

● 中医伤科 ●

引用:周智敏,邓爱萍,郑院华. 四联综合治疗肩周炎45例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2024,40(6):55-57.

四联综合治疗肩周炎45例临床观察

周智敏¹, 邓爱萍¹, 郑院华²

(1. 嘉禾县人民医院, 湖南 嘉禾, 424500;

2. 嘉禾县城关中心卫生院, 湖南 嘉禾, 424500)

[摘要] 目的:观察四联综合治疗肩周炎的临床疗效。方法:将90例肩周炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各45例。治疗组采用四联(中医手法+康复锻炼+液压扩张术+中药内服)综合治疗,对照组采用中医手法+康复锻炼治疗,治疗1个月后观察2组的综合疗效、视觉模拟评分量表(VAS)评分及Constant-Murley肩关节功能评价量表(CMS)评分。结果:总有效率治疗组为95.56%(43/45),明显高于对照组的84.44%(38/45),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2组VAS评分、CMS评分均优于治疗前,且治疗组优于对照组,2组组内及组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:四联综合治疗能有效缓解患者肩部疼痛,改善肩关节功能,值得临床推广运用。

[关键词] 肩周炎;中医手法;康复锻炼;液压扩张术;中药内服

[中图分类号] R274.943 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.06.014

肩周炎是指一种以肩痛、肩关节活动障碍为主要特征的筋伤疾病,其病理表现主要是肩关节囊及其周围韧带、肌腱的慢性非特异性炎症,关节囊与周围组织发生粘连^[1]。本病常因睡卧露肩受凉所致,中医学称之为“五十肩”“漏肩风”“露肩风”,是骨科临床的常见病症。其好发于50岁左右的人群,女性多于男性(比例约为3:1),右肩多于左肩^[2]。本病的治疗方法颇多,保守治疗常可获得满意疗效,而单一的治疗方法难以奏效,关节镜或手术松解创伤大、费用高,术后效果亦不理想^[3]。为探求更佳的治疗方案,改善患者的生活工作质量,本研究采用四联(中医手法、康复锻炼、液压扩张术、中药内服)综合治疗肩周炎45例,取得了较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将2019年5月6日至2023年10月20日嘉禾县人民医院骨科门诊的90例肩周炎患者随机分为2组,每组各45例。治疗组中男18例,女27例;年龄45~70岁,平均55.6岁;病程20d至3年,平均(5.1±0.2)个月;左肩病变21例,右肩病变24例。对照组中男16例,女29例;年龄

42~65岁,平均53.4岁;病程15d至2.5年,平均(4.6±0.4)个月;左肩病变19例,右肩病变26例。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定。1)病因为慢性劳损,筋骨外伤,气血不足复感风寒湿邪;2)年龄≥50岁,女性发病率高于男性,右肩多于左肩,多见于体力劳动者,多为慢性发病;3)肩周疼痛,以夜间为甚,常因天气变化及劳累而诱发,肩关节功能活动障碍;4)肩部肌肉萎缩,肩前、后、外侧均有压痛,外展功能受限明显,出现典型的“扛肩”现象;5)X线片检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)患者知情同意并签署知情同意书;3)患者依从性好,能坚持治疗。

1.4 排除标准 1)合并颈椎、肩关节骨折脱位;2)合并肩关节结核、化脓性感染;3)患有恶性肿瘤;4)合并严重精神障碍;5)患有严重心脑血管疾病和肝肾功能不全;6)患有糖尿病及其严重并发症。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用中医手法+康复锻炼治疗。

2.1.1 中医手法 笔者在临床中发现大部分肩周炎患者于患肩天宗穴处和肩前处有明显压痛,并在天宗穴处可触及条索状肌筋膜紧张。因此,采用中医手法治疗。首先,滚、揉、拿、捏颈、肩部及患肩 upper 肢,然后点按天宗穴、肩前压痛点及肩井、肩贞、肩髃等穴,垂直弹拨天宗穴处条索状肌筋膜紧张和三角肌肌束,自上而下揉搓颈肩和患侧 upper 肢;然后,一手扶肩,一手握住患肢手腕,摇、抖患肩并被动活动肩关节(前屈、后伸、内外旋、外展、上举、顺反时针旋肩)松解粘连;最后,空心掌拍打颈肩部及患侧 upper 肢。时间 30 min,每天 1 次。手法宜轻柔,循序渐进,以患者能耐受疼痛为宜,切忌简单粗暴,应以“元气素弱,一旦被伤,势必难支,若手法再误,万难挽回”为戒^[5]。

2.1.2 康复锻炼 指导患者在治疗期间加强自主康复锻炼,进行肩关节前屈、后伸、内外旋、外展、上举、顺反时针旋肩画圈及轻度弯腰垂肢钟摆活动、手指爬墙、双手叉握上举、双手抱头旋肩、双手叉腰等项目。每天 1~2 次,时间不少于 30 min。康复锻炼应以患者能耐受痛感为度,循序渐进,逐步增加锻炼幅度和频度,忌粗暴。并注意肩部保暖。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用液压扩张术和中药内服治疗。

2.2.1 液压扩张术 关节穿刺采用肩关节前方进针法。患者仰卧位,患肢轻度外展外旋,肘关节屈曲。选取肱骨小结节与肩胛喙突中点或喙突顶端外下方 1~2 cm 处为穿刺点,标记定位后,络合碘消毒,铺孔巾,选取 6 号注射针头沿标记定位点垂直向后进针,至落空感后进入关节腔,回抽无血性液体,注入 2%利多卡因 3 ml 和 2.5 ml 玻璃酸钠注射液(上海景峰制药有限公司,批准文号:国药准字 H20000643,规格:2.5 ml/支)。抽取复方倍他米松注射液 1 ml(重庆华邦制药有限公司,批准文号:国药准字 H20093412,规格:1 ml/支)+0.9%氯化钠注射液 25 ml,加压注入关节腔,术毕穿刺点外敷无菌敷料。每周 1 次,治疗 3 次。术中注意注射处的感觉,压力不宜过大,注射至有阻力消失感时不再继续进行,否则容易造成关节囊破裂。术后进行大幅度被动活动肩关节以松解粘连。

2.2.2 中药内服 采用自拟舒肩汤治疗。药物组成:黄芪 30 g,当归 10 g,葛根 30 g,桂枝 15 g,姜黄

15 g,赤芍 15 g,丹参 15 g,羌活 15 g,秦艽 15 g,千年健 20 g,伸筋草 15 g,地龙 10 g,制草乌(先煎 60~120 min)10 g。水煎,每天 1 剂,分 2 次温服,5 d 为 1 个疗程,间隔 2 d 继续服用。

2 组均连续治疗 1 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1) 肩部疼痛程度:采用视觉模拟评分量表(VAS)^[6]评定。分值 0~10 分,其中 0 分表示无痛感,10 分表示急剧疼痛,分值越高表示疼痛越强烈。2) 肩关节功能:采用 Constant-Murley 肩关节功能评价量表(CMS)^[7]评定。总分 100 分,其中疼痛(15 分)、日常生活活动(20 分)、肌力(25 分)、主动活动范围(40 分),分值越高,肩关节功能活动情况越好。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;显效:肩部疼痛明显减轻,肩关节功能明显改善;有效:肩部疼痛减轻,肩关节功能部分改善;无效:肩部疼痛和肩关节功能无改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 23.0 统计学软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 95.56%,明显高于对照组的 84.44%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	45	11(24.44)	25(55.56)	7(15.56)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	45	6(13.33)	15(33.33)	17(37.78)	7(15.56)	38(84.44)
χ^2 值						4.528
<i>P</i> 值						<0.05

3.4.2 2 组治疗前后 VAS、CMS 评分比较 治疗后,2 组 VAS、CMS 评分均优于治疗前,且治疗组优于对照组,2 组组内及组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 VAS、CMS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	VAS 评分		CMS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	45	6.46±1.15	2.86±0.68	56.80±7.68	89.14±4.24
对照组	45	6.58±1.12	3.82±0.98	57.10±7.41	80.68±6.80
<i>t</i> 值		0.194	5.262	0.124	5.614
<i>P</i> 值		0.768	<0.05	0.848	<0.05

4 讨 论

肩周炎属于中医学“筋痹”范畴。《素问·五脏生成》记载:“诸筋者,皆属于节。”中医学认为,年过五旬,素体亏虚,筋脉失养,加之外伤劳损,风寒湿邪内侵,导致肩部经脉不通,气血凝滞,筋脉拘急而出现肩部疼痛、肩关节活动障碍^[8]。其病位在筋,病性为本虚标实^[9]。《素问遗篇·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干”;《素问·评热病论》云:“邪之所凑,其气必虚”;《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”肩周炎的治疗目的是缓解疼痛,恢复肩关节功能;治疗目标是解除患者痛苦,提高患者日常生活工作质量。根据中医学中虚则补之、实则泻之、热则寒之、寒则热之、通则不痛、标本兼治的治疗原则,本研究采用四联综合治疗,四管齐下,共建奇功。中医手法具有活血化瘀、舒筋活血、解除痉挛、松解粘连、通利关节、通经活络、祛风散寒之功^[1]。康复锻炼是中医手法的延续和疗效的保障,是治疗过程中必不可少的环节。液压扩张术能扩张关节囊和肩关节周围滑囊,有效松解粘连。注入的药物具有稀释炎症因子力,能促进炎症吸收;糖皮质激素能有效抑制炎症,缓解疼痛^[10];玻璃酸钠能润滑关节和保护关节软骨,防止再粘连;利多卡因可缓解加压关节腔注射的胀痛感,其作为局部麻醉,还有利于术后大幅度活动肩关节,从而起到静脉麻醉下手法松解粘连的效果。但术中应注意注射加压的程度,压力不宜过大,否则会造成关节囊破裂。自拟舒肩汤中黄芪、当归补养气血;桂枝温阳通脉;葛根升阳解肌,善治项背强痛;丹参、赤芍、姜黄散瘀通经止痛,姜黄善治四肢之风寒湿痹;秦艽、羌活、伸筋草祛风除湿、舒筋活络、散寒止痛;千年健祛风湿、壮筋骨、消肿止痛,《本草正义》云:“千年健,今恒用之于宣通经络,祛风逐痹,颇有应验。”制草乌祛风除湿、温经止痛;地龙祛瘀通络止痛。现代药理学研究表明,黄芪、当归能增强机体免疫力,促进造血功能,扩张外周血管,改善外周循环;葛根、赤芍、丹参能抗血小板凝集,促进血液循环,抗氧化,具有抗炎、解痉作用;桂枝、羌活、秦艽、千年健、伸筋草能改善外周循环,抑制炎症渗出,具有抗炎、镇痛作用;姜黄具有抗组织损伤,调节免疫的作用;地龙、制草乌具有抗炎、镇静镇痛作用^[11]。诸药合用,共奏补虚散寒、祛风除湿、化瘀通络、舒筋除痹之功效,从而达到治疗目的,实现治疗

目标。

肩周炎是一种慢性疾病,常突发性发病,临床主要表现为肩关节局部冷痛、肩关节活动障碍并逐渐加剧,虽有自愈倾向,但自然病程长,疗效慢,痛苦大,功能恢复不全^[12],若治疗不及时可导致肩关节僵硬,发生废用性肌萎缩,严重影响患者的生活和工作质量^[13]。早期、规范治疗是提高临床疗效、恢复肩关节功能的关键。本研究治疗组采用四联综合治疗肩周炎,在综合疗效、VAS及CMS评分方面均明显优于对照组,说明四联综合治疗较中医手法+康复治疗能更有效地缓解肩部疼痛,改善肩关节功能。四联综合治疗肩周炎操作简单、廉验易行、疗效显著,值得临床推广运用。中医手法和液压扩张术治疗肩周炎专业技术性较强,实施操作需由具有丰富临床经验的专科医师完成,液压扩张术需严格无菌操作技术,避免引起肩关节感染,造成严重后果。

参考文献

- [1] 黄桂成,王拥军. 中医骨伤科学[M]. 5版. 北京:中国中医药出版社,2021:255.
- [2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 2版. 北京:人民军医出版社,2003:1439.
- [3] 范慧淇,赵嫣红. 中医药联合玻璃酸钠治疗肩关节炎临床研究进展[J]. 亚太传统医药,2016,12(7):60.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:190-191.
- [5] 韦贵康,施杞. 实用中医骨伤科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2006:449.
- [6] CHAMAN CR, CASEY KL, DUBNER R. Pain measurement: An overview[J]. Pain, 1985, 22(1): 1-31.
- [7] KIRKLEY A, GRIFFIN S, DAINTY K. Scoring systems for the functional assessment of the shoulder[J]. Arthroscopy the Journal of Arthroscopic and Related Surger, 2003, 19(10): 1109-1120.
- [8] 胡边,周密思. 针灸联合中药治疗肩周炎临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(3): 91.
- [9] 陈海霞. 综合疗法治疗肩关节周围炎 100 例[J]. 山西中医, 2010, 26(12): 23.
- [10] 蔡伟,徐彬,陈玉伟,等. 五位一体综合治疗肩周炎 36 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(1): 61.
- [11] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典·一部[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2020.
- [12] 孙树椿. 中医骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2021:408.
- [13] 梁青俊,王洋,秦锡祥. 舒肩汤辅以针灸治疗肩周炎 75 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(9): 65.

(收稿日期:2024-04-18)

[编辑:刘珍]