

[文章编号] 1007-0893(2023)21-0069-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.21.020

# 温针灸结合关节松动术治疗气滞血瘀型肩周炎 30 例

邹业彬 卢献花

(泰宁县总医院, 福建 泰宁 354400)

**[摘要]** 目的: 探讨温针灸结合关节松动术治疗气滞血瘀型肩周炎患者的效果。方法: 选取 2019 年 8 月至 2023 年 2 月于泰宁县总医院进行治疗的 60 例肩周炎患者(中医证型为气滞血瘀型), 按照随机数表法将其分组, 给予常规针灸的 30 例患者为对照组, 给予温针灸结合关节松动术的 30 例患者作为观察组。观察两组患者治疗效果、中医证候积分、疼痛状态及肩关节功能。结果: 观察组患者治疗总有效率为 83.33%, 高于对照组的 60.00%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗 2 周后观察组患者中医证候积分(关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、缓解沉重)低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗 2 周后观察组患者视觉模拟评分法(VAS)评分低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗 2 周后观察组患者 Constant-Murley 肩关节功能评分(CMS)(日常生活能力、关节活动度、疼痛、肌力)高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 温针灸结合关节松动术治疗气滞血瘀型肩周炎患者可有效提高其治疗效果、改善中医症状, 缓解其疼痛状态, 改善其肩关节功能。

**[关键词]** 肩周炎; 气滞血瘀型; 温针灸; 关节松动术

**[中图分类号]** R 684.3 **[文献标识码]** B

肩周炎指肩关节周围软组织不明原因发生自限性无菌性炎症, 是门诊中常见的一种疾病<sup>[1-2]</sup>。以肩部疼痛, 肩关节活动功能受限为主要临床表现, 好发于 50 岁左右中老年人群, 以气滞血瘀型肩周炎最为常见<sup>[3-4]</sup>。若不对其进行及时治疗, 将导致患者出现肩关节活动障碍, 严重者出现肌肉萎缩, 从而丧失劳动力等。中医认为肩周炎发病的根本在于机体正气内虚<sup>[5]</sup>。与传统针灸对比, 温针灸将针刺及艾灸结合, 具有散寒祛湿、温经活络的双重功效, 且治疗各种关节炎效果更好<sup>[6]</sup>。此外, 肩周炎导致患者关节活动受限, 有研究证明除针灸缓解疼痛外, 运用关节松动术也能有效改善患者关节活动功能<sup>[7]</sup>。基于此背景, 本研究对气滞血瘀型肩周炎患者采用温针灸结合关节松动术进行治疗, 旨在探讨联合治疗的效果。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 8 月至 2023 年 2 月于泰宁县总医院进行治疗的 60 例肩周炎患者, 按照随机数表法将其分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组男性 11 例, 女性 19 例; 年龄 40~83 岁, 平均年龄(57.53±10.00)岁; 病程 3~9 个月, 平均病程(6.12±1.69)个月。观察组男性 10 例, 女性 20 例; 年龄 44~76 岁, 平均年龄(57.63±9.30)岁; 病程 2~8 个月, 平均病程(6.11±1.65)个月。两组

患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号 20217892)。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 西医诊断: 符合肩周炎的诊断标准<sup>[8]</sup>; (2) 中医诊断: 符合肩周炎气滞血瘀证诊疗标准<sup>[9]</sup>, 主症: 肩部肿胀、剧烈疼痛; 次症: 肩部冷痛, 活动受限; 舌症: 舌暗紫, 含瘀斑, 舌苔发白或薄黄; 脉象: 脉涩; (3) 患病部位均为单侧者; (4) 患者及家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 合并肩部骨折者; (2) 合并精神类疾病, 无法配合治疗者; (3) 合并其他严重基础疾病者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予患者常规针灸。针灸穴位“肩三针”(肩前穴、肩髃穴、肩髃穴)。患者侧卧于病床, 充分暴露肩部, 操作者采用 75% 乙醇等对针灸部位进行消毒, 随后采用一次性针灸针(吴江市云龙区医疗器械有限公司)对患者进行针灸, 朝着肩关节进针, 进针得气后平补平泻手法, 留针 30 min。每日 1 次, 连续 2 周。

1.3.2 观察组 给予温针灸联合关节松动术。(1) 温针灸: 穴位仍选取“肩三针”, 另外, 风邪盛者, 可联合针灸风池、合谷等穴位; 湿邪盛者, 可配合阴陵

[收稿日期] 2023-09-18

[作者简介] 邹业彬, 男, 主治医师, 主要研究方向是针灸学。

泉、丰隆等穴位；寒邪盛者，可配合关元、肾俞等穴位。针灸时患者坐位并暴露肩部，操作者使用 75 % 乙醇等常规消毒肩部，采用一次性针灸针对穴位进行直刺，深度为 1.5 寸，随后平补平泻（采用提插捻转的手法），得气后，于针尾插上艾条段（长度 2 cm），艾条燃尽后更换艾条，共燃烧 2 条艾条。每日 1 次，5 d 为 1 个疗程，共 2 个疗程。（2）关节松动术：实施 Maitland 手法（摆动、滚动、滑动等），并将其分为 I ~ IV 级。I 级以关节起始端开始，各级均在上一级的基础上加大范围，IV 级增加关节中末端松动，注意在操作过程中需在能够承受的最大范围，且所有操作避免超过疼痛点，手法保持均衡，持续 15 min。每日 1 次，1 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

#### 1.4 观察指标和评价标准

（1）治疗 2 周后评定治疗效果<sup>[10]</sup>：其中治疗后患者疼痛消失，肩关节功能完全恢复为治愈；疼痛部分消失，肩关节功能明显改善为显效；疼痛无减，且肩关节功能未改善为无效。总有效率 =（治愈 + 显效） / 总例数 × 100 %。（2）中医证候积分<sup>[10]</sup>：治疗前及治疗 2 周后比较两组患者的中医证候积分，其中包括 4 项（关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、缓解沉重），各项评分均为 0 ~ 3 分，其中无症状 0 分，偶发或轻度为 1 分，常发或中度为 2 分，重度为 3 分。分数越高，代表临床症状越严重。（3）疼痛状态：治疗前及治疗 2 周后采用视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）对患者的疼痛状态进行评定。该评分法总分 0 ~ 10 分，0 为无痛，10 为剧痛，由患者根据自我感觉指出疼痛程度<sup>[11]</sup>。

（4）肩关节功能：采用 Constant-Murley 肩关节功能评分（Constant-Murley score, CMS）于治疗前及治疗 2 周后评价患者的肩关节功能，其中量表包括 4 个方面（日常生活能力、关节活动度、疼痛、肌力），这 4 部分分数分别是 20 分、40 分、15 分、25 分，分数越高代表肩关节功能越好<sup>[12]</sup>。

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗效果比较

观察组患者治疗总有效率为 83.33 %，高于对照组的 60.00 %，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较 [n = 30, n(%)]

| 组别  | 治愈        | 显效        | 无效        | 总有效                    |
|-----|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| 对照组 | 8(26.67)  | 10(33.33) | 12(40.00) | 18(60.00)              |
| 观察组 | 15(50.00) | 10(33.33) | 5(16.67)  | 25(83.33) <sup>a</sup> |

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者中医证候积分（关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、缓解沉重）比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗 2 周后观察组患者中医证候积分（关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、缓解沉重）低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 30,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 时间      | 关节肿胀                     | 关节疼痛                     | 关节畏寒                     | 缓解沉重                     |
|-----|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 对照组 | 治疗前     | 2.42 ± 0.26              | 2.41 ± 0.56              | 2.59 ± 0.26              | 2.72 ± 0.54              |
|     | 治疗 2 周后 | 2.04 ± 0.14              | 2.12 ± 0.17              | 2.16 ± 0.43              | 2.34 ± 0.41              |
| 观察组 | 治疗前     | 2.44 ± 0.35              | 2.38 ± 0.25              | 2.65 ± 0.42              | 2.74 ± 0.65              |
|     | 治疗 2 周后 | 1.72 ± 0.31 <sup>b</sup> | 1.81 ± 0.45 <sup>b</sup> | 1.71 ± 0.25 <sup>b</sup> | 2.08 ± 0.60 <sup>b</sup> |

注：与对照组治疗 2 周后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者治疗前后疼痛状态比较

治疗前两组患者 VAS 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗 2 周后观察组患者 VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后疼痛状态比较 (n = 30,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 治疗前         | 治疗 2 周后                  |
|-----|-------------|--------------------------|
| 对照组 | 6.07 ± 1.21 | 5.11 ± 0.61              |
| 观察组 | 6.11 ± 1.05 | 4.01 ± 0.42 <sup>c</sup> |

注：与对照组治疗 2 周后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患者治疗前后肩关节功能比较

治疗前两组患者 CMS 评分（日常生活能力、关节活动度、疼痛、肌力）比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗 2 周后观察组患者 CMS 评分（日常生活能力、关节活动度、疼痛、肌力）高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后肩关节功能比较 (n = 30,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 时间  | 日常生活能力                    | 关节活动度                     | 疼痛                        | 肌力                        |
|-----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 11.34 ± 2.52              | 24.42 ± 4.81              | 7.61 ± 1.41               | 17.52 ± 3.10              |
|     | 治疗后 | 14.61 ± 2.38              | 27.68 ± 5.02              | 9.13 ± 1.61               | 19.25 ± 2.68              |
| 观察组 | 治疗前 | 11.32 ± 2.44              | 24.12 ± 4.15              | 7.62 ± 1.32               | 17.42 ± 3.05              |
|     | 治疗后 | 16.82 ± 3.42 <sup>d</sup> | 30.21 ± 5.27 <sup>d</sup> | 11.16 ± 2.03 <sup>d</sup> | 21.32 ± 3.05 <sup>d</sup> |

注：与对照组治疗后比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05。

## 3 讨论

肩周炎是一种常见的慢性炎症性疾病，其好发于肩部肌肉、滑囊及关节囊等软组织区域。以肩部活动受限、肩部疼痛为主要临床表现<sup>[11-12]</sup>。中医将其分为三种证型（寒湿痹阻证、血瘀气滞证、气血亏虚证），其中最常见的是为气滞血瘀证。此外，中医认为，久病劳损、体虚与肩周炎的发生密切相关。研究显示针灸能有效缓解肩周炎患者疼痛，尤其温针灸效果更好<sup>[13]</sup>。此外，

由于肩周炎疼痛剧烈，且长期患此病者活动受限，其关节功能下降。因此，临床上为提高其关节功能以推拿按摩为主要治疗手段，其中关节松动术被广泛应用。

本研究结果显示，观察组患者治疗总有效率为 83.33%，高于对照组的 60.00%，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明温针灸结合关节松动术治疗气滞血瘀型肩周炎患者可有效提高其治疗效果。这与王鹏等<sup>[14]</sup>研究结果相似。分析原因：温针灸主要通过热力传输至穴位，促进血液循环，疏通凝滞的血液，缓解疼痛，具有活血化瘀、温经通络的效果。与单纯的针灸相比，温针灸的特点在于，且在针灸期间会在针灸加上艾条燃烧，具有针灸及艾灸的双重功效，从而达到温阳固本、行气活血、疏通经脉的效果。选取“肩三针”进行温针灸舒筋活络，通经止痛，针刺促使肩膀部位的血液循环加快，帮助局部肿胀和疼痛的症状得到改善。对患者实施关节松动术促进身体中关节液的流动，能够有效地缓解关节处的疼痛，防止关节出现蜕变。保持关节增加伸展性，增加肌肉张力。此外，关节松动术通过分级进行不同程度的松动肩关节，增加其活动范围，促进运动功能恢复，改善生理轴位，达到松解粘连的质量效果。

本研究显示，治疗 2 周后观察组患者中医证候积分(关节肿胀、关节疼痛、关节畏寒、缓解沉重) 低于对照组，VAS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明观察组方法治疗气滞血瘀型肩周炎患者可有效改善临床症状，缓解疼痛。这与徐震球等<sup>[15]</sup>研究结果相似。分析原因：本研究采用温针灸的方式进行治疗，温针灸主要在针刺入穴位后加燃一根艾柱，通过针身将热力传至体内，具有疏通经络，活血化瘀的功效。有研究显示，与单一针刺相比，温针灸传导热力至体内，止痛效果显著。此外，温针灸后采用关节松动术通过摆动、滚动、旋转、分离和牵拉等手法缓解关节部位的疼痛、防止关节发生退变，保持关节的伸展性，增加肌肉的张力，达到改善患者临床症状，缓解疼痛的作用。

患者出现肩周炎时常伴有肩关节周围粘连的情况，导致关节活动范围受限，甚至导致患者关节僵硬，形成“冻结肩”。且当肩周炎发作时，将产生剧烈的疼痛，不仅严重影响患者的日常生活及功能，且肩部神经长期受压迫，还将导致神经受损、手部麻木的情况，严重影响关节功能。本研究显示，治疗 2 周后观察组患者 CMS 评分(日常生活能力、关节活动度、疼痛、肌力) 高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明采用观察组方法治疗气滞血瘀型肩周炎患者可有效改善其肩关节功能。分析原因：对患者采用温针灸的方式，可以通过艾条燃烧，将燃烧产生的热力传导至穴位，以达到疏通经络、活血

化瘀的效果。联合关节松动术，根据不同的分级帮助关节进行微小活动，刺激关节力学感受器，从而改善关节周边供血，改善其关节功能的作用。

综上所述，温针灸结合关节松动术治疗气滞血瘀型肩周炎患者可有效提高其治疗效果、改善中医症状，缓解其疼痛状态，改善其肩关节功能。

#### [参考文献]

- [1] 葛新. 臂丛麻醉下手法松解联合红外偏振光照射对肩周炎患者肩部活动情况的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(1): 67-69.
- [2] 汪贺轩, 文启, 刘垒. 穴位针刺联合玻璃酸钠腔内注射治疗肩周炎寒湿凝滞证的效果[J]. 河南医学研究, 2022, 31(2): 332-334.
- [3] 王善建. 温针灸结合激痛点推拿疗法治疗肩周炎气滞血瘀证的疗效及对局部症状、肩关节功能及血清 CRP、NO 的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(9): 198-202.
- [4] 卢敏, 邝高艳, 沈永勤, 等. 六味祛风活络膏治疗气滞血瘀型肩关节周围炎多中心临床研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2019, 25(5): 679-682, 689.
- [5] 艾买提·依米尔, 闫慧新, 杨林浩, 等. 严隽陶从筋论治肩关节周围炎学术经验撷英[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(3): 34-37.
- [6] 张艳玲, 刘君伟, 李春, 等. 基于 JAK2/STAT3 信号通路探讨温针灸改善膝关节炎兔软骨损伤的机制[J]. 针刺研究, 2022, 47(12): 1088-1094.
- [7] 李志刚, 鲁海燕, 刘竹, 等. Mulligan 动态关节松动术结合冲击波对股骨头坏死患者髋关节功能恢复及血液流变学的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(27): 43-44.
- [8] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 4 版. 北京: 人民军医出版社, 2012: 624-625.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 263-264.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [11] 徐晖, 王春满, 王璐璐, 等. 液压扩张联合放射式体外冲击波治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2022, 44(11): 51-52.
- [12] 徐晖, 王春满, 王璐璐, 等. 脉冲射频联合体外冲击波治疗肩周炎的肌骨超声量化疗效评价[J]. 中国康复医学杂志, 2023, 38(4): 32-33.
- [13] 马利辉, 郜浩凯, 张威. 温针灸联合超短波和动态干扰电对肩周炎患者肩关节活动及疼痛情况的影响[J]. 中医药信息, 2022, 39(1): 52-54.
- [14] 王鹏, 孙钰, 王春婷, 等. 肩三针联合温针灸治疗老年肩周炎患者的临床效果观察[J]. 世界中医药, 2021, 16(24): 41-42.
- [15] 徐震球, 杜国庆, 张明才, 等. 瘀血痹片联合温针灸对肩周炎患者疼痛及肩关节功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(8): 1659-1662.