

指推法治疗急性期肩周炎的临床分析

叶斌¹ 钟岑²

(1 复旦大学附属华山医院永和分院,上海,200436; 2 上海市第一人民医院,上海,200080)

摘要 目的:肩关节周围炎是临床上一种常见疾病。指推法遵循“以痛为腧、不痛用力”的原则,能够减轻患者在治疗过程中的疼痛感。本研究通过与中药热敷配合红外线照射的疗法对照,观察指推法治疗急性期肩周炎的临床疗效。方法:将70例急性期肩周炎患者随机分为指推法治疗组及热敷对照组,治疗前后分别进行视觉疼痛评分及肩关节功能评分,对比两者间差异。结果:两组患者治疗后均取得一定的疗效,指推法对于急性期肩周炎疼痛的缓解及症状的改善都明显优于热敷对照组。结论:早期干预肩周炎患者可取得良好的治疗效果,指推法治疗急性期肩周炎患者疼痛感轻,疗效更为显著。

关键词 指推法;肩关节周围炎;急性期

Clinical Analysis on Finger-pushing Manipulation in Treating Acute Shoulder Periarthritis

Ye Bin¹, Zhong Cen²

(1 Yonghe Branch of Huashan Hospital affiliated to Fudan University, Shanghai 200436, China;

2 Shanghai First People's Hospital, Shanghai 200080, China)

Abstract Objective: Shoulder periarthritis is one commonly seen disease in clinical practice. Finger-pushing manipulation follows the principle that “locating existing acupoints, manipulating painlessly” to makes patients feel easier during the treatment process. This trial is to observe the clinical efficacy of finger-pushing manipulation to treat patients with should periarthritis in acute phase compared with hot compress of traditional herbal medicine plus irradiation of infrared rays. **Methods:** Seventy patients with acute shoulder periarthritis were randomly divided into finger-pushing group and hot compress group. Conditions of patients were evaluated by visual analogy score (VAS) scale and HSS shoulder scale both before and after the treatment, and the efficacy results of the two groups were compared. **Results:** Each group had a significant efficacy respectively, while the finger-pushing group received an even better result in pain reducing and clinical symptoms relieving than the hot compress group. **Conclusion:** The intervention in early stage of shoulder periarthritis is effective. Finger-pushing manipulation has a remarkable clinical efficacy in treating acute phase of shoulder periarthritis and causes less painfulness.

Key Words Finger-pushing manipulation; Shoulder Periarthritis; Acute Phase

中图分类号:R247.9;R274.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.05.030

肩关节周围炎多发于50岁以上中老年人^[1],女性患者多见,其急性期主要表现为肩关节疼痛。传统的保守疗法包括推拿、针灸、热敷以及制动等,对于急性期肩周炎的治疗,如果治疗不当,往往因为局部炎症反应引起剧烈的疼痛感,或者使局部粘连加重,导致部分患者错过了最佳治疗时间,延长了病程。《灵枢》有云“以痛为腧”,是治疗以疼痛为主要表现的经筋病的原则,在长期的临床实践中,推拿从业者总结出“以痛为腧、不痛用力”的治疗方法,依循这一原则,运用指推法治疗急性期肩周炎可大幅减轻患者治疗过程中的疼痛感,提高患者的依从性。我们将70例急性期肩周炎患者随机分组,采用指推法治疗作为治疗组,用中药热敷配合红外线照射作为对照组进行比较,现将观察结果报道如下。

1 临床资料

全部病例来自闸北区中医医院和华山医院永和分院门诊,总共70例,其中男性31例,女性39例,病程

最长3周,最短2d,年龄最大65岁,最小41岁,均无外伤史,排除肿瘤、结核、骨折等疾病,全部病例符合肩周炎急性期的诊断标准。随机分为治疗组、对照组各35例。

2 病例选择

2.1 诊断标准 参照上海市卫生局编写,2003年12月第二版《上海市中医病症诊疗常规》关于肩周炎的现代医学分型(急性期)拟定:1)肩部疼痛明显;2)夜间疼痛剧烈;3)主动活动受限。

2.2 中医分型 参照上海市卫生局编写,2003年12月第二版《上海市中医病症诊疗常规》关于肩周炎的中医分型拟定:1)风寒湿痹:肩部窜痛,遇风寒痛增,得温痛缓,畏风恶寒,或肩部有沉重感。舌淡,舌苔薄白或腻,脉弦滑或弦紧;2)气血瘀滞:肩部肿胀,以夜间为甚,按之疼痛加重。舌暗或有瘀斑,舌苔白或薄黄,脉弦或细涩;3)气血亏虚:肩部酸痛,劳累后疼痛加重,伴头晕目眩,气短懒言,心悸失眠,四肢乏力。舌淡,舌苔

少或白,脉细弱或沉。

2.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准者;2)年龄在40~70岁之间,性别不限;3)无下述排除标准之任意一项;4)受试者知情同意。

2.4 排除标准 1)有明显颈椎病、肩部骨性病变者;2)由胆囊炎、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等内科疾病引起的肩部疼痛者;3)同时伴有心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、血液病等严重危及生命的原发性疾病和精神病患者;4)妊娠期妇女,中风后遗症患者;5)同时接受其他治疗,可能会干扰疗效观察者。

2.5 剔除标准 有下列情况之一者,终止和撤出临床研究:1)不能坚持治疗者;2)未按治疗方案执行者;3)治疗中出现严重不良事件/不良反应的受试者;4)要求退出本实验者。

3 研究方法

3.1 随机分组 根据随机数字表进行随机分组。制作随机分配卡片,密封于信封中,信封上编号(与内含之卡片序号相同),由专人保管,当合格受试者进入研究时,按其进入之顺序拆开序号相同的信封,根据卡片方案进行干预。从门诊纳入合格受试者70人,按照上述方法随机分为治疗组和对照组,每组35人。

3.2 治疗方法

3.2.1 治疗组 操作:1)患者取立位,医者站于其患侧面;2)嘱患者作上举、后弯、外展或外旋等动作,使产生明显痛点后,即维持此体位;3)医者以拇指按住其“痛点”,于此体位将其患肢作适当转动。如上举作痛者,即于上举作痛之体位,将患肢作内旋或外旋;外旋作痛者,于痛时体位作内旋;后弯作痛者,即于作痛之体位将患肢旋转,使“痛点”转化为“不痛点”后,以渗透、均匀的指力,在已转化为不痛的原痛点上,作平推或扣拨;4)嘱患者回复原状,重复上述动作,找出移动之“新痛点”按上法予以治疗。风寒湿痹者加推曲池、合谷各1 min;气血瘀滞者加推丰隆、承山各1 min;气血亏虚者加推手三里、足三里各1 min。疗程:3次/周,20 min/次,连续治疗2周。

3.2.2 对照组 操作:1)中药热敷,自拟推拿热敷方:苏木50 g,香樟木50 g,红花10 g,木瓜10 g,桂枝10 g,伸筋草15 g,千年健15 g,紫草15 g,路路通15 g,地枫皮15 g,乳香10 g,没药10 g,川乌15 g,草乌15 g;煎汤外敷。2)红外线(神灯)局部照射。疗程:中药热敷和红外线(神灯)局部照射1次/d,各20 min/次,或者以患者能够忍受为度,连续治疗2周。

3.3 统计方法 所有数据均用SAS6.12统计软件分析处理,统计结果用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。计数

资料应用 χ^2 检验,计量资料符合正态分布应用 t 检验,不符合正态分布应用Wilcoxon秩和检验。 $P < 0.05$ 表示具有显著差异, $P < 0.01$ 表示具有极显著差异。

3.4 观察指标

3.4.1 视觉类比疼痛量表视觉疼痛评分指数。

3.4.2 肩关节功能评分系统。

4 结果与统计

4.1 对照组与治疗组治疗前积分比较 2组间治疗前视觉疼痛评分与肩关节功能评分相比较,经 t 检验分析, $t = 13.632$, P 值均大于0.05,说明2组患者在治疗前基础情况差异无统计学意义,见表1。

表1 治疗前对照组与治疗组比较

组别	视觉疼痛评分	肩关节功能评分
对照组	7.97 ± 1.34	42.77 ± 9.47
治疗组	8.09 ± 1.20	41.43 ± 9.13
P	>0.05	>0.05

4.2 对照组与治疗组治疗后积分比较 2组治疗后视觉疼痛评分与肩关节功能评分相比较,经 t 检验分析, $t = 0.973$, P 值均小于0.01,说明2组间疗效差异有统计学意义,指推法治疗组优于热敷对照组。

表2 治疗后对照组与治疗组比较

组别	视觉疼痛评分	肩关节功能评分
对照组	5.20 ± 1.81	64.43 ± 10.74
治疗组	3.26 ± 1.99	85.23 ± 9.61
P	<0.01	<0.01

4.3 治疗前后组内比较 2组治疗前后症状体征积分相比较,经 t 检验分析, $t = 1.659$, P 值均小于0.01,差异有统计学意义,说明各组患者经治疗后,症状均有明显改善。

表3 治疗前后组内比较

组别	视觉疼痛评分	肩关节功能评分	P
对照组	治疗前	7.97 ± 1.34	42.77 ± 9.47
	治疗后	5.20 ± 1.81	64.43 ± 10.74
治疗组	治疗前	8.09 ± 1.20	41.43 ± 9.13
	治疗后	3.26 ± 1.99	85.23 ± 9.61
			<0.01

5 讨论

肩周炎的全称为肩关节周围炎,临床上常表现为患者一次急剧的肩部创伤后发病,或因风寒湿的侵袭,肩部韧带、肌腱、腱鞘、滑液囊或关节囊等软组织充血、肿胀,局部渗液、组织痉挛、缺血、变性或瘢痕^[2]。肩周炎按照现代医学分为急性期、粘连和缓解期^[3],急性期以疼痛为主要表现^[4],其他二期以功能障碍为主要表现。

中医学对此病的认识属于“痹”证的范畴^[5],由于

年老体弱,阳气不足,卫表不固,外邪乘虚而入,阻滞血脉经络,气血运行不畅,不通则痛,以致筋骨、肌肉、关节等部位发生疼痛、酸麻、重着、屈伸不利等症状。现代医学对此病的认识,认为本病的发生主要由于肩关节内的关节囊及周围的肌肉、肌腱和滑膜等软组织发生退行性病理改变以及慢性无菌性炎性反应引起疼痛,逐渐引起肩关节周围软组织广泛粘连。

肩周炎的推拿治疗是临床上广泛采用的方法,古代及现代医家都证实了推拿治疗肩周炎有可靠的疗效。目前临床上对于肩周炎的治疗,主要以保守疗法为主,包括制动配合止痛类药物口服^[6]、注射封闭疗法^[7]、电针配合穴位注射^[8]、针刀治疗^[9-10]及物理治疗^[11-12]等等,但仍是以推拿疗法为首选^[13],患者也易于接受。而由于急性期的疼痛往往会影响患者早期功能锻炼等辅助治疗,甚至导致放弃治疗,故推拿治疗也大多只是在慢性粘连期进行^[14]。许多患者因此失去最佳防治机会,延长病程,造成更大的痛苦,给家庭及社会增加更多负担。一些临床报道中也见有采用轻柔的手法治疗急性期肩周炎^[15-16],虽然取得了一定的效果,但是也会由于患者个体对疼痛的忍受差异而影响疗效。《灵枢·经筋篇》有云“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为腧”^[17],是指运用针灸治疗十二经筋的病候时的一项原则;后杨上善进一步阐述道:“腧,谓孔穴也,言筋但从筋所痛之处,即为孔穴,不必要须依诸腧也。以筋为阴阳气之所资,中无有空,不得通于阴阳之气上下往来,然邪之入腠袭筋为病,不能移腧,遂以病居痛处为腧”;至现代临床则将“腧”引申理解为天应穴、阿是穴乃至压痛点^[18]。1974年上海中医学院主编的《推拿学》附篇中,在“以痛为腧”的理论基础上,提出“不痛用力”这一以减轻患者疼痛为目的的推拿方法^[19]。医者在患处找到压痛点并按住,转动患部肢体,找到并保持指面下的痛点由痛变为不痛的新体位,以均匀的指力,作指拔推拿,使患者在减轻疼痛的前提下积极配合,充分发挥推拿的作用,缩短病程。本项研究即是遵循“以痛为腧,不通用力”的原则,运用指推法治疗急性期肩关节周围炎的患者。与传统的松解、被动活动等手法相比,指推法在治疗过程中能很大程度的减少患者的疼痛感,并结合辨证,根据不同证型再选取相应的穴位予以治疗。从数据结果来看,在早期对于肩关节周围炎患者进行干预,指推法与一般中药外敷结合红外线照射的疗法均取得了不错的疗效;两者相比较而言,指推法对于疼痛的缓解及症状的改善都明显优于对照组。

由此可见,在急性期即介入肩周炎患者的治疗是

切实有效的,这也符合中医学“上工治未病”的理念以及“未病先防,已病防变”的原则。临床上有一部分患者因为惧怕疼痛而逃避肩关节周围炎的治疗,故而容易发展至慢性粘连期,此时再运用传统的推拿手法治疗,可能给患者造成更大的痛苦,且治疗周期也须相应增长。从实验结果来看,早期的合理的手法干预,可以缓解疼痛感,使患者增加主动训练,从而避免发展至慢性粘连期。推测其机理可能是通过促进局部血液循环以延缓或是改善病变组织的充血、肿胀、粘连、炎性反应等一系列病理状态,具体机制方面可以再做进一步的研究与探讨。另外,基于本项实验的研究基础,在今后治疗以疼痛为主的急慢性软组织疾病中,可以举一反三,为更多的患者寻求更为简、便、廉、效的治疗方法。

参考文献

- [1] 李兵. 针灸推拿疗法辅助治疗肩周炎 60 例效果观察[J]. 山东医药, 2013, 53(11): 93.
- [2] Hand GC, Athanasou NA, Matthews T, et al. The pathology of frozen shoulder[J]. Bone Joint Surgery, 2007, 89(7): 928-932.
- [3] 张育红. 针刺配合旋转手法治疗肩周炎的临床观察[J]. 中西医结合研究, 2011, 3(6): 304.
- [4] 吕俊勇, 王宝利. 旋转干扰电配合针刺治疗急性期肩关节周围炎 56 例[J]. 河北中医, 2011, 33(6): 886-887.
- [5] 卢福成, 苗巍, 付立新, 等. 肩关节腔内药物注射分期治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2012, 7(10): 188.
- [6] 刘敬东, 李艳. 中西医结合治疗肩周炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(7): 750-751.
- [7] 张必来. 局部封闭结合按摩治疗肩周炎 65 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(10): 1796.
- [8] 何泽多. 分期治疗肩周炎疗效观察[J]. 中医研究, 2009, 7(22): 61.
- [9] 郑玉文, 周明浩, 彭育新. 针刀为主配合独活寄生汤加减治疗顽固性肩周炎 68 例[J]. 中国中医药科技, 2013, 20(3): 320-321.
- [10] 崔月丽, 王晓青, 张静, 等. 运动疗法为主综合康复治疗粘连型肩周炎的临床研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(4): 322-324.
- [11] 张娜, 王来英, 张翠英, 等. 复方七叶皂苷钠凝胶联合栽埋神灯照射治疗肩周炎 60 例疗效观察[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(8): 123-124.
- [12] 吴越平. 温热电脑中频治疗仪配合肩三针和条口穴治疗肩周炎 35 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(8): 53.
- [13] 郭红阳, 闫博, 齐伟. 推拿治疗肩周炎 70 例疗效分析[J]. 吉林中医药, 2013, 33(6): 632.
- [14] 黄有翰, 朱坚, 庄载世, 等. 中西医结合治疗粘连期肩周炎[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(8): 667-668.
- [15] 李瑛. 肩周炎按病理分期手法治疗的体会[J]. 时珍国医国药, 2009, 2(20): 485.
- [16] 白少聪. 推拿为主治疗肩关节周围炎[J]. 按摩与导引, 2007, 1(23): 14.
- [17] 黄锦军. 软组织损伤性压痛点的产生及推拿治疗压痛点的机理分析[J]. 广西中医药, 2004, 10(27): 27.
- [18] 王茵萍. 经筋病“以痛为腧”刍议[J]. 中国针灸, 2000, 20(6): 375-377.
- [19] 王之虹. 推拿手法学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 210.