

研究关节镜下单排带线锚钉修补结合大结节骨髓刺激技术治疗大到巨大肩袖撕裂的临床效果

徐 鹏 孙 凯 蒋喆成 方 盛 李 欢

江苏省常州市第一人民医院 213003

【摘要】目的 探讨分析对大到巨大肩袖撕裂患者采用关节镜下单排带线锚钉修补结合大结节骨髓刺激技术的方式进行治疗的效果。**方法** 本次研究对象均选自我院2016年1月到2019年12月期间收治的大到巨大肩袖撕裂患者,共52例,按照患者就诊的先后顺序对其进行平均分组,分别为对照组26例患者并对其采用关节镜下单排带线锚钉修补术治疗,以及观察组26例患者并对其进行前者基础上联合大结节骨髓刺激技术进行治疗。比较两组患者的治疗效果以及术后疼痛改善情况。**结果** 观察组患者的肩关节功能明显优于对照组患者, ($P < 0.05$); 观察组患者的术后疼痛明显低于对照组患者, ($P < 0.05$)。**结论** 根据本次研究的结果可以确认,对大到巨大肩袖撕裂患者采用关节镜下单排带线锚钉修补的方式进行治疗的效果较为理想,可以有效缓解患者的疼痛,提高患者的术后恢复效果,具有临床推广价值。

【关键词】 肩袖撕裂; 关节镜; 单排带线锚钉修补术; 治疗效果; 大结节骨髓刺激技术

【中图分类号】 R684

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2020) 10-024-01

肩袖撕裂使造成人体出现肩部活动障碍以及肩部疼痛的主要因素,其中大多数患者都属于大到巨大肩袖撕裂。针对该疾病的治疗有着很大的难度,不仅有着很高的手术难度,而且在对患者进行缝合后,存在着肌腱张力大的问题,很容易导致患者术后出现复发的情况。随着现代医疗技术的进步,关节镜技术也获得了极大的发展,通过关节镜对患者采用单排带线锚钉修补术进行治疗,有着较好的效果^[1]。但是,单一术式的治疗效果不是很理想。因此,本文旨在探讨分析对大到巨大肩袖撕裂患者采用关节镜下单排带线锚钉修补结合大结节骨髓刺激技术的方式进行治疗的效果。现结果如下所示。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究对象均选自我院2017年2月到2019年8月期间收治的大到巨大肩袖撕裂患者,共52例,按照患者就诊的先后顺序对其进行平均分组,分别为对照组26例患者并对其进行关节镜下单排带线锚钉修补术治疗,以及观察组26例患者并对其进行前者基础上联合大结节骨髓刺激技术进行治疗。观察组患者中的男性12例,女性14例,年龄区间为48到76岁,平均年龄为57.2($s=8.3$)岁;其中,陈旧性损伤患者24例,急性损伤患者2例。对照组患者中的男性13例,女性13例,年龄区间为47到75岁,平均年龄为56.7($s=8.1$)岁;其中,陈旧性损伤患者23例,急性损伤患者3例。两组患者的一般资料对比无差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者入院后均接受关节镜下单排带线锚钉修补术治疗,主要流程为:首先,对患者进行静脉全身麻醉,并为患者调节卧位。然后,通过肩关节吊塔将患者的患肢前屈20度、外展70度并结合5公斤重量牵引。在对患者肩关节镜后入路后,对患者的病灶以及关节部位进行观察,确定为患者的施术部位,再实施单排带线锚钉修补术。在这个基础上,对观察组患者行骨髓刺激技术进行治疗,主要是在患者裸露的大结节足印区,使用直径为2毫米的骨锥由前向后打出2到3个孔洞,使其中的骨髓渗出。然后,为患者缝合切口,并覆盖敷料,将患者的患肢外展20度、内旋20度后,通过支具进行悬吊固定^[2]。

1.3 观察指标

在两组患者经过治疗后,通过肩关节(UCLA)评分系统以及肩肘外科协会(ASES)评分评估患者的肩功能确认治疗效果。同时,通过视觉模拟评分法,评估两组患者的术后疼痛情况。

1.4 统计学分析

通过SPSS22.0统计软件开展分析,百分比(%)表示计数资料,行卡方检验;计量资料行t检验,用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。 $P < 0.05$ 表明有明显差异。

2 结果

2.1 对比两组患者的肩关节功能

观察组患者的肩关节功能明显优于对照组患者, ($P < 0.05$)。详情如表1所示。

表1: 对比两组患者UCLA评分以及ASES评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	UCLA 评分 (分)	ASES 评分 (分)
观察组	26	24.6±3.7	63.5±12.8
对照组	26	30.4±4.2	77.6±17.5
t	/	7.523	22.256
P	/	0.000	0.000

2.2 对比两组患者的术后疼痛

观察组患者的术后疼痛评分为(0.4±0.1)分,对照组患者的术后疼痛评分为(1.2±0.5)分。观察组患者的术后疼痛明显低于对照组患者, ($P < 0.05$)。

3 讨论

有研究资料显示,肩部疼痛的发生概率居于第三位,导致患者出现肩部疼痛的主要原因就是肩袖撕裂。而目前针对肩袖撕裂的定义尚未明确。美国的定义标准为大于5厘米的撕裂则属于巨大撕裂,而欧洲的定义标准为两个以上的肌腱受到损伤则为巨大肩袖撕裂。由于巨大肩袖撕裂难以自然愈合,还存在着肌腱回缩的可能性,随着患者病情的发展,还很容易导致患者出现萎缩变形甚至是脂肪浸润的问题。因此,在对患者确诊后就需要对患者开展及时有效的治疗^[3]。

利用关节镜技术为患者开展修补手术,不仅能够减轻对患者的创伤,而且手术视野良好,能够降低手术难度,提高手术治疗效果,患者在术后也不易出现并发症问题。同时,联合骨髓刺激技术对患者治疗,能够避免患者出现病情复发的情况,还可以加快患者腱骨的愈合,从而进一步的提高对患者的治疗效果。本次研究中:观察组患者的肩关节功能明显优于对照组患者, ($P < 0.05$); 观察组患者的术后疼痛明显低于对照组患者, ($P < 0.05$)。

综上所述,对大到巨大肩袖撕裂患者采用关节镜下单排带线锚钉修补的方式进行治疗的效果较为理想,可以有效缓解患者的疼痛,提高患者的术后恢复效果,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 孙鲁宁, 束昊, 袁滨, 等. 关节镜下单排带线锚钉修补结合大结节骨髓刺激治疗大到巨大肩袖撕裂[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2018, v.6(02):23-30.
- [2] 任江涛, 徐丛. 关节镜下缝线桥技术修复肩袖撕裂的缝合及固定方式研究进展[J]. 中华骨科杂志, 2018, 13(7):448-448.
- [3] 管涛. 肩关节镜下带线锚钉缝线桥缝合治疗巨大肩袖撕裂16例疗效观察[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(9):207-208.