

· 临床研究 ·

巨刺手三阳经原穴配合运动疗法对风寒湿型肩周炎的临床疗效观察^{*}

公茂亮 李开彦 何 勇 刘文泉

摘要 目的:观察巨刺手三阳经原穴配合运动疗法对肩周炎的疗效。**方法:**随机将 60 例患者分为观察组和对照组各 30 例,观察组予巨刺手三阳经的原穴,针刺期间行“动留针术”即嘱患者做前屈、外展、后伸动作;对照组予针刺患侧肩周局部穴位肩四针(肩贞、肩髃、肩髃、肩前),两组均配伍双侧风池、关元、阴陵泉。两组均每日治疗 1 次,连续治疗 2 w,观察治疗前后中医症候评分和肩关节功能变化。**结果:**观察组总有效率为 90%,对照组为 73.3%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组患者中医症候积分均下降,肩关节功能评分中日常生活能力、关节疼痛、关节活动度评分及总分升高,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组改善更加明显,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**巨刺手三阳经原穴配合运动疗法对风寒湿型肩周炎临床疗效肯定,能明显减轻症状和改善肩关节活动度。

关键词 巨刺;原穴;运动;肩周炎

肩周炎为肩关节滑膜及周围组织发生的无菌性炎症反应,继而发生关节周围组织水肿粘连,故肩关节出现疼痛、活动障碍。现代医学治疗主要是在镇痛的同时辅助功能锻炼,镇痛多以非甾体类消炎止痛药或局部封闭^[1]为主,因疗程较长及药物的不良反应^[2],患者很难坚持,且部分患者对非甾体类消炎止痛药效果不佳。中医治疗本病多以针灸为主。针灸改善肩周炎患者疼痛的效果已得到证实^[3],但其对肩关节活动功能受限的效果仍有待提高。为了寻求更好的治疗方案,本研究根据《灵枢·官针》“巨刺者,左取右,右取左”^[4]和《难经》“五脏有疾,当取之十二原”的理论,采用巨刺法,即针刺患者健侧原穴,同时活动患肩的方法治疗肩周炎,并与常规针刺患肩局部穴位“肩四针”^[5]的治疗方法作比较,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者均来自 2019 年 1 月—2021 年 1 月临沂市中医医院骨科门诊,按照纳入、排除标准,共纳入 60 例患者。根据 JMTJFX14 简明统计分析软件随机分成观察组和对照组各 30 例。其中,观察

组男 9 例,女 21 例;年龄 42~65 岁,平均(50.45±3.56)岁;病程 3~20 个月,平均(6.34±2.61)个月。对照组男 10 例,女 20 例;年龄 45~67 岁,平均(50.15±3.26)岁;病程 4~18 个月,平均(6.34±1.85)个月。两组患者性别、年龄、病程等一般资料无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 疾病诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6],符合肩周炎的诊断:(1)症状:肩关节周围疼痛,夜晚疼痛加剧,受天气变化和劳累影响,伴随肩关节活动障碍;(2)体征:肩关节周围压痛,严重者肩关节周围肌肉萎缩,以外展和后伸活动受限明显,可出现“扛肩”现象,X 线检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。

1.2.2 中医证候分型标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]风寒湿型:肩关节肿胀,疼痛遇寒加重,怕冷怕风,得温痛减,肩关节沉重,舌质淡,舌苔薄白或腻,脉弦紧或沉。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断标准;②年龄 40~70 岁,性别不限;③患者无严重心脑血管疾病,可以接受针灸治疗;④近期末服用止痛药物治疗,未接受激素药物注射的外治疗法。

^{*}基金项目 山东省中医药科技项目(No.2021Q007)

• 作者单位 山东省临沂市中医医院(山东 临沂 276000)

1.4 排除标准 ①伴有严重心、肝、肾功能不全患者;②患有难以控制的重大疾病患者,如肿瘤后期患者;③由于内脏疾病发作引发的继发性肩痛患者,如心绞痛发作、胆囊炎发作;④明确外伤引起的肩袖撕裂伤患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组 取穴:健侧手三阳经原穴(合谷、阳池、腕骨),双侧风池、关元、阴陵泉。针刺方法:患者取坐位,采用0.25 mm×40 mm华佗牌一次性针灸针,消毒后进针0.5~0.8寸,行平补平泻法,得气后留针30 min。针刺得气后令患者主动做患肩前屈、外展、后伸活动各1次,留针期间令患者最大限度活动肩关节(活动范围越大越好,但是以患者无明显痛苦且耐受为度),连续活动5组,每组活动持续2~3 min,两组间隔1~2 min。

1.5.2 对照组 取穴:患侧局部穴位“肩四针”即肩髃、肩髃、肩贞、肩前^[5],双侧风池、关元、阴陵泉。针刺方法:患者取坐位,采用0.25 mm×40 mm华佗牌一次性针灸针,消毒后进针0.5~0.8寸,行平补平泻法,得气后留针30 min。

两组均每日治疗1次,连续治疗2 w。

1.6 观察指标与方法

1.6.1 中医症候积分评估 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]拟定。选取关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、关节沉重4项内容。每项采用0~3分4级计分法:“无”为0分;“偶有发作,不影响生活”为1分;“经常发作,影响生活”为2分;“症状持续发作,影响生活”为3分。总分0~12分,分值越高代表患者的症状越严重。

1.6.2 肩关节功能评估 采用Constant-Murley肩关节功能评分^[8]以评价患者的肩关节恢复状况。包括疼痛(15分)、日常生活能力(20分)、关节活动度(40分)、肌力(25分)共4个维度,总分100分,分值越高说明患者的肩关节功能越好。

1.6.3 疗效评定标准 依据《肩周炎循证针灸临床

实践指南》^[9]拟定。治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;显效:肩部疼痛减轻,活动功能改善;有效:肩部疼痛减轻但功能未改善;无效:症状无改善。

1.7 统计学处理 采用SPSS 20.0统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用t检验;计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。以P<0.05为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率为90%,对照组有效率为73.3%。两组临床疗效比较,差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	12(40.0)	10(33.3)	5(16.7)	3(10.0)	27(90.0) [△]
对照组	30	8(26.7)	9(30.0)	5(16.7)	8(26.7)	22(73.3)

注:与对照组比较,△P<0.05

2.2 两组患者中医症候积分比较 治疗前两组患者中医症候积分比较,差异无统计学意义(P>0.05)。治疗后,两组患者关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、关节沉重的症候积分及总分明显低于治疗前,且观察组显著低于对照组(P<0.05)。见表2。

2.3 两组患者治疗前后Constant-Murley肩关节功能评分比较 治疗前,两组患者日常生活能力、关节活动度、关节疼痛和肌力评分比较,差异无统计学意义(P>0.05)。治疗后,两组患者日常生活能力、关节疼痛、关节活动度评分及总分升高,且观察组显著高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。见表3。

3 讨论

肩周炎俗称“肩凝症”“漏肩风”“冻结肩”,具有肩关节疼痛、活动受限、病程漫长等特点,归属于中医学“肩痹”的范畴。因其好发于50岁以上的中老年人,故又称“五十肩”。中医认为本病内因为正气亏虚,气

表2 两组患者中医症候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	关节肿胀	关节疼痛	关节畏寒	关节沉重	总分
观察组	30	治疗前	2.40±0.13	2.30±0.03	2.30±0.33	2.33±0.31	9.40±0.20
		治疗后	1.50±0.67 ^{△▲}	1.37±0.23 ^{△▲}	1.67±0.30 ^{△▲}	1.60±0.14 ^{△▲}	6.13±0.33 ^{△▲}
对照组	30	治疗前	2.30±0.23	2.50±0.17	2.90±0.63	2.50±0.33	10.30±0.30
		治疗后	1.87±0.20 [▲]	1.67±0.80 [▲]	1.97±0.33 [▲]	1.97±0.30 [▲]	7.37±0.40 [▲]

注:与治疗前比较,▲P<0.05;与对照组比较,△P<0.05

表3 两组患者肩关节功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	日常生活能力	关节活动度	疼痛	肌力	总分
观察组	30	治疗前	9.30±2.13	23.93±1.03	9.83±1.30	19.30±1.30	62.43±1.43
		治疗后	15.53±1.67 ^{△▲}	35.60±1.23 ^{△▲}	13.67±2.33 ^{△▲}	20.63±1.13	85.47±5.53 ^{△▲}
对照组	30	治疗前	8.23±2.20	22.03±1.17	9.93±2.63	18.50±2.30	58.73±2.07
		治疗后	12.87±2.23 [▲]	30.60±2.80 [▲]	12.67±1.30 [▲]	19.67±1.33	75.70±1.90 [▲]

注:与治疗前比较, [▲] $P < 0.05$;与对照组比较, [△] $P < 0.05$

血无法濡养四肢关节,加之因长期劳损或“风寒湿三气杂至,合而为痹”导致肩关节失去经络气血温养,故肩关节活动枢机不利,活动失常,尤其是外展及旋转活动受限明显。

针灸对肩周炎疼痛疗效明确,但是如何在针灸治疗的同时,通过功能康复促进肩关节功能恢复是治疗的难点^[10]。王毅刚主任医师提出“动留针术”^[11],即针灸时联合身体主动或被动的运动,能够让经络气机更好地到达气滞部位,使脏腑、肢体、经络经气通畅复原,达到“气通则和”的疗效。因此,可在留针期间,活动患肢关节,以患者主动之动,恢复肩关节的功能。肩周炎传统针刺治疗主要以肩关节周围穴位为主,即传统的“肩四针”,虽然可以减轻疼痛,但针刺的同时无法使患肩运动。《黄帝内经》巨刺法的记载为“病在左者治其右,病在右者治其左”,针刺健侧有利于在操作针刺的同时,令患侧行运动疗法。故本研究在针刺健侧穴位的同时,嘱患者行搭肩、摸背、梳头等动作,通过患侧肢体的活动,借助针刺刺激的经脉气血的运行,直达病所,促进化生之机,邪去而正安,从而增强疗效^[12]。

原穴是人体原气在输布运行过程中驻留的特定穴位,为脉气最盛处,针刺原穴不仅可以治疗本经循行部位的病变,同时对脏腑功能具有很好的调理作用^[13],符合肩周炎“内虚外实”的病理特点。手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经三条经络的循行路线涵盖了肩关节前侧、外侧和后侧区域。同时根据《难经·六十六难》记载:“脐下肾间动气者,人之生命也,十二经之根本也,故名曰原(气)。三焦者,原气之别使也。”原气通过三焦输布于全身脏腑、十二经脉,其在四肢部驻留的部位就是原穴。《难经》又云“五脏六腑之有病者皆取其原”,说明原穴不仅可以祛除邪气,同时还具有补虚扶正的特点^[14]。针刺手三阳经原穴,符合肩周炎的病机:内因正气不足,外因劳损积累或“风寒湿三气杂至”导致肩部经络气血凝滞。通过针刺手三阳经原穴,可使三焦原气通达,还可以激发

脏腑经络气血的功能,温煦、疏通肩部经络气血凝滞的状态,从而发挥原穴维护正气,抗御病邪的功能。

手阳明大肠经的原穴合谷,乃四总穴之一,主治肩臂疼痛、手指肿痛、麻木、半身不遂等。如《针灸甲乙经》记载:“痲痿、臂腕不用,唇吻不收,合谷主之。”现代医学研究表明,针刺合谷穴可以促进炎症区域的血液循环达到镇痛效果^[15],结合手阳明大肠经的循行路线,巨刺合谷穴,主要可改善患肩前屈及旋前功能。手太阳小肠经之原穴腕骨,《针灸甲乙经》记载:“互引,腕骨主之。”《铜人腧穴针灸图经》记载腕骨“主目生翳、偏枯、臂肘不得屈伸、头痛”等。腕骨具有治疗臂肘不得屈伸的功效,结合手太阳经循行路线,巨刺腕骨主要可改善肩关节后伸及旋后功能。手少阳三焦经之原穴阳池,《针灸甲乙经》记载:“肩痛不能自举,汗不出,颈痛,阳池主之。”《黄帝明堂经》曰:“阳池主症,肩痛不得举,颈痛。”结合手少阳三焦经循行于肩关节外侧的路线,巨刺阳池可以改善患肩的外展功能。两组患者配穴均取双侧风池穴以祛风,取阴陵泉穴以散寒化湿,针刺关元以温阳补气,正合风寒湿型肩周炎之病因病机。

本研究结果显示,针刺患肩局部穴位“肩四针”与巨刺手三阳经原穴配合运动疗法均可以减轻肩关节症状,提高肩关节功能评分和改善肩关节活动功能,但是巨刺手三阳经原穴配合运动疗法疗效更佳,尤其是在改善肩关节活动功能方面,观察组较对照组更有优势。两种治疗方法在改善肌力方面,效果不明显,考虑到肌力恢复一般需要4 w以上,与本研究设计时间不相符,可以作为后期研究的方向进一步观察。巨刺手三阳经原穴配合运动疗法治疗肩周炎不仅可以减轻症状,同时可以改善肩关节活动功能,是一种安全可靠的治疗手段。

参考文献

[1]陶平,乐智卿,黄夏雨,等.肩关节镜治疗冻结肩的临床疗效[J].中国医学创新,2020,17(22):5-8.

(下转第50页)