌下及肩峰下滑囊炎、冈上肌腱损伤等。肱二头肌长头肌腱鞘炎的压痛点在结节间沟，较重者肩关节处于内收及内旋的姿势，外展、外旋或后伸可受限，动即致痛。三角肌下及肩峰下滑囊炎的压痛点在紧靠肩峰下外的三角肌深处的大结节面上有限范围内，上臂外展至90°时，即因滑囊完全隐于肩峰深处而致压痛点消失。冈上肌腱损伤，上臂外展即致痛，在上臂内收的姿势下，压痛点位于肩峰下、大结节内侧，上臂外展压痛点即因大结节隐于肩峰深处而消失。

3.3 治疗及预后

对肩锁关节损伤的治疗效果如何，取决于针对损伤的解剖、生理及病理机制，采取比较合适的治疗方法[5]。本文根据临床观察分析，肩锁关节损伤后修复过程中的纤维织炎，纤维增生大于修复。皮质类固醇可抑制成纤维细胞的增殖及肉芽组织的产生。有作者认为局部注射强的松龙类药物能起到短时止痛的“封闭”作用而无其他疗效[6]。本文采用强的松龙注射原发病变部位的方法，对轻度损伤病例，治疗效果比较满意。个别数月或数年后复发者，皆与又提重物有关，故应注意避免。

[参考文献]

[1] 金绍岐. 实用外科解剖学[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987、693－700、

[2] Tossy JD, Mead NC, Sigmond HM. Acromioclavicular separations: useful and practicle classification for treatment[J]、Clin Ortho, 1963,28:111－119.

[3] Turrnbull JR、Acromioclavicular joint disorders[J]、Med Sci Sports Exerc, 1998,30(4 Suppl): S26－32、

[4] Hawkins RJ, Hobeika PE. Impingement syndrome in the athletic shoulder[J]、Clin Sports Med, 1983,2(2):391－405、

[5] Debski RE, Parsons IM 3 rd, Fenwick J, et al、Ligament mechanics during three degree-of-freedom motion at the acromioclavicular joint[J]. Ann Biomed Eng, 2000,28(6): 612－618、

[6] Paavola M, Kannus P, Jarvinen TA, et al、Treatment of tendon disorders. Is there a role for corticosteroid injection? [J]、Foot Ankle Clin, 2002,7(3):501－513.

（编辑：余汇洋）

（上接8页）

小的年龄为18岁，最大的年龄为85岁，平均年龄为46.5岁。实验组：267例，男性146例，女性121例，平均年龄为43.5岁。

1.2 麻醉方法

二组均采用骶管麻醉。患者先取仰卧位，测血压及脉搏，同时建立静脉通路。然后改为俯卧，髂部用皮垫垫起将臀部抬高，双脚尖对着，两脚跟外翻，麻醉者站在患者的左侧，用右手拇指沿着尾骨尖向上约4.5 cm处触摸有一凹陷，即骶裂孔，直径1.5 cm大小，表面皮肤局麻后，用7号长针对准皮丘直到骶骨，然后将长针退出，针与皮肤倾斜成30°～45°角，缓慢进针有一落空感，回吸无血和脑脊液，推入1%利多卡因3 ml，观察5 min无全脊髓麻醉及局麻药入血症状，继续注药，平均30 ml，成功率为99%。骶管麻醉成功后，手术结束时，采有局部注射亚甲蓝2 ml加0.5%布比卡因5 ml加0.9%氯化钠注射液至12 ml，亚甲蓝药物浓度不得超过0.2%，以免发生局部皮肤坏死。如患者高龄，可用亚甲蓝2 ml加0.5%布比卡因注射液2.5 ml加0.9%氯化钠注射液稀释至12 ml，即药物浓度达0.16%，再缓慢注射于肛门周围肌肉组织内。

2 结果

术后患者表情自然，无疼痛，尤其是术后换药时也无任何不适，经观察，采用此法止痛最长可持续20 d，最短可持续7 d，值得提出的是，如骶管麻醉失败，可采用上述配方，局部注射于肛周，手术仍可顺利进行且无疼痛。

3 讨论

利多卡因止痛时间40～60 min，布比卡因其作用时间比利多卡因久，长达3～6 h，亚甲蓝长效止痛7～20 d。主要因为亚甲蓝与神经组织有较强的亲和力，用0.16%亚甲蓝注射液局部肌肉注射，直接作用于神经末梢，损害末梢神经髓质，新生的髓质大约30 d后修复完毕，感觉也逐渐恢复正常，故长效止痛达7～20 d，并且本组无一例对患者排便有影响。因此，亚甲蓝与布比卡因联合用药对患者术后长效止痛有良好效果。

（编辑：兰阳军）