

# 舒筋通络法推拿联合肩三针治疗风寒湿痹型肩周炎 40 例临床研究

张春健 丁成俊 韦镇余

(南京中医药大学附属淮安中医院, 江苏淮安 223001)

**摘要** 目的:观察舒筋通络法推拿联合肩三针治疗风寒湿痹型肩周炎患者的临床疗效。方法:将80例肩周炎患者随机分为治疗组与对照组,每组40例。对照组予肩三针治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用舒筋通络法推拿治疗。2组均每日治疗1次,疗程20 d。观察2组患者治疗前后关节疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、肩关节功能量表评分以及血清P物质(SP)、前列腺素E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>)、5-羟色胺(5-HT)水平变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗后2组患者疼痛VAS评分及血清SP、PGE<sub>2</sub>、5-HT水平均较治疗前明显降低( $P<0.05$ ),治疗组上述指标明显低于对照组( $P<0.05$ )。治疗后2组患者肩关节功能量表日常生活、肌力、关节活动度、疼痛减轻程度评分均较治疗前明显升高( $P<0.05$ ),治疗组评分明显高于对照组( $P<0.05$ )。治疗组总有效率95.00%,明显高于对照组的80.00%( $P<0.05$ )。结论:舒筋通络法推拿联合肩三针能显著缓解风寒湿痹型肩周炎患者关节疼痛情况,改善关节功能,并减少疼痛介质的分泌,疗效明显优于单用针刺治疗。

**关键词** 肩周炎;风寒湿痹;舒筋通络;推拿疗法;针刺疗法

**中图分类号** R244.15 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)10-0066-03

肩周炎是肩关节软组织发生的无菌性炎症病变,以肩部疼痛进行性加重并逐渐导致肩关节功能受限为特征,目前西医对肩周炎尚缺乏特异性治疗方案,通常仅给予非甾体药物抗炎镇痛治疗,虽有助于改善临床症状,但停药后易复发<sup>[1]</sup>。推拿是中医治疗肩周炎最常用的手段,能有效改善关节的活动度,尤其是粘连期肩周炎,运用多种手法,发挥调节气血阴阳、舒经通络、解痉止痛的作用<sup>[2]</sup>。针灸是中医治疗肩周炎的优势治疗手段,能发挥有效的镇痛作用,还能改善血液循环,降低炎症反应<sup>[3]</sup>。研究表明,中医综合治疗手段在提高疗效、缩短疗程等方面可发挥较大的优势<sup>[4]</sup>。本研究我们采用舒筋通络法推拿联合肩三针治疗风寒湿痹型肩周炎,并与使用肩三针治疗的对照组进行疗效比较,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取2017年1月至2019年10月我院确诊为肩周炎且符合“风寒湿痹”证候的患者80例,按照就诊顺序编号用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组40例。治疗组男28例,女12例;平均年龄(51.09±3.25)岁;平均病程(5.04±1.31)个月;其中病变部位在左侧23例,在右侧17例。对照

组男23例,女17例;平均年龄(51.76±3.42)岁;平均病程(5.12±1.36)个月;其中病变部位在左侧21例,在右侧19例。2组患者年龄、性别、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经淮安中医院医学伦理委员会批准。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参考《肩周炎的分类诊断和治疗》<sup>[5]</sup>中肩周炎的诊断标准拟定:无明显诱因,肩部疼痛,或向前臂、上臂呈放射性疼痛,运动或夜间疼痛加重,扩胸试验或肩外旋试验可引起疼痛,X线片检查冈上肌腱部有钙化阴影,或结果呈阴性。

**1.2.2 中医辨证标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]190</sup>中“风寒湿痹型”辨证标准:肩部疼痛,畏风恶寒,得温痛缓,沉重感,舌淡苔白,脉弦滑。

**1.3 纳入标准** 符合上述肩周炎诊断及辨证标准;年龄在30~75岁;单侧患病;患者治疗前肝肾功能、血常规、心电图无明显异常;精神正常,可以正常交流;依从性良好,能遵医嘱进行相关治疗;签署知情同意书,自愿参加本研究。

**1.4 排除标准** 患侧皮肤破损,不宜进行针刺、推拿等治疗者;有药物依赖史,长期激素或免疫抑制剂治

疗者;机体主要器官严重病变者;过敏体质者;正在参与其他相关研究者;肩部有其他器质性病变,或有外伤史、手术史者;临床资料不完整者;治疗期间失访者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予肩三针治疗。具体操作:患者取坐位,暴露患侧肩部,常规消毒后选取肩髃、肩前、肩髃三个穴位,使用华佗牌一次性不锈钢毫针(规格:0.25 mm×40 mm)刺入穴位1~1.5寸,运用平补平泻法,以患者有酸胀感为度,得气后留针30 min,每日1次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用舒筋通络法推拿治疗。具体操作:患者取坐位,医者选取肩髃、肩前、肩井、肩贞、曲池、合谷、天宗等穴,运用揉法、揉法在患肩前侧、后侧、内侧周围及上臂进行往返推拿,然后大拇指点按肩髃、肩前、肩贞、曲池、合谷,以患者有胀痛感为度,反复数次;一手扶住患者的患肩,一手托住患侧肘关节,沿肩部矢状轴用力进行内收伸展运动,幅度由小到大,以疼痛阻力点为度;以凡士林为介质由肩部向前臂进行反复合掌擦法。每日1次,于早饭后进行,2组均于午饭后进行肩三针治疗,疗程均为20 d。

## 3 疗效观察

### 3.1 观察指标

3.1.1 疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分 运用VAS评分<sup>[7]</sup>评估2组患者治疗前后的关节疼痛程度。

3.1.2 肩关节功能量表评分 运用肩关节功能量表<sup>[8]</sup>评估2组患者治疗前后肩关节功能变化。量表包括日常生活、疼痛减轻程度、关节活动度、肌力4个项目,每项分值0~100分,分值越高则关节功能越好。

3.1.3 血清学指标 运用放射免疫法测定2组患者治疗前后血清P物质(SP)、前列腺素E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>)、5羟色胺(5-HT)水平。

3.2 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6][9]</sup>。痊愈:症状体征完全消失,肩关节功能、活动范围恢复正常;显效:症状体征明显缓解,肩关节功能、活动范围显著改善;有效:症状体征有所缓解,肩关节功能、活动范围部分改善;无效:症状体征较治疗前无改变。总有效率(%)=(痊愈例数+显效

例数+有效例数)/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件对数据进行统计学分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示。计数资料以百分率表示,采用卡方检验。组内比较采用配对t检验,组间比较采用独立t检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后关节疼痛VAS评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后关节疼痛VAS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	6.38±1.40	3.12±0.67 <sup>#</sup>
对照组	40	6.25±1.47	3.80±0.79 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,#P<0.05。

3.4.2 2组患者治疗前后血清SP、PGE<sub>2</sub>、5-HT水平比较 见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后肩关节功能量表评分比

表2 治疗组与对照组治疗前后SP、PGE<sub>2</sub>、5-HT水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	SP/(mg/L)	PGE <sub>2</sub> /(ng/L)	5-HT/(pg/mL)
治疗组	40	治疗前	438.29±41.50	186.49±23.01	25.90±5.12
		治疗后	223.08±24.67 <sup>#</sup>	73.58±16.95 <sup>#</sup>	13.02±3.26 <sup>#</sup>
对照组	40	治疗前	432.65±40.93	181.27±22.87	25.15±5.20
		治疗后	251.14±28.04 <sup>*</sup>	93.16±18.36 <sup>*</sup>	16.37±3.99 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,#P<0.05。

表3 治疗组与对照组治疗前后肩关节功能量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 单位:分

组别	例数	时间	日常生活	肌力	疼痛减轻程度	关节活动度
治疗组	40	治疗前	11.97±1.65	20.12±2.24	5.24±1.03	15.32±4.18
		治疗后	17.83±2.02 <sup>#</sup>	25.01±2.75 <sup>#</sup>	9.78±1.92 <sup>#</sup>	36.98±7.25 <sup>#</sup>
对照组	40	治疗前	12.14±1.71	20.18±2.30	5.30±1.11	15.29±4.30
		治疗后	15.56±1.80 <sup>*</sup>	23.05±2.26 <sup>*</sup>	7.61±1.74 <sup>*</sup>	31.77±6.04 <sup>*</sup>

注:与本组治疗前比较,\*P<0.05;与对照组治疗后比较,#P<0.05。

较 见表3。

3.4.4 2组患者临床疗效比较 见表4。

表4 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	40	17	15	6	2	95.00 <sup>#</sup>
对照组	40	12	13	7	8	80.00

注:与对照组比较,\*P<0.05。

## 4 讨论

肩周炎主要病理表现为肩关节囊、周围软组织、韧带、滑囊、肌腱的慢性非细菌性炎症反应,临床表现为肩部疼痛,夜间加重,功能活动受限,肌肉萎缩

等,好发于中老年人<sup>[9]</sup>。肩周炎可归属于中医学“痹症”“肩凝风”范畴,其主要病机为年老素体虚弱,常肝肾亏虚,骨愈懈惰,或外感风寒湿邪,邪毒凝聚于肩部,筋脉收引,气血阻滞,筋脉痹阻,筋骨失养,脉络不通,不通则痛,发为此症<sup>[10]</sup>。经脉主气血运行,经筋主束骨利机关,经筋中藏有经脉,二者相互作用、相互影响,尤其是在关节周围。肩周存在经筋痹阻可压迫经脉,导致气血运行不畅,发为痹症<sup>[11]</sup>,治以舒筋通络,通痹止痛。“肩三针”针刺的三个腧穴肩髃、肩髃、肩前分别取自手阳明经、手少阳经、经外奇穴,为肩周炎疼痛所覆盖的区域。“肩三针”可有效调节肩周经脉的气血运行,减轻肩关节周围软组织粘连,促使经筋支配关节功能恢复<sup>[12-13]</sup>。笔者在临床中发现,单用“肩三针”治疗肩周炎个体疗效差异较大,部分患者疗效不明显。

中医学认为,肩周炎与经络关系密切,经络能连接内外表里,若经络不通,气血易运行不畅,机体的关节组织失去濡养,易造成肌肉萎缩,治疗的关键在于舒筋通络。推拿证实通过多种手法作用于机体的经络腧穴,促使脏器的气血运行和经络畅通。舒筋通络法推拿肩关节可调理肩关节经络的阴阳平衡,促使气血通畅,发挥除痹止痛的作用<sup>[14]</sup>。推拿还可运用揉法、揉法、内收伸展等手法充分拉长痉挛、紧张的肌肉,促使撕裂的软组织对位和滑脱的肌腱理正,改善关节粘连症状,减轻疼痛和活动受限等症状<sup>[15]</sup>。通过凡士林反复掌擦法可促进局部血液循环,提高局部温度,加强受损的软组织营养物质和炎症介质的代谢水平,促进关节功能修复<sup>[16]</sup>。

SP是种神经递质,能降低机体的疼痛阈值,调节痛觉传递,其水平与疼痛程度成正相关<sup>[17]</sup>。PGE<sub>2</sub>具有明显的致痛、致炎作用,可加剧局部炎症反应,提高疼痛感受器的兴奋性,降低神经兴奋阈值,还能增强和延长5-HT对神经末梢的致痛作用<sup>[18]</sup>。

本研究结果显示,治疗组治疗后疼痛VAS评分及血清SP、PGE<sub>2</sub>、5-HT水平均明显低于对照组,且肩关节功能改善优于对照组,表明舒筋通络法推拿联合肩三针治疗风寒湿痹型肩周炎可有效减轻患者的疼痛程度,改善关节功能,并能调节肩周炎患者疼痛介质的分泌,从而进一步提高疗效。下一步拟扩大样本量,探讨舒筋通络法推拿联合肩三针治疗肩周炎发挥疗效的作用机制及对关节功能的远期影响。

## 参考文献

[1] 郭越,郭健红.肩周炎的临床康复治疗进展[J].医学综述,2014,20(15):2752.

[2] 张秀亭.推拿治疗肩周炎329例[J].辽宁中医杂志,2006,33(7):866.

[3] 黄骏,顾明红,朱婵,等.肩三针穴位注射联合小针刀松解配合手法治疗肩周炎的疗效[J].上海医学,2018,41(4):234.

[4] 李兵.针灸推拿疗法辅助治疗肩周炎60例效果观察[J].山东医药,2013,53(11):93.

[5] 李承球.肩周炎的分类诊断和治疗[J].颈腰痛杂志,2004,25(3):144.

[6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.

[7] 严广斌.视觉模拟评分法[J].中华关节外科杂志(电子版),2014,8(2):273.

[8] FIALKA C, OBERLEITNER G, STAMPFL P, et al. Modification of the Constant-Murley shoulder score—introduction of the individual relative Constant score: Individual shoulder assessment[J].Injury, 2005, 36(10):1159.

[9] 朱天飞,崔家鸣,陈锦富,等.肩周炎治疗方法及其疗效的研究进展[J].中国骨与关节损伤杂志,2018,33(11):1230.

[10] 洪靖,刘永尚,王鹏,等.中医药治疗肩周炎临床研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(3):88.

[11] 肖红,刘福水,郭长青.肩周炎从经筋论治验案举隅[J].中医药信息,2013,30(3):112.

[12] 薛丹,张新普,蔡敬宙.肩三针针刺不同深度治疗肩周炎疗效观察[J].针灸临床杂志,2017,33(12):37.

[13] 黄建梅,武春华,程金莲.肩三针联合刺络放血治疗急性期肩周炎的临床研究[J].针灸临床杂志,2019,35(5):21.

[14] 屈庆,张宏,张国辉.推拿揉法舒筋通络效应机制浅析[J].辽宁中医杂志,2015,42(3):598.

[15] 冯军平,王承祥.小针刀配合推拿手法治疗肩周炎的临床疗效分析[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(2):42.

[16] 罗祥飞,陈兰,肖清清,等.基于疼痛和关节僵硬探讨肩周炎推拿策略[J].中国中医药信息杂志,2019,26(9):117.

[17] COHEN S P, 王宁.神经病理性疼痛的发病机制及其临床意义[J].中国疼痛医学杂志,2014,20(12):853.

[18] 孔二亮,吴飞翔,俞卫锋.5-羟色胺受体及其在疼痛调控中的研究进展[J].第二军医大学学报,2016,37(12):1517.

第一作者:张春健(1976—),男,本科学历,副主任中医师,研究方向为筋骨关节疾病的中医手法治疗。zhangjianchun001@yeah.net

收稿日期:2020-01-15

编辑:蔡强