

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2018.02.011

体针与腹针治疗粘连型肩周炎的对比研究

尹 丽

夏邑县人民医院疼痛科,河南商丘 476400

肩关节周围炎,简称肩周炎,是指肩关节囊及其周围软组织发生损伤性退变后出现的一种慢性无菌性炎症反应,主要引起肩关节疼痛和活动功能受限,其发病率较高,治法多样,疗效各异^[1]。作者结合近年来文献资料研究,在临床中进行了体针与腹针治疗粘连型肩周炎临床疗效对比研究,取得一些成果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2017 年 12 月本院疼痛科门诊治疗的粘连型肩周炎患者 100 例,采用随机数字表法分为体针组和腹针组,每组 50 例。体针组,其中男 26 例,女 24 例;年龄 47~52 岁,平均年龄(48.97±1.85)岁;病程 5~10 月,平均病程(7.58±1.71)月。腹针组,其中男 24 例,女 26 例;年龄 46~53 岁,平均年龄(49.23±2.11)岁;病程 5~10 月,平均病程(7.61±1.69)月。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:患者均符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]和《肩周炎》^[3]中关于粘连型肩周炎的诊断标准:肩周疼痛,多与劳累及天气变化有关,夜间发作明显,肌肉萎缩,肩部多处压痛阳性,出现扛肩现象,肩关节活动受限,影响日常生活质量,影像学检查多未见明显异常。患者自愿并签署知情同意书。排除标准:服用非甾体抗炎药;患有其他急慢性疾病;处于妊娠及哺乳期;依从性差,无法配合完成治疗者。

1.3 治疗方法

2 组患者均采用针刺疗法。器械采用中研太和牌 0.25 mm×40 mm 不锈钢针灸针(北京中研太和医疗器械有限公司,生产批号 031526)。腹针组选穴中腕、滑肉门、商曲,患者取仰卧位,局部皮肤常规消毒,采用速刺进针法,垂直进针,先取中腕进针 15 mm,再刺商曲、滑肉门 8 mm,只提插不捻转,留针 30 min。体针组选穴肩髃、肩髃、肩贞,患者取仰卧位,局部皮肤

常规消毒,所选穴位直刺 30 mm,只提插不捻转,留针 30 min。每周治疗 3 次,2 组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标与疗效判定标准

观察 2 组治疗前后疼痛视觉模拟评分(VAS)和肩关节活动度评分(Mallet)变化。VAS 总分为 0~10 分,0 分无痛,10 分最痛。Mallet 评分包括肩部 5 个基本动作评分:①外展 $>90^\circ$ 记 3 分,30~90°记 2 分, $<30^\circ$ 记 1 分;②中立位外旋 $>20^\circ$ 记 3 分,0~20°记 2 分, $<0^\circ$ 记 1 分;③手到颈项 容易记 3 分,困难记 2 分,不能记 1 分;④手到脊柱 T12 水平记 3 分,S1 水平记 2 分,不能记 1 分;⑤手到嘴 肩内收 $<40^\circ$ 记 3 分,部分喇叭征记 2 分,完全喇叭征记 1 分。肩关节活动功能与 Mallet 评分成正比。

参照《临床疼痛治疗学》^[4]评定临床疗效,结合 VAS 及 Mallet 评分情况,减分率 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%,按照治愈、显效、有效、无效 4 个级别进行统计:治愈 肩关节功能基本恢复,减分率 100%;显效 肩关节功能基本恢复,66% ≤ 减分率 < 100%;有效 肩关节症状减轻,33% ≤ 减分率 < 66%;无效 肩关节症状无变化,减分率 < 33%。总有效率 = [(治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数] × 100%。

1.5 统计学分析

运用 SPSS 18.0 统计软件进行数据处理,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,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

腹针组总有效率为 92.0%,明显高于体针组的 68.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 治疗前后疼痛 VAS 及 Mallet 评分比较

治疗前,2 组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组 VAS 评分均较治疗前显著下降,腹针组 VAS 评分显著低于体针组,差异有统计

学意义($P < 0.05$)。治疗前,2 组 Mallet 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,2 组 Mallet 评分均较治疗前显著升高,腹针组 Mallet 评分显著高于体针组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者临床疗效比较($n=50$,例,%)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
体针组	5(10.0)	12(24.0)	17(34.0)	16(32.0)	34(68.0)
腹针组	7(14.0)	16(32.0)	23(46.0)	4(8.0)	46(92.0) [△]

与体针组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者治疗前后疼痛 VAS 及 Mallet 评分比较($n=50$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	VAS 评分	Mallet 评分
体针组	治疗前	5.08±0.97	3.72±2.84
	治疗后	3.09±1.77*	11.34±3.89*
腹针组	治疗前	5.04±1.02	5.46±2.62
	治疗后	2.57±1.59* [△]	11.78±3.74* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与体针组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

肩周炎,俗称“凝肩”“冻结肩”“五十肩”,以肩部逐渐产生疼痛,夜间为甚,逐渐加重,肩关节活动功能受限而且日益加重,达到某种程度后逐渐缓解,直至最后完全复原为主要表现的肩关节囊及其周围韧带、肌腱和滑囊的慢性特异性炎症,是针灸门诊常见病。病因多与肩关节囊及其周围软组织慢性劳损、外伤治疗不当等有密切关系,具有难治愈、易复发的临床特点。

肩周炎可归属于祖国医学“痹症”范畴,病因多与风寒湿邪相关。《灵枢·贼风》篇中首次提出其发病与外伤关系密切,认为伤后恶血停聚于肌肉筋骨之间,气血运行不畅,易受风寒湿邪侵犯,恶血与外邪侵袭则发为痹证。《诸病源候论》记载本病“此由体虚,腠理开,风邪在于筋故也…邪客机关,则使筋挛,邪客足太阳之络,令人肩背拘急”。肩周炎分别于 1979 年及 1996 年被 WHO 列为针灸适宜病种,临床多用电针、平衡针、拔罐、刮痧、温针灸、艾条灸等治疗措施,

针灸疗法可显著改善肩周炎患者肩部疼痛及肩关节功能活动受限^[5-7]。

腹针疗法是通过针刺腹部特定穴位治疗全身疾病的一种针刺方法。该疗法根据以神阙穴为中心的腹部先天经络系统理论,寻找与全身部位相关的反应点,并对其进行相应的轻微刺激,从而达到治疗疾病的目的。腹针取穴简便,克服了传统针灸“酸、麻、重、胀”的针感要求,具有安全、无痛、高效、快捷、适应症广等优点^[8]。在腹针疗法中,取中脘调稳态,取商曲促循环,取滑肉门疏经脉,取气海和关元补正气,诸穴配伍,达到补气血、益脾胃、强筋骨、疏经脉的作用。本项体针与腹针临床疗效对比研究,结果表明腹针与体针疗法均可显著降低疼痛 VAS 评分、升高肩关节活动度 Mallet 评分,改善患者肩部疼痛症状和关节活动功能,腹针组临床疗效显著优于体针组,这与杨然等^[9]研究结果相符。

综上所述,腹针疗法治疗粘连型肩周炎,可显著改善患者肩部疼痛症状和关节活动功能,疗效优于传统体针疗法。

参 考 文 献

- [1] 孙新波. 中西医综合疗法治疗肩关节周围炎 80 例临床观察[J]. 国医论坛, 2011, 26(5): 38-38.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [3] 李平华, 王尊亮, 秦传江. 肩周炎[M]. 北京: 人民军医出版社, 2014.
- [4] 李仲廉, 安建雄, 倪家攘, 等. 临床疼痛治疗学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2003: 387.
- [5] 郑英. 针刺加热敏温灸盒灸与针刺加电针治疗肩周炎临床对照观察[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(2): 8-11.
- [6] 周丽华, 章裕华, 李志豪. 温针灸结合功能锻炼治疗肩周炎疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(9): 45-46.
- [7] 陈滢如, 杨金生, 杨莉, 等. 近 5 年国内针灸治疗肩周炎临床疗效评价指标应用概况分析[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(4): 73-75.
- [8] 薄智云. 谈谈腹针疗法[J]. 中国针灸, 2001, 21(8): 27-29.
- [9] 杨然, 刘云霞. 薄氏腹针疗法分期治疗肩周炎临床观察[J]. 中国针灸, 2012, 32(1): 26-30.

(收稿日期: 2018-03-25)