

肱二头肌长头腱止点钙化性肌腱炎一例

• 病例报告 •

梁健铭， 陈 晴

作者单位：541000 广西，中国人民解放军联勤保障部队第 924 医院脊柱关节骨病科
作者简介：梁健铭(1988 -)，男，大学本科，医学学士，主治医师，研究方向：肩、膝、髋、踝、肘、腕关节的关节镜微创治疗。E-mail: 1227916555@qq.com
通信作者：陈 晴(1987 -)，男，大学本科，医学学士，主治医师，研究方向：脊柱、关节、运动方面的微创治疗。E-mail: 1024982119@qq.com

[关键词] 肱二头肌长头腱； 关节镜治疗； 微创
[中图分类号] R 686 [文章编号] 1674 - 3806(2021)11 - 1137 - 03
doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2021.11.18

1 病例介绍

患者，男，42 岁，主诉“无明显诱因左肩关节肿痛、活动受限 1 d”，于 2020 年 4 月入院。专科查体：左肩关节稍肿胀，局部皮温较对侧稍高，左上肢呈被动屈曲体位，肩关节各方向主、被动活动明显受限，拒按，肱二头肌张力试验[Speed(+)]，叶加森试验[Yergason(+)]，疼痛视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分 8 分。X 线检查：左肩关节间隙内高密度影，考虑游离体，不排除软骨钙化及陈旧性骨折(见图 1)。血常规检查：白细胞 $6.98 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 0.636，中性粒细胞数量 $4.44 \times 10^9/L$ ，血沉 30 mm/h，C 反应蛋白 39.3 mg/L，尿酸 $439 \mu\text{mol/L}$ 。CT 检查：左肩关节间隙内高密度影，考虑游离体可能(见图 2)。MRI 检查：(1)左肩关节间隙上缘内侧异常信号，考虑为游离体；(2)左肩关节腔积液(见图 3)。患者既往体健，否认有高血压、痛风、肾病史等。手术操作：(1)麻醉(静脉全麻放置喉罩)成功后，患者取右侧卧位，左上肢置于体侧牵引，负重 3 kg，肩峰、喙突及肩锁关节用标记笔作标记，入路作标记，常规前下及后方入路。(2)铺单及防水敷料，先用 11#刀片切开后路皮肤，用钝头闭孔器带套管朝喙突方向穿刺进入盂肱关节，可见关节内滑膜稍有增生，肱二头肌长头腱止点周围滑膜增生较为明显，肱二头肌长头腱附着点与滑膜缘交界部表面可见“草莓斑”。(3)再予 11#刀片切开前下入路皮肤，直钳开口、扩大入路。将刨刀及射频等离子刀置入关节腔内予清理干净增生滑膜，探查上、下、前、后孟唇，无撕裂，稳定性好。于肱二头肌长头腱附着点与滑膜缘交界部“草莓斑”处用探钩探查，下

表面可见大量牙膏样、牛奶样内容物冒出(见图 4)。继续探钩探查，可见病灶沿肱二头肌长头腱分布，予病灶刮勺及刨刀清理干净局部病灶组织，见肱二头肌长头腱止点被侵蚀范围约 1/2，留取病理标本。(4)生理盐水反复冲洗盂肱关节腔，于盂肱关节腔内注入 1 支盐酸罗派卡因 + 1 支醋酸曲安奈德，退出关节镜，缝合切口，敷料固定，结束手术。术后复查 CT：右侧肩盂上方钙化灶消失(见图 5)。术后病理结果：钙化性肌腱炎(见图 6)。患者术后第 3 天出院，1 个月后恢复正常工作，至今症状无复发。

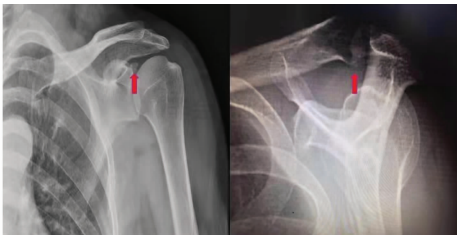


图 1 术前 X 线检查提示肩盂上方钙化性病灶



图 2 术前三维 CT 提示肩盂上方钙化性病灶

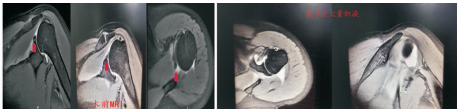


图 3 术前 MRI 提示肩盂钙化沉着物、关节腔内大量积液

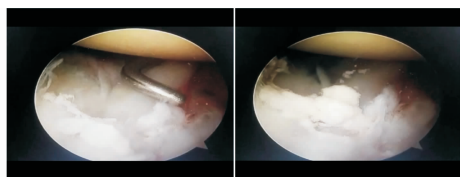


图4 术中关节镜下可见肱二头肌长头腱止点处牙膏样、牛奶样内容物

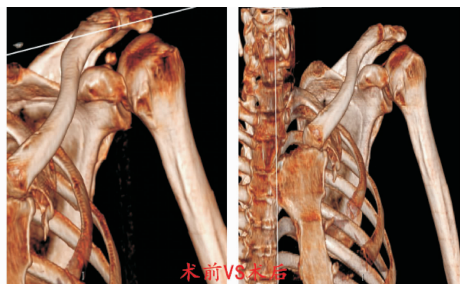


图5 术前、术后三维CT对比提示肩盂上方钙化灶消失

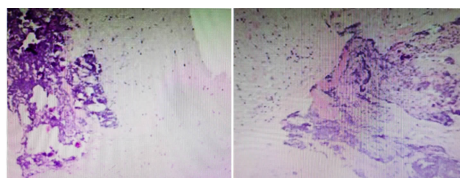


图6 术后病理结果提示钙化性肌腱炎(HE×100)

2 讨论

“钙化性肌腱炎”这一概念由 Plank 在 1952 年首次提出^[1],是指肩袖内的钙化沉积引起肩关节疼痛及其活动受限等症状,急性期主要临床表现为剧烈疼痛^[2]。在临床上冈上肌钙化症最为常见,但肱二头肌长头腱钙化性肌腱炎较为罕见,其致病原因尚未明确,存在较大争议,有文献报道致病为组织缺氧所致^[3]。根据钙化灶的组织学变化,可将钙化性肌腱炎分为四期:(1)钙化前期;(2)钙化物形成期;(3)钙化物重吸收期;(4)修复期^[4]。肩袖钙化性肌腱炎是一种自限性疾病,大多数患者可通过封闭、局部理疗等保守治疗取得良好效果。当保守治疗效果不佳或临床症状较重影响日常生活时,可选择手术治疗,关节镜下微创手术是一种切实可行、快速恢复的治疗方案^[5]。目前大多数报道为冈上肌、肩胛下肌钙化性肌腱炎关节镜下清理,本文报道 1 例全关节镜微创下清理肱二头肌长头腱钙化性肌腱炎。

2.1 钙化性肌腱炎的临床特点 肌腱钙化沉积病指钙盐沉着于肌腱中,最常见于肩关节的肩袖肌腱(以冈上肌最为常见)。引起钙盐沉积的原因目前尚不清楚,可能与肌腱退变、缺血缺氧、局部压力增高等因素有关^[6],现阶段较为广泛接受的致病原因为组

织缺氧^[7]。肌腱内部缺少末梢神经分布,早期,钙盐沉积于肌腱内部时患者一般没有疼痛感。当钙盐变稀,开始吸收,突破肌腱进入关节腔时,因关节腔内有大量末梢神经分布,患者就会出现十分剧烈疼痛的症状。常常突发起病,局部疼痛难忍、拒按,此时患者各项炎症指标可正常或有升高。

2.2 钙化性肌腱炎的治疗 肌腱钙化沉积病为自限性疾病,有自愈倾向,可考虑保守治疗,包括休息、非甾体类抗炎药物治疗、局部理疗、超声引导下针刺治疗、封闭治疗及应用近些年快速发展的冲击波治疗技术等。经保守治疗后,如果疼痛持续加重,影响日常活动,或者保守治疗无效,可考虑手术治疗。手术治疗可分为开放性切开手术治疗和关节镜下微创治疗,肩关节镜下探及“草莓斑”病变及病灶内的牙膏样、牛奶样内容物是确诊的重要手段。手术的目的是去除局部炎性刺激,降低局部压力,从而快速缓解疼痛症状,利于患者早期康复。当今微创理念深入人心,微创化、无痛化、精准化、切口美观化等均为患者的需求。近年来,随着关节镜技术的日趋成熟,肌腱钙化沉积病在微创手术条件下清除的方法已开始引起人们的重视。开放性切开手术已不作为首选手术治疗方案,而关节镜下微创治疗由于手术创伤小,术后患肢功能恢复快,已成为手术治疗的优先选择方案^[8]。其优点在于微小的有限创伤、放大的直视探查及手术操作、病灶清除彻底以及术后恢复快等,缺点在于需要全身麻醉或臂丛麻醉、住院治疗、手术费用较高等。

参考文献

- [1] Czyrny Z. Diagnostic anatomy and diagnostics of enthesal pathologies of the rotator cuff[J]. J Ultrason, 2012,12(49):178-187.
- [2] 姜春岩,冯 华,王满宜,等. 钙化性肩袖肌腱炎的关节镜治疗[J]. 中华外科杂志,2005,21(1):3-5.
- [3] Bethune R, Bull AM, Dickinson RJ, et al. Removal of calcific deposits of the rotator cuff tendon using an intra-articular ultrasound probe[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2007,15(3):289-291.
- [4] Franceschi F, Longo UG, Ruzzini L, et al. Arthroscopic management of calcific tendinitis of the subscapularis tendon[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2007,15(12):1482-1485.
- [5] 王珂杰,李 欢,严伟洪,等. 关节镜下治疗肩胛下肌腱钙化性肌腱炎一例报道[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2015,9(4):548-550.
- [6] 郑楷文,臧国礼,陈宇仕,等. 肱二头肌长头腱钙化性肌腱炎 1 例[J]. 医学影像学杂志,2017,27(7):1224,1420.
- [7] Uhthoff HK, Loehr JW. Calcific tendinopathy of the rotator cuff: pathogenesis, diagnosis, and management[J]. J Am Acad Orthop Surg, 1997,5(4):183-191.

[8] Ifesanya A, Scheibel M. Arthroscopic treatment of calcifying tendonitis of subscapularis and supraspinatus tendon: a case report[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2007,15(12):1473-1477.
[收稿日期 2020-07-05][本文编辑 余 军 韦 颖]

本文引用格式
梁健铭,陈 晴. 肱二头肌长头腱止点钙化性肌腱炎一例[J]. 中国临床新医学,2021,14(11):1137-1139.

新进展综述

青少年骨性Ⅱ类错𪗗正畸矫治极限的研究进展

谭盛欢, 钟榕槟(综述), 黄敏方(审校)

基金项目: 广西卫生健康委科研项目(编号:Z20190356)

作者单位: 533000 广西,右江民族医学院(谭盛欢,钟榕槟); 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院口腔正畸科(黄敏方)
作者简介: 谭盛欢(1994-),女,在读硕士研究生,住院医师,研究方向:口腔正畸学及睡眠医学基础及临床研究。E-mail:116877550@qq.com
通信作者: 黄敏方(1966-),女,医学硕士,主任医师,研究方向:口腔正畸学及睡眠医学基础及临床研究。E-mail:mfhmf@sina.com

[摘要] 骨性Ⅱ类错𪗗是青少年时期常见的一类牙颌面畸形,其矫治效果与生长发育潜力、骨骼不调严重程度密切相关。该文就青少年骨性Ⅱ类错𪗗特点、矫治方法、建议配合正颌手术治疗的颅颌面特征、牙齿移动界限及软组织变化特点等方面进行综述,以更好地为临床选择青少年骨性Ⅱ类错𪗗正畸矫治病例及预测矫治疗效提供依据。
[关键词] 青少年; 骨性Ⅱ类错𪗗; 边缘; 颜面美学; 矫治极限
[中图分类号] R 782 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2021)11-1139-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2021.11.19

Research progress in the limit of orthodontic treatment of skeletal class Ⅱ malocclusion in adolescents TAN Sheng-huan, ZHONG Rong-bin, HUANG Min-fang. Youjiang Medical University for Nationalities, Guangxi 533000, China

[Abstract] Skeletal class Ⅱ malocclusion is a common malocclusion in adolescence. The effect of orthodontic treatment is closely related to the growth potential of the adolescents and the severity of their skeletal discrepancy. The characteristics and orthodontic treatment methods of skeletal class Ⅱ malocclusion, the craniomaxillofacial features recommended for orthodontic treatment in combination with orthognathic surgery, the limit of tooth movement and the characteristics of soft tissue changes in adolescents are reviewed in this paper, so as to better provide the basis for clinical selection of orthodontic treatment cases in adolescents with skeletal class Ⅱ malocclusion and the prediction of correction effect before treatment.
[Key words] Adolescents; Skeletal class Ⅱ malocclusion; Borderline; Profile esthetics; Limit of orthodontic treatment

成功的正畸治疗应在治疗结束时获得牙齿健康和医患满意。而成功的关键是,青少年骨性Ⅱ类边缘患者行正畸矫治术前指征的判别分析。有文献报道,1例16岁的男性青少年患者在寻求正颌外科手术前,已佩戴了6年的正畸矫治器,但外貌未见改善,还出现牙松动、牙槽骨吸收等不良后果^[1]。因此,为更好避免此类状况的发生,在生长发育时期,正确判

断行单纯正畸治疗矫治骨性不调的限度对于矫治设计及预判矫治疗效尤为重要。
1 错𪗗特点
骨性Ⅱ类错𪗗是青少年时期常见的一类牙颌面畸形,以上颌骨发育正常,下颌骨发育不足或后缩型居多,ANB>5°,凸面型侧貌^[2]。随着人们对于矫正牙列不齐及改善软组织侧貌意识的增强,在青少年