

引用:何娜,曹东波.基于五体痹理论探析肩周炎中医外治法诊疗思路[J].湖南中医杂志,2023,39(4):108-111.

基于五体痹理论 探析肩周炎中医外治法诊疗思路

何娜,曹东波

(湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 以肩周炎的局部病理变化为特点,根据临床症状从中医病位对其进行辨证分型,并以五体痹理论将其分为皮痹、脉痹、肌痹、筋痹、骨痹5种类型,结合现代医学病理生理变化,提出“皮痹宣散祛邪以通经”“脉痹活血通血络以止痛”“肌痹通行揉肌以解肌”“筋痹松解经筋以缓筋”和“骨痹温通气血以止痹”的中医外治理念,将肩周炎的发病、诊断及治疗的中医认识与西医挂钩,以期为临床外治法提供新思路,发挥中西医结合治疗肩周炎的优势。

[关键词] 肩周炎;五体痹;中医外治法;辨证论治

[中图分类号]R274.943 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.04.028

肩关节周围炎(简称肩周炎),归属于中医学“肩痹”“肩凝症”“冻结肩”范畴,好发于40~70岁中老年人,尤其是50岁左右甚为高发,故有“五十肩”之说。在肩部疾病中,肩周炎发病率为42%,而在骨科疾病中,其发病率达8%,是仅次于颈、腰腿部疼痛的第二位就诊原因,严重影响患者生活与工作^[1]。目前肩周炎治疗方法分药物疗法如口服非甾体抗炎止痛药、中药汤方等,手术治疗如关节镜下松解术、神经阻断术、关节囊扩展术、开放手术等,以及非手术中医外治疗法,其中中医外治法如针灸、推拿、康复训练、中药封包等发挥着积极作用^[2]。目前西医对该病发生发展的病理演变过程与中医对该病的病位病性辨证施治的相关性研究甚少,故本文从“五体痹”理论进行探究,根据肩周炎的不同病理阶段而采用不同的中医外治方法,最终达到“扶正祛邪,调和阴阳”的目的。

1 现代医学对肩周炎病理生理的认识

肩周炎的患病率为5%~9%^[3],多数是由于滑囊炎与关节囊纤维化共同作用而引起的肩部不适^[4-5],其主要临床表现为肩部疼痛、关节活动受限、局部水肿、夜痛甚等症状^[6-7]。其肩周炎的病理过程分为3个阶段:急性炎症期、粘连冻结期、

缓解恢复期^[8]。而微观上其实质是关节囊及周围软组织发生的无菌性炎症渗出、广泛纤维化改变及结构功能重塑的过程。第一阶段:无菌性炎症渗出期。该阶段是对机体的慢性损伤局部组织所呈现的反应,通常持续2~9个月,肩关节周围软组织反复刺激,滑膜增生伴血管增多,局部充血水肿,并产生致炎因子等,使异物组织细胞变性、坏死,同时机体自我修复能力、抗病能力增强,从而使机体内外达到新的平衡。其中巨噬细胞和中性粒细胞消化坏死残骸,血清一氧化氮(NO)及5-羟色胺(5-HT)、前列腺素E₂(PGE₂)致痛因子激活,增强感受器兴奋性,提高痛觉敏感度,参与炎症的诱发过程,加重患者病情。肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、肿瘤坏死因子诱导蛋白6(TSG-6)被激活并刺激增生,介导促炎细胞因子级联反应并加强损伤组织的修复^[9],故早期组织重度疼痛和部分被动运动范围(ROM)受限。由于此阶段的特征是潜在的囊-韧带-滑膜炎而出现剧烈疼痛,因此该阶段治疗旨在最大程度地减少疼痛。第二阶段:广泛纤维化改变期。该阶段可能持续4~12个月,成纤维细胞大量聚集到病灶合成胶原蛋白及蛋白聚糖等胞外基质(ECM)成分,造血干

基金项目:第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(rs-k-011-07);疼痛理疗科中医外治法研究所(非财政项目;20)

第一作者:何娜,女,2021级硕士研究生,研究方向:疼痛性疾病的中西医结合防治

通信作者:曹东波,男,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:疼痛性疾病的中西医结合综合诊疗,E-mail:

细胞标志物 CD34 和血管内皮生长因子 (VEGF) 选择性参与小血管周围新神经纤维的形成,此时损伤部位空隙被胶原和纤维母细胞填充,细胞、Ⅲ型胶原蛋白增多,大量成纤维细胞分化成肌成纤维细胞^[10-11],肩包膜纤维化,局部僵硬伴有喙肱韧带 (CHL) 和孟肱下韧带增厚,导致屈曲、外展和旋转丧失,ROM 的严重限制,该阶段疼痛较前减轻,但由于囊韧带复合体纤维化,关节活动受到限制,因此该阶段治疗旨在增加和恢复 ROM。第三阶段:结构功能重塑期。该阶段可以持续 5~26 个月。随着组织修复的进展,受损区域细胞活动减少,组织分布逐渐规律。Ⅱ型胶原蛋白向Ⅰ型胶原蛋白转变,并代替Ⅲ型胶原蛋白,胶原纤维增加,成熟为纤维化组织,细胞密度合成活性降低,炎症和纤维化逐渐消退。此时,局部疼痛减轻,肩关节运动逐渐恢复^[12],该阶段以持续缓解疼痛及逐渐恢复肩关节功能为主要目的。

2 从五体痹认识肩周炎的病因病机

《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”五体合五脏,其又有五体痹与五脏痹之分,五体痹又包括筋痹、脉痹、肉痹、皮痹、骨痹。而五体是早期中医学对人体解剖的认识与早期实践诊治过程中对人体组织的粗略划分,是与现代医学对人体结构认识最为接近且最易被接受的一部分。筋、脉、肉、皮、骨临床上可对应于现代解剖中的肌腱与(深浅)筋膜,身形(动脉、静脉、脉细血管)血脉与周围神经,肌肉,皮肤黏膜与汗腺毛发等防御屏障,骨骼^[13]。肩周炎属中医学“肩痹”“筋痹”“骨痹”范畴,多与年老肝肾亏虚、外感风寒湿邪、劳倦损伤相关。《仙授理伤续断秘方》云:“劳损筋骨,肩背疼痛。”《医学真传》言:“肾主之骨,肝主之筋,疼痛如掣”,将痹证的病位归为筋骨。《医林改错》中言:“痹有瘀血”,丰富了中医学对痹证的解剖学认识。故肩痹病因病机为机体外伤或正气不足,气血亏虚,筋骨肌肉受损,难以推动气血在经脉中顺畅循行,而又感受外邪侵袭,则机体留邪,进一步阻遏气血循行,局部发为疼痛,活动受限,终成为肩痹。中医学中对肩痹尚未有严格的辨证分型,本文从临床角度将其大致分为三期:1) 初期:风寒侵袭气滞血瘀型,肩部劳损又感受外邪,致血脉阻滞不通,不通则痛,应予以祛风散寒、行气活血、宣痹止痛;2) 中

期:瘀血闭阻虚实夹杂型,局部肌肉、筋膜等反复慢性损伤、炎症水肿、修复。正邪交争中,瘢痕组织形成,虚实夹杂,应予以活血化瘀、补虚泄实;3) 后期:气血不足血不濡筋型,肌肉痹阻,萎弱无力,血运不达筋骨,充养失司,不荣则痛,应予以活通气血、濡养筋骨、利动关节。

3 五体痹理论与肩周炎外治法的关系

《素问·痹论》所描述的痹证,根据风、寒、湿三气侵入机体季节的不同,以及五脏合五时五体而命名为五体痹,包括皮痹、脉痹、肌(肉)痹、筋痹和骨痹。楼英在《医学纲目》中云:“皆以所遇之时,所客之处命名,非此行痹、痛痹、着痹之外,又别有骨痹、筋痹、脉痹、肌痹、皮痹也。”在五体痹理论的指导下,由于病变位置及病邪侧重点不同,其外治疗法各异,因此现将五体痹与肩周炎外治疗法的相互关系,及其与现代医学病理改变的相关性论述如下。

3.1 皮痹 《圣济总录》曰:“风寒湿三气所以杂至,合而为痹,浅则客于肌肤。”中医学认为皮痹感邪在表,肺卫不固,营卫失和,肤冷麻木不仁,皮肤失荣,皮腠不通,甚则皮肤变硬。肩痹患者,内有筋骨损伤,外而感邪,其主要临床表现为平素体虚,感邪加重,局部畏寒且易感受风寒、皮肤色素沉着加重等,初起多为邪实证,应遵“皮痹宣散祛邪以通经”之外治理念。可予以轻手法刮痧和短时间艾灸,以加速血液循环、促进炎症消退、降低血液黏度^[14];加毫针浅刺皮肤可对浅筋膜进行直接地剥离分开、减低张力,缓解皮神经卡压等引起的疼痛^[15];王善建^[16]采用温针灸结合激痛点推拿治疗肩周炎,结果显示血清 C 反应蛋白 (CRP)、NO、PGE₂ 含量较对照组明显降低,提示其疗法具有良好的抗炎镇痛作用。

3.2 脉痹 痹“在于脉则血凝而不流”(《素问·痹论》)，“令人萎黄”(《诸病源候论·风痹候》)。脉为血府,是气血运行的通道。《灵枢·经脉》载:“脉道以通,血气乃行”,提出无论脉长短如何,脉道通利始终是血液运行的重要条件。现代医学多将脉等同于现代解剖中的静脉、动脉,这是不全面的。中医学认为脉除了上述血脉外还应包括脉经络之说的经脉、络脉^[13]。肩痹患者初期,局部经脉不通,血脉瘀滞,肢体疼痛,皮肤不仁,肌肤变暗瘀紫等

症,多为无菌性炎症渗出期,大量红细胞、白细胞、血小板局部病灶聚集,应遵“脉痹活通血络以止痛”为外治理念,可予以刺络放血、电针加压放血、中药封包热敷等方法。史因贵等^[17]认为刺络放血可减少血液中 PGE₂ 等致痛物质,减少 CRP、白细胞介素-1 β 等炎性因子的表达,改善机体慢性炎症状态。孙华堂等^[18]认为电针加压放血疗法治疗肩痹患者有良效,还有研究表明中药封包可明显增加肩关节活动度,降低炎性因子,从而起到消炎镇痛的作用^[19]。

3.3 肌痹 肌痹又称为肉痹,“在于肉则不仁”(《素问·痹论》);“病在肌肤,肌肤尽痛,名曰肌痹”(《素问·长刺节论》)。中医学认为,肌痹内舍于脾,脾虚气血生化无源、肌肉不得濡养,故见肩痹。患者初起表现为疼痛水肿、活动受限,后则肌肉麻木、僵硬或萎软无力、隐痛等,以“肌痹通行揉肌以解肌”为理念,前期局部制动以防再次损伤,避免受力,后以益气养血,改善血运之法为主。可予以艾灸、推拿、关节松动术等外治法。艾灸通过艾火温和热力,使患侧毛细血管得到扩张,改善微循环,促进穴位区域组织淋巴循环以及血液循环^[20],从而发挥温经散寒、益气养血等作用。蒋海军^[21]认为推拿既能够消除局部炎症和水肿,又能使韧带恢复弹性,达到粘连松解、痉挛解除的目的,而推拿配合艾灸能快速缓解疼痛,缩短病程。华浩昌等^[22]认为关节松动术联合推拿手法能有效改善患者疼痛,下调血清 5-HT 和 PGE₂ 水平,延伸关节周围软组织,预防粘连,促进肩关节功能恢复。

3.4 筋痹 《素问·长刺节论》曰:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”中医学认为,其功同筋膜、肌腱,筋连与节,束骨而利关节,易反复损伤、挛缩,形成瘢痕组织。故肩痹患者活动受限,屈伸不利,或有牵涉痛及牵涉性抑制,应遵“筋痹松解经筋以缓筋”的理念,以修复重塑为要,可予以针灸深筋膜与肌腱、中药热盐包、重手法推拿等外治法。从筋痹论治,外治法重在治“筋”,《黄帝内经》强调刺法,宋雅兰等^[23]认为针刺得气后采用一针多向刺的方式,扩大针刺面积,增强针刺强度,刺激胶原再生,防止组织纤维化,以疏通气血、舒缓筋脉拘急、通利关节。许文^[24]认为中药热盐包能改善病变部位的血液循环和代谢,促进渗液吸收,配合推拿手

法理筋松筋,改善局部气血运行,从而达到治愈和缓解疼痛的目的。

3.5 骨痹 《素问·长刺节论》曰:“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹。”肩痹患者长期劳损,后期血不濡筋亦不润骨,骨膜失养,气血失充。可见肩痹患者局部沉重、冷痛刺骨、僵硬,甚则畸形等。遵“骨痹温通气血以止痹”为外治理念,需温通局部气血。中医学认为体痹不已而成脏痹,故配合调补肝肾等法。临床上常可用中药热烘、中医定向透药、温针灸、关节松动术等外治法。中药热烘有调肝肾、强筋骨、补气血、利关节之功,通过热传导,降低骨内压力而加速新陈代谢;中医定向透药可对药物产生定向推力,使药物更深入,有效地进入体内,联合温针灸辅以适当关节松动术训练,依靠神经生理学效应与力学缓解疼痛、松解粘连、增加肌力,以此增加和恢复 ROM^[25]。

4 讨 论

五体痹理论是早期中医学对人体解剖及人体构造表里层次的描述概括,是中医学与现代医学进行知识对接的最直观、最简洁的交集。如今在越来越重视中西医结合的学术认知环境下,探讨中西医结合治疗肩周炎是必然趋势。本文讨论了在五体痹理论指导下,联系西医病理生理,以加深对肩周炎病变的认识。总的来说,在肩周炎的病理过程中,五体痹并非单独存在,但由于不同患者病变过程的临床表现不同,受邪部位各异,故不同的分型其辨证侧重点各异,选择的中医外治方法亦不同。在肩周炎治疗的整个过程中,以通经活络治“筋脉”为主,以治“肌”为辅,由于筋、脉、肌病理复杂程度不同,故在“皮”在“骨”亦呈现出不同表现。筋、脉横贯于其他三体之间,其包含身形筋膜、血脉、神经,无形经脉、脉络等,血行于脉内,气行于脉外,润养筋骨;筋束骨而利关节,筋坚则骨强,筋在外而骨在内。筋代骨受邪,治骨必先治筋;肌主司运动,肌肉失养,则运动失司,皮肤枯槁,卫表不固,易受外邪。肌肉充养,联结其他四体,组织被护。由于内外之邪或致血脉运行不畅,不通则痛;或致脉络失充,萎软无用,不荣则痛等。

肩周炎临床初期易见皮脉合痹,以感受风、寒、湿等邪气的侵入,时逢血脉瘀阻而痹痛,不通则痛。此时正气未虚,以祛外邪为主,多为现代医

学无菌性炎症渗出期,初起促进炎症吸收,消除致炎因子,使机体内环境达到新的平衡。中期常见肌筋骨合痹,肌肉、筋膜等反复劳损、炎症渗出等反复修复,组织广泛纤维化,局部僵硬,关节活动受限,另病程日久,耗散气血,以泄实补虚为主。该期大多与现代医学组织广泛纤维化有关,以恢复关节运动功能,活通气血,防止粘连。后期,虽仍为肌筋骨合痹为主,但其侧重点不同。日久不愈,其气血不足,局部濡养失司,则筋骨痿痹不用、肌肉萎软无力,以补虚为主,该期大多与现代医学结构功能重塑有关,应继续加强功能锻炼,增加肌肉张力,恢复其弹性,促使气血通畅,从而达到全面康复。

目前中医外治法在诊治中得到了广泛的认可,治疗原则究其根本在于辨证。本文基于五体痹理论加深了肩周炎病理生理病变过程的认识,按邪之所处将其分为皮痹、脉痹、肌痹、筋痹、骨痹5种类型,并提出“皮痹宣散祛邪以通经”“脉痹活通血络以止痛”“肌痹通行揉肌以解肌”“筋痹松解经筋以缓筋”和“骨痹以温通气血止痹”的中医外治理念,讨论了中医理论指导下的肩周炎外治诊疗方法,以期肩周炎的中西医结合辨证论治提供新的思路和参考。

参考文献

[1] 孟醒,修文萃,胡翔昱,等. 针灸治疗肩周炎临床研究证据图[J]. 中国针灸,2022,42(2):227-230,236.

[2] 刘耀祖,张建华. 肩凝汤联合温针灸治疗肩周炎的临床效果观察[J]. 现代医学与健康研究:电子版,2022,6(20):83-86.

[3] PANDEY V, MADI S. Clinical guidelines in the management of frozen shoulder: An update[J]. Indian J Orthop, 2021, 55(2): 299-309.

[4] CHO CH, SONG KS, KIM BS, et al. Biological aspect of pathophysiology for frozen shoulder [J]. Biomed Res Int, 2018, 2018: 7274517.

[5] AKBAR M, MCLEAN M, GARCIA-MELCHOR E, et al. Fibroblast activation and inflammation in frozen shoulder [J]. PLoS One, 2019, 14(4): e0215301.

[6] AKBAR M, CROWE LAN, MCLEAN M, et al. Translational targeting of inflammation and fibrosis in frozen shoulder: Molecular dissection of the T cell/IL-17A axis [J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2021, 118(39): e2102715118.

[7] CHALLOUMAS D, BIDDLE M, MCLEAN M, et al. Comparison of treatments for frozen shoulder: A systematic review and meta-analysis [J]. JAMA Netw Open, 2020, 3(12): e2029581.

[8] CHER JZB, AKBAR M, KITSON S, et al. Alarmins in frozen shoulder: A molecular association between inflammation and pain [J]. Am J Sports Med, 2018, 46(3): 671-678.

[9] LIU Z, PEI Y, ZENG H, et al. Recombinant TSG-6 protein inhibits the growth of capsule fibroblasts in frozen shoulder via suppressing the TGF- β /Smad2 signal pathway [J]. Orthop Surg Res, 2021, 16(1): 564.

[10] WATANABE R, WATANABE H, TAKAHASHI Y, et al. Atheroprotective effects of tumor necrosis factor-stimulated gene-6 [J]. ACC Basic Transl Sci, 2016, 1(6): 494-509.

[11] MILLAR NL, MEAKINS A, STRUYF F, et al. Frozen shoulder [J]. Nat Rev Dis Primers, 2022, 8(1): 59.

[12] DO JG, HWANG JT, YOON KJ, et al. Correlation of ultrasound findings with clinical stages and impairment in adhesive capsulitis of the shoulder [J]. Orthop J Sports Med, 2021, 9(5): 23259671211003675.

[13] 翟天军,张增乔,何静,等. “周围神经”五体属“脉”的理论探讨[J]. 陕西中医, 2022, 43(1): 80-82.

[14] 昌慕蓉,张艳. 浅谈肩周炎的中医治疗和康复锻炼[J]. 中西医结合护理:中英文, 2019, 5(2): 90-92.

[15] 李里,谭朝坚,潘江,等. 基于现代筋膜理论探究传统分层复式刺手法[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(3): 131-133.

[16] 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.

[17] 史闳贵,张建英,禹志韞,等. 筋骨通脉汤联合刺络放血对颈肩疼痛患者慢性炎症及血液流变学的影响[J]. 海南医学, 2017, 28(10): 1671-1674.

[18] 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.

[19] 王俊楠. 大中药封包治疗寒湿痹阻型肩周炎的临床观察[D]. 广州:广州中医药大学, 2020.

[20] 申姦梅,魏建华. 艾灸治疗肩周炎疗效观察[J]. 新疆中医药, 2017, 35(2): 33-35.

[21] 蒋海军. 推拿手法治疗肩周炎的研究进展[J]. 中医临床研究, 2021, 13(5): 143-145.

[22] 华浩昌,葛雯雯,尤福忠. 激痛点推拿配合关节松动手法治疗肩周炎气滞血瘀证55例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(2): 66-68, 71.

[23] 宋雅兰,余阳,陈芷涵,等. 《黄帝内经》对“筋痹”的认识及针灸治疗探讨[J]. 中医临床研究, 2018, 10(9): 97-99.

[24] 许文. 中药热盐包配合推拿手法治疗肩背肌筋膜炎的疗效观察及辨证施护[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(10): 155-156.

[25] 王青青. 中医定向透药联合关节松动术治疗肩周炎临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(21): 3655-3657.