

温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术治疗 风寒湿阻型肩关节周围炎疗效观察

苏 毅,朱俊琛,李佩芳,郑根贤,马幸福,聂 勇,熊应宗,郑智文,李迎春,王 超

(安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

[摘要]目的 观察温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术治疗风寒湿阻型肩关节周围炎的疗效。**方法** 选取风寒湿阻型肩关节周围炎患者90例,采用随机数字表法将其分为温针灸组、臂丛麻醉下肩关节松解术组(关节松解组)、温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术组(联合组),每组30例。采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评价肩关节疼痛程度,采用Constant-Murley肩关节功能量表评价肩关节功能。**结果** 与治疗前比较,3组患者治疗后VAS评分均显著降低($P<0.05$),Constant-Murley评分均显著升高($P<0.05$),联合组VAS评分降低值和Constant-Murley评分升高值均显著大于温针灸组和关节松解组($P<0.05$)。**结论** 温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术治疗风寒湿阻型肩关节周围炎的疗效优于单一治疗方式。

[关键词]肩关节周围炎;风寒湿阻型;肩关节松解术;臂丛麻醉;温针灸

[中图分类号]R684.3;R246.9 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.06.019

肩关节周围炎(以下简称肩周炎)又称为“冻结肩”,是由肩关节周围肌肉、韧带、肌腱、滑囊及关节囊等软组织损伤和退变引起的急性或慢性无菌性炎症,以肩关节疼痛和活动功能障碍为主要临床特点^[1]。其主要病机为肩部感受风寒湿邪,阻滞气血运行,使肩部脉络气血不利,不通则痛。中医药对肩周炎具有较好的疗效^[2],但仍需探索疗效好、疗程短、痛苦少、花费小的疗法。

本研究以中医经络理论为指导,以温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术治疗风寒湿阻型肩周炎,以疼痛视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)及Constant-Murley肩关节功能量表判定临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 肩周炎诊断标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定肩周炎的诊断标准:①慢性劳损,外伤筋骨,气血不足,复感风寒湿邪所致;②年龄为50岁左右;③肩周疼痛,夜间为甚,常因天气变化及劳累诱发,肩关节活动功能障碍;④X线片检查多为阴性。

1.1.2 风寒湿阻证辨证标准 肩关节冷痛,活动受限,患处沉重,遇寒痛增,得温痛减,舌质淡红,苔薄

白,脉沉紧。

1.2 纳入标准 ①年龄40~75岁;②符合肩周炎的诊断标准;③近2周末服用镇痛药物;④理解并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①年龄40岁以下或75岁以上患者;②由颈椎病、冠心病、糖尿病、胆囊炎及结核、肿瘤等所引起者;③患者合并其他系统的严重疾病,如心血管病变或精神病者;④处于妊娠及哺乳期者;⑤不配合治疗方案者。

1.4 病例脱落与剔除标准 ①受试者依从性差,未按医嘱进行治疗者;②出现严重合并疾病或不良反应,经处理未见好转者;③自行退出研究者;④最终资料不全,无法判断疗效者。

1.5 一般资料 90例风寒湿阻型肩周炎患者均来自2017年1月至2018年4月安徽中医药大学第二附属医院骨伤科门诊及住院患者。按随机数字表法分为3组,每组30例。温针灸组:男16例,女14例;平均年龄(53.87±8.41)岁;平均病程(67.83±32.68)d。臂丛麻醉下肩关节松解术组(关节松解组):男13例,女17例;平均年龄(54.77±8.09)岁;平均病程(63.50±27.77)d。温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术组(联合组):男15例,女15例;平均年龄(51.30±4.94)岁;平均病程(73.97±27.06)d。3组患者年龄、性别、病程比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.623, P=0.733$;年龄: $F=1.182, P=0.169$;病程: $\chi^2=2.176, P=0.337$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 温针灸组 ①取穴:根据《针灸学》^[4]选取肩

基金项目:安徽中医药大学科学研究基金项目(2017fyyb025);
安徽省“十三五”医疗卫生重点专科项目(卫科教秘〔2017〕529号)

作者简介:苏毅(1985-),男,硕士,主治医师,讲师

通信作者:朱俊琛,2006zhujc@163.com

腧、肩髃、肩贞、肩前及肩痛穴^[5]。②方法:患者取坐位,穴位常规无菌操作后,快速进针,捻转得气后,将艾条(制成长约 2 cm 为宜)套在针柄上,近穴端点燃,以患者局部有温热感为度,待其燃尽自灭后,除去灰炷后将针取出。③疗程:每日 1 次,留针 30 min,连续治疗 2 周后评估疗效,治疗结束后 3 个月时随访。

2.1.2 关节松解术组 ①方法:常规术前准备,患者仰卧于手术床上,先进行锁骨上肌间沟臂丛神经阻滞麻醉,肌肉完全松弛后进行手法松解。操作者一手固定患肩,一手握住患侧腕部,反复环形转动肩关节,幅度由小到大,以进一步放松肩部肌肉,然后术者一手握住患肢前臂,一手握住肩部,将患肢外展 90°,再将患肢向头部方向上举,并徐徐向床面方向按压,直至将上肢贴于床面,臂上举达 180°,然后扶患者挺腰坐稳,将患肢徐徐内旋,使手指触及对侧肩胛骨,手在头后能摸到对侧耳朵;患肢内收使肘关节达胸骨中线,肘关节贴至胸部,掌心到达对侧肩部;患肢屈肘,术者将患肢手掌背面紧贴患者背部,使其肩关节内收屈肘,顺势徐缓用力牵引,使其手指尽量触及对侧肩胛骨下角,当手下有失去阻力感觉,提示粘连已被有效松解。松解后指导患者做上肢功能锻炼。②疗程:入组后 48 h 内,予以臂丛麻醉下肩关节松解术 1 次,术后行功能锻炼,2 周后评估疗效,治疗结束后 3 个月时随访。

2.1.3 联合组 ①方法:入组后 48 h 内予以臂丛麻醉下肩关节松解术(与关节松解组相同)治疗 1

次,术后予以温针灸(与温针灸组相同)治疗。②疗程:治疗 2 周后评价临床疗效,治疗结束后 3 个月时随访。

2.2 观察指标及方法 ①采用 VAS 量表^[6]评价疼痛程度,0 分为无痛,10 分为最剧烈的疼痛,分数越高则疼痛越剧烈。②肩关节功能采用 Constant-Murley 肩关节功能量表^[7-8]进行评价,包括疼痛(15 分)、日常生活活动(20 分)、主动活动范围(40 分)及肌力(25 分)4 个部分,总分越低,则肩关节功能活动越差。

2.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件建立数据库。连续性变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”表示。3 组治疗前均数比较采用单因素方差分析;同组治疗前后数据比较,采用 Wilcoxon 检验(数据不全呈正态分布)或配对 t 检验(数据全呈正态分布);3 组治疗前后差值比较,采用非参数检验(Kruskal-Wallis H 检验)。采用双侧检验,显著性水准为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 3 组患者治疗前后 VAS 和 Constant Murley 评分比较 3 组患者治疗前 VAS 和 Constant-Murley 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,3 组患者治疗后 VAS 评分均显著降低($P<0.05$),Constant-Murley 评分均显著升高($P<0.05$),联合组患者 VAS 评分降低值和 Constant-Murley 评分升高值均显著大于温针灸组和关节松解组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患者治疗前后 VAS 和 Constant-Murley 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	<i>n</i>	VAS 评分			Constant-Murley 评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
温针灸	30	7.80±1.37	3.43±1.87*	4.36±1.65#	54.57±8.84	71.83±11.76*	17.26±5.15#
关节松解	30	7.97±1.58	2.87±1.69*	5.10±1.84#	57.40±9.93	74.40± 9.80*	19.00±6.03#
联 合	30	8.10±1.32	1.80±1.32*	6.33±1.45	53.20±7.36	81.87± 9.68*	28.67±9.74

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与联合组比较,# $P<0.05$

3.2 不良反应观察 所有入组患者均完成整个疗程治疗,无脱落病例。有 1 例患者在针刺过程中出现晕针反应,经相应处理后,恢复正常,继续完成治疗。1 例患者行臂丛麻醉下松解后出现胸闷不适,血压升高,最高达 162/100 mmHg,予以对症处理后,恢复正常,继续完成治疗。

4 讨论

《灵枢·九针十二原》:“气至而有效,效之信,若风吹云,明乎若见苍天”,得气是针刺的基础。施针之处,得气为先。《医学入门》:“寒者灸之,使其气复温也。”灸法以艾为源,针法以手运针,重视对“点”的治疗作用,达到祛除体内的风寒湿邪之功。“气至病

所”,通过肩髃、肩髃、肩贞、肩前的局部取穴及肩痛穴经验取穴,将艾灸与针刺相结合,艾灸具有温经散寒、消瘀散结之作用,针刺具有疏通经络、调和阴阳和扶正祛邪的作用。以整体观念为指导,不仅重视对患者肩周局部的治疗,更加注重对人体的整体调节。病患所在之处,即是疼痛之所,既可以在痛点局部,也可以在远端反应点进行针灸治疗^[9]。在病变相应的穴位上采用温针灸可使艾灸能量传递至穴位组织^[10],使得“感传作用”明显,使“淫邪”得以祛除,营卫得以调畅。“行气血、散寒湿”,标本兼顾,达到治疗效果^[11]。在非麻醉状态下,手法治疗可使患者感到剧烈疼痛,而在麻醉状态下患者肌肉松弛,不自

主抵抗下降,彻底达到松解效果^[12]。在麻醉方式的选择方面,要考虑安全性及可操作性^[13],故选择臂丛麻醉下肩关节松解术治疗肩周炎^[14-15]。在麻醉下患者肌肉组织松弛,直接将患侧肩周粘连的肌肉和韧带组织松解,阻断疼痛反射,使受压的血管神经得到缓解,恢复肩关节活动功能。温针灸治疗关节痹痛由来已久,配合松解能起到协同的效果。根据传统理论“不通则痛”,最直接的方式就是增强循经感传,最大限度增加刺激强度,以温通经脉,改善肩关节周围血液循环,松解粘连,加速关节功能的恢复,达到“通则不痛”的目的。将二者有机结合起来,通过VAS及Constant-Murley肩关节功能评分,发现温针灸联合臂丛麻醉下肩关节松解术在减轻疼痛及恢复肩关节功能方面优于单一的治疗方式。

参考文献:

[1] 詹红生,刘献乡. 中西医结合骨伤科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:310-314.

[2] 苏毅,葛丹丹. 中医药治疗肩关节周围炎研究进展[J]. 中医药临床杂志,2017,29(3):414-417.

[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,1994:186-187.

[4] 梁繁荣. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2015.

[5] 王文远,张利芳. 针刺肩痛穴治疗外伤性肩周炎 3850 例

[J]. 中医外治杂志,2008,17(3):48-49.

[6] 陈爱萍,黄娴默,黄亮,等. 臂丛麻醉下关节松动手术结合理疗治疗肩周炎[J]. 昆明医科大学学报,2013(8):78-80.

[7] 叶再青,周绍霞,付军霞,等. 中药内服外敷治疗肩周炎 60 例临床观察[J]. 中医药导报,2015,21(19):68-69.

[8] 周友龙,王权亮,赵树华,等. 臭氧水穴位注射治疗肩关节周围炎临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(1):8-10.

[9] 王庆章. 肩痛穴平衡针法治疗急性期肩周炎 50 例[J]. 四川中医,2014,32(12):114-116.

[10] 邓海平,沈雪勇. 艾灸与经络穴位红外辐射特性[J]. 中国针灸,2004,24(2):105-107.

[11] 裘胜. 温针灸联合自主功能锻炼治疗寒凝血瘀肩周炎 30 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2016,30(8):1-3.

[12] 李建平,钟小梅,张丽,等. 肌间沟臂丛麻醉与静脉全身麻醉在肩周炎手法松解术中应用效果比较[J]. 中国当代医药,2015,22(9):51-53.

[13] 祝永进. 不同麻醉下粘连性肩周炎手法松解术的安全性探讨[J]. 河北医学,2014,20(1):90-92.

[14] 徐澄,吕露,王文娟,等. 臂丛麻醉下肩关节手法松解配合个性化治疗肩周炎的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2014,16(1):98-100.

[15] 朱静. 臂丛麻醉下针刀治疗粘连期肩周炎疗效观察[J]. 中医临床研究,2015,7(22):43-46.

(收稿日期:2018-03-19;编辑:姚实林)

Clinical Effect of Warming Acupuncture-Moxibustion Combined with Shoulder Arthrolysis Under Brachial Plexus Anesthesia in Treatment of Scapulohumeral Periarthritis with Wind-Cold-Damp Retention

SU Yi, ZHU Jun-chen, LI Pei-fang, ZHENG Gen-xian, MA Xing-fu, NIE Yong, XIONG Yin-zong, ZHENG Zhi-wen, LI Ying-chun, WANG Chao

(The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230061, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of warming acupuncture-moxibustion combined with shoulder arthrolysis under brachial plexus anesthesia in the treatment of scapulohumeral periarthritis with wind-cold-damp retention. **Methods** A total of 90 patients with scapulohumeral periarthritis with wind-cold-damp retention were enrolled and divided into warming acupuncture-moxibustion group, shoulder arthrolysis group (treated with shoulder arthrolysis under brachial plexus anesthesia), and combination group (treated with warming acupuncture-moxibustion combined with shoulder arthrolysis under brachial plexus anesthesia) using a random number table, with 30 patients in each group. The Visual Analogue Scale (VAS) was used to evaluate the degree of shoulder pain, and the Constant-Murley shoulder function scale was used to assess shoulder function. **Results** After treatment, all three groups had a significant reduction in VAS score ($P<0.05$) and a significant increase in Constant-Murley score ($P<0.05$), and the combination group had significantly greater reduction in VAS score and increase in Constant-Murley score than the warming acupuncture-moxibustion group and the shoulder arthrolysis group ($P<0.05$). **Conclusion** Warming acupuncture-moxibustion combined with shoulder arthrolysis under brachial plexus anesthesia has a better clinical effect than warming acupuncture-moxibustion or shoulder arthrolysis alone in the treatment of scapulohumeral periarthritis with wind-cold-damp retention.

[Key words] Scapulohumeral periarthritis; Wind-cold-damp retention; Arthrolysis; Brachial plexus anesthesia; Warming acupuncture-moxibustion