

· 短篇论著 ·

循经弹拨法治疗肩周炎的临床疗效观察

李丽 孙敬龙 鹿海峰

肩周炎是一种肩关节周围软组织的退行性病变,主要病理变化是肩关节周围肌肉、肌腱、滑囊和关节囊等软组织发生慢性炎症,并形成关节内外的广泛粘连^[1],疼痛及肩关节活动障碍是肩周炎的主要症状,严重影响患者的生活质量。临床常用的疼痛治疗手段包括服药(非甾体类消炎药)、局部痛点封闭,但长期应用效果并不理想。缓解关节僵硬、恢复关节活动的方式有小针刀和麻醉下手术松解疗法,但并不适合基层医院的肩周炎治疗^[2],无法大力推广;电疗、体外冲击波及关节松动术等物理疗法虽然短期效果明显,但作用不持久,具有易复发的缺点。2011 年 12 月至 2012 年 10 月,我院康复医学科采用循经弹拨法治疗肩周炎患者 30 例,取得了显著的临床疗效。

一、资料与方法

(一)研究对象

纳入标准:①诊断标准参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3];②肩周疼痛,以夜间为甚,常因天气变化及劳累而诱发肩关节活动功能障碍;③肩周有压痛,严重者肩部肌肉萎缩,出现明显“扛肩”现象;④X 线片检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松;⑤签署知情同意书。

排除标准:①颈椎病、肩部骨性病变及内脏疾病所致的肩痛;②有严重的危及生命的心脑血管、肝、肾等疾病及精神疾患。

选取 2011 年 12 月至 2012 年 10 月在我院康复医学科接受治疗且符合上述标准的肩周炎患者 60 例,其中男 29 例,女 31 例;年龄 30~65 岁,平均 47.2 岁;病程 1 个月~3 年;肩关节活动受限者 51 例,出现肌肉萎缩者 32 例。采用随机数字表法将 60 例患者分为治疗组(30 例)和对照组(30 例)。2 组患者的性别、年龄、病程等一般情况经统计学分析,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	30	16	14	48.16 $\pm$ 18.53	65.4 $\pm$ 12.3
对照组	30	13	17	47.67 $\pm$ 19.21	63.5 $\pm$ 14.7

(二)治疗方法

治疗组采用综合循经弹拨法,以经络辨证为主进行循经弹拨,对照组采用推拿手法进行治疗。

经络辨证共分为 5 型:①手太阴经型,以胸前壁外上方、臂内侧前缘处疼痛为主,痛可引及肘窝、前臂屈侧之桡侧处,可致肩关节伸、旋内障碍活动障碍;②手阳明经型,以肩峰、三角肌中点及其肱骨附着点处疼痛为主,痛可引及肘外侧,可放射至大拇指、示指,可致肩关节外展、外旋活动障碍,疼痛以肩前外

侧肩髃处疼痛为主;③手少阳经型,以肩峰后侧及三角肌后缘处疼痛为主,可放射至前臂背侧之桡、尺骨之间,可致肩关节外展、内收活动障碍;④手太阳经型,以肩峰后侧及三角肌后缘处疼痛为主,可放射至前臂背侧之桡、尺骨之间,可致肩关节外展、内收活动障碍;⑤多经混合型,为上述诸型中之 2 型或 2 型以上的类型。具体操作方法如下。

循经弹拨法:患者取健侧卧位,循肩痛的辩证经络自上而下大面积、广泛的轻柔弹拨其经络、穴位和患侧肌肉,具体操作为,①手太阴经型,弹拨手太阴经和其经络处的穴位云门、中府穴等为主,手太阴经所循肌肉胸大肌、肱二头肌等;②手阳明经型,弹拨手阳明经和其经络处的穴位肩髃等为主,手阳明经所循肌肉三角肌中部、肱三头肌、喙肱肌等;③手少阳经型,弹拨手少阳经、其经络处的穴位肩髃穴和手少阳经所循肌肉斜方肌、冈上肌、冈下肌、大小圆肌、肩胛下肌、三角肌后缘、肱三头肌、喙肱肌等;④手太阳经型,弹拨手太阳经型、其经络处的穴位肩贞、臑俞穴手少阳经所循肌肉斜方肌、冈上肌、冈下肌、大小圆肌、肩胛下肌、三角肌后缘、肱三头肌、喙肱肌等;⑤多经混合型,弹拨多经络、其经络处的穴位及经络所循肌肉。

循经弹拨法弹拨频率为每分钟 80 次,以肌肉的紧张明显减轻为度,再要求患者向各方向运动肩关节,找出痛点,对患者该肩痛辩证经络所在肌肉进行反方向牵张(如手太阳经型以肩峰后侧及三角肌后缘处疼痛,该肌肉主要功能后伸,作前屈牵张),配合作深入的、较重的弹拨,弹拨频率每分钟 60 次,每穴 1~2 min,以局部产生明显的温热感为度,然后采用叩击、运展、揉搓等手法进行放松。循经弹拨法每日 1 次,每次 40 min,10 d 为 1 个疗程。

推拿手法:①患者取俯卧位,治疗师站于一侧,沿患者颈背部两侧膀胱经用轻柔的推法和揉法由上而下往返操作 5~8 遍,频率每分钟 100 次,然后用较重刺激的擦法由上而下往返操作 5~6 遍,频率为每分钟 120 次。②治疗师拇指自然伸直,余指指间关节屈曲,腕关节略背伸,以余四指指端同掌根协同用力,循脊柱两侧膀胱经自上而下把颈项、肩背部皮肤以及皮下组织或者连同肌组织一起抓起,指端用力内扣,至患者感觉轻度疼痛时,掌根松动撤力,放开施力部位,反复操作 7~8 遍。③对大抒、肩中俞、肩外俞、脾俞、肝俞、胃俞、膈俞、天宗等穴和冈下痛点进行较重的弹拨,弹拨频率为每分钟 60 次,每穴 1~2 min,以局部产生明显温热感为度。④自上而下直擦颈背部两侧膀胱经 2 min,频率为每分钟 200 次,均以透热为度,最后用虚掌拍击颈背部 1~2 min,频率为每分钟 120 次,沿脊柱两侧骶棘肌从上往下,以皮肤微红为度。推拿治疗每日 1 次,每次 40 min,10 d 为 1 个疗程。

(三)疗效评定

2 组患者均于治疗前和治疗 1 个疗程后(治疗后)分别进行目测类比评分法(visual analogue scale, VAS)^[4]评分和肩关节功能评价量表^[5]评分。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.01.022

基金项目:山东省中医药科学技术研究项目(2011-114)

作者单位:250001 济南,山东中医药大学第二附属医院康复医学科(李丽、鹿海峰);山东中医药大学(孙敬龙)

VAS 评分:采用中华医学会监制的 VAS 卡,卡上印有 10 cm 线段,线段上有可移动游标,线段两边分别表示无痛(0 分)和最剧烈疼痛(10 分),嘱患者根据自身疼痛情况移动游标至相应位置并计分。

肩关节功能评价量表:肩关节功能评价量表包括疼痛(30 分)、关节活动度(25 分)、日常生活活动能力(35 分)、肌力(5 分)和关节局部形体(5 分)共 5 方面,总分为 100 分,分值越高,肩关节功能越好。

(四)统计学分析

采用 SPSS 17.0 版统计学软件进行统计学分析,数据采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗前,2 组患者的 VAS 评分和肩关节功能评分组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组患者的 VAS 评分和肩关节功能评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组患者的 VAS 评分和肩关节功能评分分别为(1.37 ± 1.33)分和(84.07 ± 8.44)分,与对照组的(3.89 ± 1.43)分和(68.13 ± 7.15)分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 2 组治疗前、后 VAS 和肩关节功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分	肩关节功能评分
治疗组			
治疗前	30	7.23 ± 1.30	41.70 ± 12.29
治疗后	30	1.37 ± 1.33^{ab}	84.07 ± 8.44^{ab}
对照组			
治疗前	30	6.97 ± 1.41	43.23 ± 11.13
治疗后	30	3.89 ± 1.43^a	68.13 ± 7.15^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

三、讨论

肩关节是人体活动范围最大的关节,包括三个解剖学关节(盂肱关节、胸锁关节、肩锁关节)和 3 个功能性关节(喙锁关节、肩胛胸廓关节、肩峰下关节),其关节囊松弛,特别是肩峰下滑囊,可与诸关节腔交通,从而十分有利于肩关节的活动。研究发现,肩周炎患者关节囊明显增厚,滑膜充血增厚,患肩关节囊呈慢性纤维化表现,其中有成纤维细胞和肌成纤维细胞增生,并分泌大量 I 型和 III 型胶原沉积于关节囊而致过度增厚^[6]。因此肩周炎是一种特定的肩关节囊疾病^[7],尤其是中老年人的肩部肌肉滑囊易于发生萎缩与变性。当该囊发生萎缩、变性时,可逐渐扩散至整个肩周,致使肩关节的活动受到影响,而出现功能障碍。肩部部分组织的反复性、机械性的创伤,会引起炎性或变性性改变,若这种变化扩展到肩关节的其它组织结构,可导致肩关节发生严重的运动障碍。肩关节自身的废用,亦可导致周围组织的萎缩、变性,最终使肩关节出现功能障碍。

本研究对肩周炎患者进行辨证分型,利用中医的理论结合西医解剖进行辩证治疗,更具针对性。循经弹拨法是先循肩痛的辩证经络自上而下大面积、广泛的轻柔弹拨其经络、穴位和患侧肌肉,待浅层肌肉充分放松后再寻找紧张的深层肌肉,此处往往能找到酸痛点及条索状硬结,再在此处重点进行弹拨。弹拨手法治疗是通过力学作用使粘连的关节囊、肌腱及韧带等

得以松解,由此缓解疼痛、提高痛阈,防止患者因为活动减少而引发关节退行性病变,同时还可促进肩部血液、淋巴液循环及局部营养代谢,进一步达到松解粘连、解除痉挛、增强肌力及防止肌肉萎缩的功效。

循经弹拨法是传统与现代理念、方法的结合,不仅可以缓解深层紧张的肌肉和神经血管的受压、促进局部血液循环、改善局部组织代谢,还能迅速有效地解痉止痛。治疗时,让患者取健侧卧位,是遵循神经生理反射中的紧张性迷路反射原理(患者在仰卧位时,全身伸肌张力高;俯卧位时,全身屈肌张力高),患者健侧卧位时肌肉最为放松,在彻底放松、无痛的情况下治疗,患者更容易接受,也可提高疗效。

肩周炎临床上好发于中老年人,本病属中医学“漏肩风”、“肩凝症”等范畴,其病因多为老年气血不足,肝肾亏虚等,复感风寒湿邪,阻滞经络,气血闭阻,“不通则痛”,痛则导致患肩出现活动不利,而活动少又进一步加剧了气血闭阻。因此“通”和“动”是本病的治疗关键^[10]。运用循经弹拨法治疗肩周炎,可以疏通病变经络,行气活血,通络止痛,使其经络所处紧张肌肉松弛,达到“以松为通,通则不痛”的目的。弹拨之后在肩痛的辩证经络所在肌肉行功能反方向牵张,可扩大关节活动度,进一步疏通肩部气血,达到“以动为用”的目的。循经弹拨法具有“通”和“动”的双重功效,因此临床上治疗肩周炎疗效显著。本研究中,治疗后,2 组患者的 VAS 评分和肩关节功能评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);且治疗组患者的 VAS 评分和肩关节功能评分与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,循经弹拨法治疗可显著改善肩周炎患者的疼痛程度和肩关节功能,是一种安全、简便、疗效可靠、见效快、病程短,并易于在基层医疗单位、特别是社区门诊推广应用的诊疗技术。

参 考 文 献

- [1] 郭铁成,黄晓琳,尤春景. 康复医学临床指南[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2013:541.
- [2] 胡波,马惠芳,郭长青. 针灸治疗肩周炎的近况[J]. 针刺研究,2004,29:236-239.
- [3] 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,1994:187.
- [4] 李丽,王传英,李庆波,等. 悬吊运动技术联合蜡疗治疗慢性下背痛的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2010,32(10):775-776.
- [5] 陈银海,赖蕴珠. 关节松动手术治疗肩周炎的综合评定[J]. 中国康复,2000,15(1):12-14.
- [6] Bunker TD, Reilly J, Baird KS, et al. Expression of growth factors, cytokines and matrix metalloproteinases in frozen shoulder[J]. J Bone Joint Surg Br,2000,82(5):768-773.
- [7] 陈疾忤,陈世益. 肩周炎研究进展[J]. 国外医学骨科学分册,2005,26(2):94-95.
- [8] 罗才贵,周志斌,温元强,等. 循膀胱经弹拨法治疗慢性疲劳综合征 30 例[J]. 按摩与导引,2006,22(3):4-6.
- [9] 陈尚杰,李红. 三段针刺法与常规针刺法治疗肩周炎的对照研究[J]. 中国针灸,2006,26(6):421-423.
- [10] 金宏柱. 推拿学基础[M]. 上海:上海中医药大学出版社,2000:9.

(修回日期:2013-12-09)

(本文编辑:阮仕衡)