

· 临床研究 ·

芒针针刺结合刺络拔罐治疗急性期粘连性肩关节囊炎

吕俊玲, 张江层, 刘帅

(三门峡市中医院, 河南 三门峡 472000)

摘要 目的:探讨芒针针刺结合刺络拔罐治疗急性期粘连性肩关节囊炎的临床疗效。**方法:**将纳入研究的 100 例急性期粘连性肩关节囊炎患者随机分为芒针组和常规组, 每组 50 例。芒针组采用芒针针刺结合刺络拔罐治疗, 用芒针依次深刺肩前穴透极泉穴、深刺肩髃穴透臂臑穴、深刺臑俞穴、平刺臑会穴、深刺肩髃穴透极泉穴, 产生针感即拔针; 芒针治疗结束后, 在肩前、肩髃、臑俞、臑会穴上点刺放血, 并将火罐吸附在点刺的穴位上, 留罐约 6 min。常规组采用常规针刺结合拔罐治疗, 用毫针直刺肩前、肩髃、肩贞、臑俞、臑会等穴, 留针 30 min, 留针的同时红外线灯照射患肩, 拔针后将火罐吸附在穴位上, 留罐约 6 min。2 组患者均每日治疗 1 次, 1 周为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。分别在治疗前和治疗结束后, 采用疼痛视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS) 评分评价患肩疼痛情况, 采用 Melle 肩关节功能评分标准评价患肩功能。**结果:**治疗前, 2 组患者患肩疼痛 VAS 评分、患肩功能 Melle 评分的组间比较, 差异均无统计学意义 [(7.61 ± 1.05) 分, (6.90 ± 1.51) 分, $t = 2.730, P = 0.051$; (9.92 ± 1.84) 分, (9.46 ± 2.08) 分, $t = 1.170, P = 0.052$]。治疗结束后, 2 组患者患肩疼痛 VAS 评分、患肩功能 Melle 评分均较治疗前降低 [芒针组: (1.02 ± 0.98) 分, (7.61 ± 1.05) 分, $t = 32.440, P = 0.001$; (2.08 ± 1.02) 分, (9.92 ± 1.84) 分, $t = -26.080, P = 0.001$; 常规组: (2.99 ± 1.56) 分, (6.90 ± 1.51) 分, $t = 12.730, P = 0.001$; (4.16 ± 1.61) 分, (9.46 ± 2.08) 分, $t = -14.250, P = 0.001$], 芒针组两项评分均低于常规组 [(1.02 ± 0.98) 分, (2.99 ± 1.56) 分, $t = -7.561, P = 0.001$; (2.08 ± 1.02) 分, (4.16 ± 1.61) 分, $t = -7.718, P = 0.001$], 芒针组评分降低较常规组更明显 [(6.56 ± 1.01) 分, (3.93 ± 1.11) 分, $t = 12.392, P = 0.001$; (7.80 ± 1.11) 分, (5.32 ± 1.51) 分, $t = 9.358, P = 0.001$]。**结论:**对于急性粘连性肩关节囊炎患者, 采用芒针针刺结合刺络拔罐治疗和常规针刺结合拔罐治疗均可缓解患肩疼痛、改善患肩功能, 且前者疗效优于后者。

关键词 肩凝症; 针刺疗法; 拔罐

Elongated needle acupuncture therapy combined with pricking and cupping therapy for treatment of acute – phase adhesive shoulder capsulitis

LYU Junling, ZHANG Jiangceng, LIU Shuai

Sanmenxia Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sanmenxia 472000, Henan, China

ABSTRACT Objective: To explore the clinical curative effects of elongated needle acupuncture therapy combined with pricking and cupping therapy for treatment of acute – phase adhesive shoulder capsulitis. **Methods:** One hundred patients with acute – phase adhesive shoulder capsulitis were enrolled in the study and were randomly divided into elongated needle therapy group and conventional therapy group, 50 cases in each group. The patients in elongated needle therapy group were treated with elongated needle acupuncture combined with pricking and cupping. Firstly, the elongated needle was deeply inserted into point Jiquan (HT1) through point Jianqian. Secondly, the elongated needle was deeply inserted into point Binao (LI14) through point Jianyu (LI15). Thirdly, the elongated needle was deeply inserted into point Naoshu (SI10) and horizontally inserted into point Naohui (TE13). Lastly, the elongated needle was deeply inserted into point Jiquan (HT1) through point Jianyu (LI15). The needles were removed when the doctor got the needling sensation. After the end of elongated needle treatment, pricking needling were performed on patients at point Jianqian, Jianyu (LI15), Naoshu (SI10) and Naohui (TE13) for bloodletting, and the cupping jars were adsorbed on the acupuncture points and were retained for 6 minutes. The patients in conventional therapy group were treated with conventional acupuncture combined with cupping. The filliform needles were perpendicularly inserted into point Jianqian, Jianyu (LI15), Jianzhen (SI9), Naoshu (SI10) and Naohui (TE13) and the needles were retained for 30 minutes. Meanwhile, the affected shoulder was irradiated with infrared lamps. The cupping jars were adsorbed on the acupuncture points for 6 minutes after the needles were removed. All patients in the 2 groups were treated once a day for one course of treatment, 7 days for each course. The affected shoulder pain and function were evaluated by using pain visual analogue scale (VAS) score and Melle shoulder function scoring standard respectively before the

treatment and after the end of the treatment. **Results:** There was no statistical difference in pain VAS scores and Melle function scores of affected shoulder between the 2 groups before the treatment (7.61 +/- 1.05 vs 6.90 +/- 1.51 points, $t = 2.730$, $P = 0.051$; 9.92 +/- 1.84 vs 9.46 +/- 2.08 points, $t = 1.170$, $P = 0.052$). The pain VAS scores and Melle function scores of affected shoulder decreased in the 2 groups after the end of the treatment compared to pretreatment (elongated needle therapy group: 1.02 +/- 0.98 vs 7.61 +/- 1.05 points, $t = 32.440$, $P = 0.001$; 2.08 +/- 1.02 vs 9.92 +/- 1.84 points, $t = -26.080$, $P = 0.001$; conventional therapy group: 2.99 +/- 1.56 vs 6.90 +/- 1.51 points, $t = 12.730$, $P = 0.001$; 4.16 +/- 1.61 vs 9.46 +/- 2.08 points, $t = -14.250$, $P = 0.001$), and the pain VAS scores and Melle function scores were lower in elongated needle therapy group compared to conventional therapy group (1.02 +/- 0.98 vs 2.99 +/- 1.56 points, $t = -7.561$, $P = 0.001$; 2.08 +/- 1.02 vs 4.16 +/- 1.61 points, $t = -7.718$, $P = 0.001$), and the scores decreased more obviously in elongated needle therapy group compared to conventional therapy group (6.56 +/- 1.01 vs 3.93 +/- 1.11 points, $t = 12.392$, $P = 0.001$; 7.80 +/- 1.11 vs 5.32 +/- 1.51 points, $t = 9.358$, $P = 0.001$). **Conclusion:** For patients with acute - phase adhesive shoulder capsulitis, both combination therapy of elongated needle acupuncture and pricking and cupping and combination therapy of conventional acupuncture and cupping can relieve shoulder pain and improve shoulder function, moreover, the former surpasses the latter in clinical curative effects.

Keywords frozen shoulder; acupuncture therapy; cupping therapy

粘连性肩关节囊炎是肩关节周围组织的一种退行性病变,以肩关节疼痛和运动障碍为主要症状,中医称为漏肩风、肩凝症、五十肩、冻结肩等^[1-2],多见于中老年人,临床常见,是肌肉骨骼系统疾病中疼痛感较严重的疾病之一^[3]。粘连性肩关节囊炎可致肩关节活动受限,严重影响患者的日常生活^[4]。目前临床治疗粘连性肩关节囊炎,多采用药物口服、局部痛点封闭等方法,不良反应较多^[5]。2016 年 1 月至 2017 年 12 月,笔者采用芒针针刺结合刺络拔罐和常规针刺结合拔罐 2 种方法治疗急性期粘连性肩关节囊炎患者 100 例,并对 2 种方法的临床疗效进行了比较,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 在三门峡市中医院门诊治疗的急性期粘连性肩关节囊炎患者 100 例,男 48 例、女 52 例;年龄 46 ~ 60 岁,中位数 54 岁;左侧 67 例,右侧 33 例;病程 1 ~ 4 周,中位数 2.5 周。本试验方案经三门峡市中医院医学伦理委员会审查通过。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中肩周炎诊断标准^[6]:①病程 1 周至 1 个月;②肩关节疼痛以夜间疼痛较重,影响睡眠;③肩关节周围明显压痛;④肩关节活动受限。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断标准;②年龄 40 ~ 60 岁;③病程 1 ~ 4 周;④对本研究知情同意,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并肩部骨折者;②合并肩关节结核或肿瘤者;③合并血液系统疾病者;④合并胆囊

炎、系统性红斑狼疮等可导致肩部疼痛的疾病者;⑤预计依从性差者。

2 方法

2.1 分组方法 将纳入研究的 100 例患者采用随机数字表分为芒针组和常规组,每组 50 例。

2.2 治疗方法 芒针组采用芒针针刺结合刺络拔罐治疗,常规组采用常规针刺结合拔罐治疗。每日 1 次,1 周为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。

2.2.1 芒针组 ①芒针深刺。取穴:患侧肩前、肩髃、臑俞、臑会等穴。操作:患者取坐位,显露患侧肩关节,穴位常规消毒,选用长 150 mm 的芒针。患肢肩关节后伸并屈肘,芒针深刺肩前穴,缓慢进针 100 ~ 120 mm 透极泉穴,捻转行针,产生针感后即拔针。然后上臂放松下垂,芒针深刺肩髃穴,缓慢进针约 125 mm 透臂臑穴,捻转行针,产生针感后即拔针。深刺臑俞穴,缓慢进针约 100 mm 至肩贞穴,捻转行针,产生针感后即拔针。平刺臑会穴,针尖至对侧皮下,提插行针,产生针感后即拔针。最后健手托起患侧上臂使肩平举,芒针深刺肩髃穴透极泉穴,缓慢进针约 125 mm 在极泉穴皮下可看到或摸到针尖,提插行针,产生针感后即拔针。见图 1(1)。②刺络拔罐。芒针治疗结束后,采用一次性采血针在肩前、肩髃、臑俞、臑会等穴上各点刺 3 下,然后将火罐吸附在点刺的穴位上,留罐约 6 min,起罐后用酒精棉球擦净血迹。

2.2.2 常规组 取患侧肩前、肩髃、肩贞、臑俞、臑会等穴,用直径 0.35 mm、长 50 mm 的毫针直刺,提插捻

转得气后,留针 30 min [图 1(2)]。留针的同时用 300 W 的旭航牌红外线灯距皮肤 30 cm 左右照射患肩。拔针后将火罐吸附在穴位上,留罐约 6 min。



图 1 针刺治疗急性期粘连性肩关节囊炎图片

2.3 临床疗效评价方法 分别在治疗前和治疗结束后,采用疼痛视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS)^[7] 评分评价患肩疼痛情况;采用 Melle 肩关节功能评分标准^[8] 评价患肩功能,分值越高,功能越差 (表 1)。

2.4 数据统计方法 采用 SPSS19.0 统计软件处理数据。2 组患者年龄、病程的组间比较和患肩疼痛 VAS 评分、患肩功能 Melle 评分的组间、组内比较采用 *t* 检验;2 组患者性别的组间比较采用 χ^2 检验;检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 分组结果 2 组患者基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性 (表 2)。

表 1 Melle 肩关节功能评分标准 分

项目	评分	项目	评分
肩关节外展		较容易完成	1
<30°	3	顺利完成	0
30°~90°	2	手到脊柱	
91°~120°	1	不能做此动作	3
>120°	0	可触及 S ₁ 水平	2
肩关节中立位外旋		可触及 T ₁₂ 水平	1
0°	3	可触及 T ₁₂ 以上	0
1°~20°	2	手到嘴	
>20°	1	完全喇叭征	3
手到颈项		部分喇叭征	2
不能做此动作	3	肩内收 1°~40°	1
完成困难	2	肩内收 0°	0

3.2 临床疗效评价结果 治疗前,2 组患者患肩疼痛 VAS 评分、患肩功能 Melle 评分的组间比较,差异均无统计学意义。治疗结束后,2 组患者患肩疼痛 VAS 评分、患肩功能 Melle 评分均较治疗前降低 (芒针组: $t = 32.440, P = 0.001, t = -26.080, P = 0.001$; 常规组: $t = 12.730, P = 0.001; t = -14.250, P = 0.001$), 芒针组两项评分均低于常规组,芒针组评分较常规组降低更明显。见表 3、表 4。

4 讨论

随着年龄增长及劳损加重,肩关节周围韧带、滑膜、肌腱等会发生慢性无菌性炎性改变^[9-10],导致盂肱关节僵硬粘连^[11],称为粘连性肩关节囊炎。该病的发生与较多因素有关^[12],发病机制目前尚不十分明确^[11,13]。中医学认为粘连性肩关节囊炎的主要病因病机为肝肾精血亏虚,风寒湿邪外袭,气血运行不畅,不能灌溉肢体经络,经络阻滞,不通则痛^[14-15]。

表 2 2 组急性期粘连性肩关节囊炎患者基线资料

组别	样本量(例)	性别(例)		年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程($\bar{x} \pm s$, 周)
		男	女		
芒针组	50	23	27	50.50 ± 3.56	3.01 ± 0.98
常规组	50	25	25	51.10 ± 4.01	2.96 ± 1.01
检验统计量		$\chi^2 = 0.160$		$t = -0.791$	$t = 0.251$
<i>P</i> 值		0.689		0.150	0.310

表 3 2 组急性期粘连性肩关节囊炎患者治疗前后患肩疼痛评分

组别	样本量(例)	患肩疼痛视觉模拟评分($\bar{x} \pm s$, 分)		
		治疗前	治疗结束后	治疗前后差值
芒针组	50	7.61 ± 1.05	1.02 ± 0.98	6.56 ± 1.01
常规组	50	6.90 ± 1.51	2.99 ± 1.56	3.93 ± 1.11
<i>t</i> 值		2.730	-7.561	12.392
<i>P</i> 值		0.051	0.001	0.001

表 4 2 组急性期粘连性肩关节囊炎患者治疗前后患肩功能 Melle 评分

组别	样本量(例)	患肩功能 Melle 评分($\bar{x} \pm s$, 分)		
		治疗前	治疗结束后	治疗前后差值
芒针组	50	9.92 ± 1.84	2.08 ± 1.02	7.80 ± 1.11
常规组	50	9.46 ± 2.08	4.16 ± 1.61	5.32 ± 1.51
<i>t</i> 值		1.170	-7.718	9.358
<i>P</i> 值		0.052	0.001	0.001

故患者主要表现为肩部疼痛、肩关节活动障碍。治疗不当可导致严重的肩关节功能障碍,影响患者生活质量^[16-17]。

针灸治疗肩周炎具有良好的临床疗效^[18-19]。芒针是从古代九针之一的“长针”发展而来,因富有弹性且像麦芒细长,故称“芒针”。芒针针体长、进针深,可直达病所,具有较强的通经络作用,一般用于普通毫针难以到达或须用长针深刺的疾病。芒针刺法采用特定进针和运针手法,针刺时利用钢丝弹性,缓慢进针,可减轻患者疼痛等不适感,施针者也可获得较好的针感,更有利于临床操作。拔罐疗法利用热力将罐吸附于穴位,具有负压刺激和温热刺激两方面的作用,可扩张血管,加速血液循环,起到化瘀、止痛、温经散寒等作用^[20]。刺络拔罐是在三棱针点刺放血的基础上进行拔罐,可增强化瘀、止痛、温经散寒等作用。

本研究结果表明,对于急性粘连性肩关节囊炎患者,采用芒针针刺结合刺络拔罐治疗和常规针刺结合拔罐治疗均可缓解患肩疼痛、改善患肩功能,且前者疗效优于后者。

5 参考文献

- [1] 赵宏,赵婷,刘保延,等. 条口穴不同刺法对肩周炎疗效差异的观察[J]. 中国针灸,2006,26(10):729-731.
- [2] 尹平,苏肇家,徐世芬. 苏肇家针灸治疗肩周炎经验辑要[J]. 中医药导报,2017,23(14):55.
- [3] ZREIK N H, MALIK R A, CHARALAMBOUS C P. Adhesive capsulitis of the shoulder and diabetes: a meta-analysis of prevalence[J]. Muscles Ligaments Tendons J, 2016, 6(1):26-34.
- [4] 周亚锋,殷建权,严伟. 肩三针温针灸治疗肩周炎 87 例分析[J]. 中华全科医学,2017,15(5):868-870.
- [5] 张万海,艾志国,张海军. “肩三针”温灸联合理疗、手法松解治疗慢性期肩周炎临床疗效综合评价[J]. 河北医药,2016,38(13):1979-1982.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,1994:186-187.
- [7] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社,2005:123-124.
- [8] 何继永. 外科疾病诊断标准[M]. 北京:北京科学技术出版社,2001:57.
- [9] 李正祥,王海梁,易文静,等. 松解三法联合功能锻炼治疗黏连期肩周炎的临床研究[J]. 中医正骨,2017, 29(6):35-38.
- [10] 孙华堂,万欢,张录杰,等. 减压放血针加电针治疗急性期肩周炎临床疗效观察[J]. 中国针灸,2016,36(9):933-937.
- [11] 何勇,熊建义,崔家鸣,等. 肩周炎肩关节活动受限的分子生物学研究[J]. 国际骨科学杂志,2016,37(3):187-189.
- [12] 钱洪,赵建宁,包倪荣. 冻结肩的治疗进展[J]. 颈腰痛杂志,2017,38(1):69-72.
- [13] 王新昌,郝连升,陈健. 放散式体外冲击波联合关节腔注射和功能锻炼治疗肩周炎的临床研究[J]. 中医正骨, 2017,29(8):36-38.
- [14] 徐耀,张昶,刘赵丽,等. 冻结肩的中医治疗进展[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(11):1619-1623.
- [15] 方汉军,林新晓,陈思,等. 肩周炎的中医治疗研究进展[J]. 现代中医临床,2017,24(1):41-44.
- [16] 王佩,谢雁鸣,王志飞. 肩周炎中医药治疗的文献计量学研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2016,24(11):41-45.
- [17] 于俊龙,孙玉明. 搜风通络汤对肩周炎关节术后肩关节功能状态的干预[J]. 吉林中医药,2016,36(5):475-477.
- [18] 韩晓瑞,陈春海,刘春,等. 纪青山教授针灸治疗肩周炎急性发作期[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(4): 674-676.
- [19] 罗晓舟,唐纯志,杨雪捷,等. 针灸治疗肩周炎有效性 Meta 分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2017,23(4): 586-591.
- [20] 黄美,安红丽. 刮痧拔罐法治疗颈型颈椎病 30 例临床观察[J]. 江苏中医药,2016,48(11):56-58.

(收稿日期:2018-09-18 本文编辑:杨雅)