

现代医学研究表明,神经根型颈椎病主要症状为根性痛<sup>[1]</sup>,围绕产生根性痛的机制主要有三种学说:机械压迫学说、化学性神经根炎学说和自身免疫学说。其产生疼痛和麻木的原因主要有两方面,一是关节外软组织无菌性炎症、肌肉痉挛、紧张、软组织外伤导致组织缺氧、破坏、粘连,使机体的力学平衡破坏。二是骨质增生或者椎体破坏直接影响神经根。现代神经根型颈椎病的发病率不断上升,主要原因在于工作劳累以及现代设备的普遍应用,尤其是电脑、手机等设备的普及,工作时,身体前倾,头始终向前,静力时间长,长期如此使颈部产生应力积累,颈部肌肉会持续性收缩,进而关节突关节固定,关节功能障碍,韧带粘连,颈部肌肉平衡失稳,产生颈部及上肢的疼痛与麻木。通过推拿作用于外源性动力活动系统调整外部平衡,颈椎定位旋转扳法作用于内源性静力支持系统调节内部平衡,从而达到整体调节颈椎失稳症状,释放神经根压迫,改善CSR的临床症状。而针灸能够快速缓解肌肉紧张、痉挛,调动机体免疫机制,刺激机体神经肽类物质的释放(如P物质)<sup>[2]</sup>,减轻疼痛程度。传统针刺穴位的选择有颈臂穴、肩三针(肩髃、肩髃、肩贞)、小海、后溪、少泽、关冲、阿是穴、颈夹脊其中以肩三针为主。取穴多,患者多有恐惧心理。且颈臂穴位于颈前中斜角肌和前斜角肌中间处,其下解剖有锁骨上动脉,初学者不宜操作。而针刺通臂穴有两点优势:一是通臂穴位于颈后C<sub>6</sub>横突后关节突与斜方肌相交处内侧0.5cm处,其下解剖避开动脉和静脉,安全、易操作;二是针刺通臂穴对斜方肌、肩胛提肌的痉挛和紧张有很好的缓解作用,同时通过刺激中斜角肌引起其收缩,进而影响到臂丛神经,使气至会所。从而达到活血止痛、止麻的治疗效果。加刺通臂穴,一

方面更好地放松局部肌肉,另一方面针刺影响到受损的臂丛神经,可能诱发电位改变,促进受损神经功能恢复。

推拿配合针刺来调整颈椎外部平衡,整脊来调节颈椎内部平衡,使颈部内外力量达到平衡,从而更好地保持疗效。推拿整脊配合针刺通臂穴更好地改善颈椎内外平衡,缓解神经根卡压症状,疗效可靠,值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] 朱立国,于杰.关于神经根型颈椎病的临床治疗评述[J].医学信息:外科版,2009,22(1):3-6.
- [2] 王拥军.颈椎病发病因素的流行病学研究概况[J].中医正骨,1999(3):41-43.
- [3] 国家中医药管理局.ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:8-48.
- [4] 周士枋.范振华.实用康复医学[M].南京:东南大学出版社,1998:646-647.
- [5] 赵毅,王诗忠.推拿手法学[M].上海:上海科学技术出版社,2009:83-84.
- [6] 姜宏,施杞.介绍一种神经根型颈椎病的疗效评定方法[J].中华骨科杂志,1998,18(6):381.
- [7] 张军,尚秀兰,孙树椿.神经根型颈椎病根性痛的解剖学基础和发病机理的研究[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(1):49-51.
- [8] 赵飞跃,朱丽霞.电针对逆向刺激所致神经性炎症的效应[J].针刺研究,1992(3):207-210.

(责任编辑:刘淑婷)

## 动气法针刺天皇副穴为主治疗漏肩风临床研究

胡静,黄民君,周愚

重庆北碚区中医院,重庆 北碚 400700

[摘要] 目的:观察采取董氏奇穴之动气法针刺天皇副穴为主治疗漏肩风的临床疗效。方法:采用临床随机对照试验的研究方法将60例患者随机分为董氏针刺组、常规针刺组各30例,董氏针刺组主穴取健侧(患肩对侧)之天皇副穴为主穴的董氏奇穴针刺方案;常规针刺组按照《针灸治疗学》关于肩周炎的针刺方案;每天1次,2组疗程均为3周。结果:2组患者治疗后简式McGill疼痛问卷(MPQ)评分、肩关节活动度评分、Constant-Murley肩关节综合功能评分分别与治疗前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ );治疗后,2组间MPQ评分、肩关节活动度评分、Constant-Murley肩关节综合功能评分分别比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。总有效率董氏针刺组100%,常规针刺组96.40%,2组临床疗效比较,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

[收稿日期] 2015-06-29

[作者简介] 胡静(1971-),女,副主任中医师,主要从事中医针灸及中医治未病临床工作。

结论：2组治疗方案均有良好临床疗效，动气法针刺健侧天皇副穴为主的董氏奇穴针刺治疗方案具有明确的镇痛、改善肩关节活动功能及改善肩关节综合功能的疗效，且均优于对照组。

【关键词】漏肩风；动气法；天皇副穴；董氏奇穴

【中图分类号】R684.3 【文献标志码】A 【文章编号】0256-7415 (2016) 01-0085-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.039

漏肩风属中医学痹证范畴。现代医学诊断为肩周炎，表现为肩关节周围疼痛，肩关节各个方向主动和被动活动度降低。有相关文献<sup>[1]</sup>统计数据显示，世界上肩周炎发病率占总人口2%~5%，女性发病率略高于男性，并提示肩周炎发病率约占肩部疾患42%，城市发病率约占总人口的8%。针灸是目前中医临床治疗漏肩风的主要方法之一，董氏奇穴针灸在治疗上注重五行与脏象学说及脾胃学说，注重活血化瘀善用三棱针点刺，注重节气之配合<sup>[2]</sup>。笔者以董氏奇穴理论为指导，遵循董氏之上病下治，下病上治，左病针右，右病针左，并采用董氏之动气针法，动而得气，气至病所，在2013年8月—2014年4月期间对动气法针刺天皇副穴为主和常规针刺法治疗漏肩风进行随机对照试验研究，结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>及1991年全国第2届肩周炎学术研讨会关于肩周炎(漏肩风)的诊断标准；②年龄>40岁；③治疗期间未接受其他临床研究，自愿接受针灸治疗，并接受各种问卷、调查量表及肩关节活动度的评估和测量；④坚持全程治疗；⑤签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①合并严重心、肝、肾以及其他系统疾病者，糖尿病、凝血功能障碍、精神病及肿瘤患者；②肩部急性软组织损伤、骨折、脱位、感染性炎症、颈椎病、风湿性关节炎、痛风等；③妊娠期患者。

1.3 中止标准 纳入后未接受试验方案所规定的治疗措施；患者不合作，不按试验要求完成，随意更改治疗方案者；试验期间发生严重不良事件或不良反应；设计方案或试验中出现重大问题，无法判定疗效；凡出现以上情况者，应立即中止试验并剔除，详细记录中止的原因。

1.4 脱落标准 患者未能按时复诊，中断治疗达1周以上；患者在试验治疗过程中，不愿意继续进行，向研究者提出中止试验的要求者，立即停止临床试验，并详细记录脱落的原因。

1.5 一般资料 观察病例为本院针灸科及推拿科患者，共60例。年龄42~72岁；男24例，女33例；病程3天~1年。按照观察治疗方案和对照治疗方案的不同分为董氏针刺组30例和常规针刺组30例，在临床观察阶段，董氏针刺组脱落1例，该患者治疗3天后不明原因未再复诊，常规针刺组脱落2例，其中1例患者治疗1周后拒绝继续采取针刺治疗方法，要求采取小针刀疗法治疗，1例患者治疗5天后离开本地，未

再复诊。董氏针刺组29例，男13例，女16例；年龄分布：50岁以下9例，51~60岁14例，61~70岁5例，70岁以上1例；病程情况：0~6月17例，7~12月10例，12月以上2例。常规针刺组28例，男11例，女17例；年龄分布：50岁以下8例，51~60岁12例，61~70岁7例，70岁以上1例；病程情况：0~6月15例，7~12月9例，12月以上4例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 董氏针刺组 予董氏针刺治疗。①取穴：参照《董氏奇穴针灸学》<sup>[4]</sup>取穴标准。处方：主穴取患肩对侧(健侧)之天皇副穴，配穴取健侧之足千金、足五金及患侧灵骨、大白。天皇副穴位于天皇穴直下一寸五分，胫骨之内侧，而天皇穴位于胫骨头之内侧陷中，去膝关节二寸五分；足千金穴位于腓骨前缘，侧下三里穴外开五分，再直下二寸，而侧下三里穴在侧三里穴直下两寸，侧三里穴在四花上穴向外横开一寸五分，四花上穴在外膝眼下三寸，胫骨外帘；足五金穴在腓骨前缘，足千金穴直下两寸；大白穴在手背面，大拇指与食指叉骨间隙中，即第一掌骨与第二掌骨中间之凹陷中，拳手取穴(拇指弯曲抵食指第一节握拳)，当虎口底外开五分取之；灵骨穴，拳手取穴，在手背拇指与食指叉骨间，第一掌骨与第二掌骨接合处，距大白穴一寸二分，与重仙穴相通。②针刺操作：针具均选用苏州东邦医疗器械有限公司生产的标准号为GB2024-1994的东邦针灸针(神气针)30号不锈钢针灸针，针长50mm；患者坐位或仰卧位，针刺操作按照先取穴定位，然后逐穴常规75%酒精棉球消毒，逐穴针刺。首先针刺患肩对侧天皇副穴，距该穴定位之胫骨内缘五分处朝床面方向进针，针尖刺向小腿外侧足少阳经部位，针体贴在胫骨下缘，针刺深度为1~2寸，以得气为宜(酸麻胀等感觉)，捻转行针30s同时嘱患者稍微活动肩部(以自己活动的最大范围为度)，并询问患者疼痛较针刺前是否有减轻；嘱患者停止活动，再行针刺健侧足千金、足五金穴，两穴均采用直刺进针，针刺深度为1~2寸，以得气为宜(酸麻胀等感觉)；最后针刺患侧灵骨、大白二穴，嘱患者握拳，大拇指尖抵食指第一指节，呈虎口立位，两穴都紧贴第二掌骨直刺进针，针深1~1.5寸，得气为宜，不行提插捻转手法；术毕，嘱患者活动肩部，做上举、外展、内收、外旋、内旋等动作，或做受限动作，无时间限制，以耐受时间

为宜。留针 30 min，每 10 min 于天皇副穴捻转行针 30 s，并同时嘱患者活动肩部；出针前行针，出针后嘱患者继续活动患肩 5 min 再予离开。治疗 1 周为 1 疗程，连续治疗 3 疗程。

2.2 常规针刺组 ①取穴：参照《针灸治疗学》<sup>[4]</sup>关于肩周炎的针灸治疗取穴处方。处方以肩关节局部取穴为主，取患肩同侧(患侧)肩髃、肩前、肩贞、阿是穴、阳陵泉，对侧中平穴，辨证加减：太阴经证加尺泽、阴陵泉，阳明经、少阳经证加手三里、外关，太阳经证加后溪、大杼、昆仑，痛在阳明、太阳经加条口透承山。取穴定位均按照中国中医药出版社出版的新世纪第二版《经络腧穴学》为准，其中肩前穴为经外奇穴，在肩部，正坐垂臂，当腋前皱襞顶端与肩髃穴连线的中点，中平穴为现代发现的经验效穴，其在足三里下一寸，阿是穴以肩关节局部痛点或压痛点为腧。②针刺操作：针具均选用苏州东邦医疗器械有限公司生产的标准号为 GB2024-1994 的东邦针灸针(神气针)30 号不锈钢针灸针，针长 50 mm；患者坐位或仰卧位，针刺操作按照先取穴定位，然后逐穴常规 75% 酒精棉球消毒，逐穴针刺。肩髃穴采取直刺或向下斜刺 0.8~1.5 寸，肩前取垂臂位，直刺或针向肩关节 1~1.5 寸，肩贞向外斜刺 1~1.5 寸或向前腋缝方向透刺，阳陵泉直刺 1~1.5 寸，对侧中平穴直刺 1~1.5 寸，尺泽直刺 0.8~1.2 寸，阴陵泉直刺 1.0~2.0 寸，手三里直刺 0.8~1.2 寸，外关直刺 0.5~1.0 寸，后溪直刺 0.5~0.8 寸，大杼斜刺 0.5~0.8 寸，昆仑直刺 0.5~0.8 寸，条口与承山两针尖相对透刺，均以 1~2 寸，各穴刺法均采用提插、捻转以得气为度，肩髃、肩前、肩贞采用泻法，中平穴以触电机针感向足面、足趾或外踝关节方向传导为佳，余均采取平补平泻法；留针 30 min，每 10 min 行针 1 次，出针后可嘱患者稍微活动患肩；治疗 1 周为 1 疗程，连续治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)疼痛评定：采用简式 McGill 疼痛问卷(MPQ)，其由 11 个感觉类和 4 个情感类对疼痛的描述词以及现时疼痛强度(PPI)和视觉模拟评分法(VAS)组成。从 MPQ 可以得到三个重要的指数：①疼痛评级指数(pain rating index，

PRI)；②VAS 评分结果；③现时 PPI。(2)肩关节活动度评定：采用全国第二届肩周炎学术研讨会提出其制定的《肩周炎康复体疗功能评定方案》，该方案在传统测量 ROM 的基础上作出了精简与调整，并按照康复评定的原则，加入了日常生活活动能力(ADL)的内容，测量内旋、外旋、摸耳、摸背 4 个指标，每项指标采用满分 90 分的评分方法。(3)肩关节综合功能评定：采用 Constant- Murley 肩关节评分系统，其主观和客观成分的比例是 35/65，其中疼痛 15 分，日常活动 20 分，肩关节活动范围 40 分，肌力测试 25 分，共 100 分。以上均由专门参与研究的医务人员在治疗前后进行评价。

3.2 统计学方法 统计描述和分析采用 IBM SPSS Statistics 20.0 软件进行。2 组一般资料如性别、年龄及病程构成比较采用  $\chi^2$  检验；2 组治疗前和治疗后组间 McGill 疼痛量表得分、杨氏肩关节活动度评分及 Constant- Murley 肩关节功能综合评分比较采用两独立样本 *t* 检验；2 组组内治疗前后 McGill 疼痛量表得分、杨氏肩关节活动度评分及 Constant- Murley 肩关节功能综合评分比较采用配对样本 *t* 检验；2 组治疗后疗效评价比较，采用成组设计等级资料的秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>。治愈：肩部疼痛消失，肩关节功能完全或者基本恢复；显效：肩部疼痛基本消失但偶有不适，肩关节功能基本恢复；有效：肩部疼痛减轻，活动功能改善；无效：症状无改善。

4.2 2 组治疗前后 MPQ 评分、杨氏肩关节活动度评分、Constant-Murley 肩关节综合功能评分比较 见表 1。2 组患者治疗后 MPQ 评分、杨氏肩关节活动度评分、Constant-Murley 肩关节综合功能评分分别与治疗前比较，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；治疗后，2 组间 MPQ 评分、杨氏肩关节活动度评分、Constant- Murley 肩关节综合功能评分分别比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ )。提示董氏针刺治疗方案和常规针刺治疗方案均具有镇痛、改善漏肩风患者肩关节活动功能、改善漏肩风患者肩关节活动受限的效果，且董氏针刺治疗方案在改善以上各项指标均优于常规针刺治疗方案。

表 1 2 组治疗前后 MPQ 评分、杨氏肩关节活动度评分、Constant-Murley 肩关节综合功能评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	MPQ 评分		杨氏肩关节活动度评分		Constant- Murley 肩关节综合功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
董氏针刺组	29	21.76± 3.46	4.52± 3.38 <sup>②</sup>	175.21± 31.71	277.48± 34.79 <sup>③</sup>	51.45± 6.71	86.21± 10.60 <sup>③</sup>
常规针刺组	28	20.21± 2.27	6.43± 4.61 <sup>①</sup>	182.64± 26.29	243.04± 18.28 <sup>①</sup>	52.32± 4.83	74.50± 9.61 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与常规针刺组治疗后比较，② $P < 0.05$ ，③ $P < 0.01$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。2 组临床疗效比较，经秩和检验， $Z = -3.69$ ， $P = 0.000$ ，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。提示董氏针刺组疗效优于常规针刺组。

5 讨论

本研究结果显示：动气法针刺天皇副穴为主治疗漏肩风具

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
董氏针刺组	29	7(24.14)	15(51.72)	7(24.14)	0	100
常规针刺组	28	3(10.71)	3(10.71)	21(75.00)	1(3.57)	96.43

有明显镇痛、改善肩关节活动功能及整体综合治疗疗效，均优于按照《针灸治疗学》关于漏肩风的常规针灸治疗方案。

5.1 从中医方面对本临床试验结论的探讨 中医学认为，本病病位主要在经行肩部的经脉及经筋，病机为五旬之人，正气不足，营卫渐虚，若局部感受风寒，或劳累闪挫，或习惯偏侧而卧，筋脉受到长期压迫，遂致气血阻滞而成肩痹；肩痛日久，局部气血运行不畅，气血瘀滞，以致患处肿胀黏连，最终关节僵直，肩臂不能举。“不通则痛”“不荣则痛”，各种原因导致脏腑经络气血运行不畅，或淤滞不行，或产生逆乱，或气机升降失常等气血运行障碍的病理改变，均会引起疼痛症状。观察组治疗方案的取穴，董氏奇穴天皇副穴为治疗肩臂痛及肩臂不举之特效穴，足千金、足五金穴治疗肩臂不能左右具有特效，并遵循董氏之上病下治，下病上治，左病针右，右病针左，故取健侧之天皇副穴为主穴，配以健侧之足千金、足五金穴。天皇副穴又名肾关，其定位处有肝、肾、脾三阴脉所过。《素问》云：“肾者，胃之关也”，肾关又为六腑解部，其效用从其名之来源得到表现。五旬之人，正气始亏，为本病之本虚所在，肾关通过六腑的作用来强肾气以扶正祛邪，肾关调六腑以通六腑之经脉，其穴近阴陵泉，太阴脾经与阳明胃经相表里，又同名经相连，故对阳明型漏肩风及太阴型漏肩风病效更佳，取本穴为主穴，扶正固表祛邪，通经活络止痛。足千金、足五金二穴在肺肾解部，是肺肾肾水之象，故有补肾扶正、调肺固表之效，两穴在足外侧，处正经足三阳所过之处，特别近足少阳经之上，故对少阳型漏肩风证可具佳效。灵骨、大白在董氏奇穴理论里具温阳补气之效为第一，两穴之间为手阳明之合谷，其效多以此为凭，其治风、半身不遂多用手阳明的多气多血之特性，借合谷之性，一可祛风泻邪，二可补大肠之气固肺表，且历代书籍记载合谷穴多配健侧之穴以诱发气血的流动，以调阳明之气，通经脉。此五穴相配，补肾扶正，气血得调，经络得通，以达“荣则不痛，通则不痛”之效。董氏奇穴之动气针法认为，人体有自然抗力，并有相对平衡点，故常采用“交经远刺”，以远处穴道疏导配以动气针法，患者的意念集中于患肩，以自身最明显的活动受限动作配合患侧肩部运动，可达到针刺“守神”的作用，动而得气，使针刺与患处之气相引，达到气至病所，舒筋通络之效；灵骨、大白二穴针刺形成董氏奇穴的倒马针法，该法具有增强疗效的作用，并寓有董氏全息论的意味，可发挥上针治上，下针治下，配合动气法，更增疗效。

漏肩风关节活动受限亦为其主要临床症状，中医学认为筋脉失养，经络瘀滞，拘急不用而出现屈伸不利，故在治疗上旨在荣养筋脉，活血通络，方可使屈伸得利。就漏肩风中医学经络辨证而言，多为手少阳经型、手阳明经型、手太阳经型，本研究治疗方案以具补肾固表、益气调血及通经活络之效的健侧天皇副穴、足千金、足五金和患侧的灵骨、大白五穴配以动气而至病所、舒筋通络之动气针法，三阴与三阳相表里，特别是

天皇副穴位于足太阳经走行上，临近阴陵泉，临床漏肩风在屈伸时肩前疼痛较多，痛点多于手太阳经走行范围，同名经相得，远端取天皇副穴具有疏通太阳经气机的效用，临阴陵泉可具健脾滋阴之效，经脉气血得充，具荣养经筋，瘀滞得祛之效，并太阴与阳明相表里，配以位于足三阳经走行范围的足千金、足五金，具有疏通三阳经气机的效用，再者，患侧取灵骨、大白位于手阳明经走行上，配以针刺得气时采用活动肩部的动气针法，同名经相得，手足阳经经气得通，共达荣则不痛、通则不痛，荣则经脉得养、通则气血经络得通而拘急得解、屈伸得利。

5.2 从现代医学角度对本研究结果的探讨 本研究通过对受试病例的年龄分布情况进行分析，其平均年龄在 54 岁左右，女性患者比例亦多于男性患者，与现代医学对肩周炎的流行病学研究结果相符，在临床症状及体征上亦相符。关于观察组的针刺治疗方案，其疗效的发挥机制与常规针刺治疗具有相同之处，同时亦有其自身的特点，其现代医学的作用机理可通过肩局部炎症组织的修复、微循环改善及痉挛肌群的解痉等方面进行推论。现代医学对针刺镇痛有研究提出：针刺治疗能刺激脑啡肽释放，缓解疼痛，促进血液循环，使致病因子及早排除，促进组织修复；针刺治疗可以调整细胞内  $Ca^{2+}$  的活动值，可能与细胞对  $Ca^{2+}$  转运功能的恢复有关，对组织损伤，尤其是肌肉组织损伤修复有明显促进作用；针灸还可以调节机体免疫功能，减少炎症细胞及淋巴细胞在损伤部位局部聚集，减少其在损伤部位的致病作用，有利于损伤的修复。再者可能表现在微循环的改善及肌群痉挛的缓解，可能通过神经系统的反射效应相关，针刺会引起感觉神经兴奋，表皮乳头及骨膜都含有大量密集神经末梢，而本针刺治疗方案，针刺穴位方法皆讲究贴骨针刺，且针刺深度 1~1.5 寸，每 10 min 行针 1 次，此刺激方法及强度能导致神经兴奋提高，神经冲动并能向中枢传导，从而反射性地引起肌肉松弛，起到解痉的作用。同时采取动气针法配合患侧肩部运动，现代医学治疗该病多嘱患者进行功能锻炼，以缓解肩关节局部软组织粘连，促进局部微循环功能的改善，也能改善肩部肌群痉挛，而采取动气针法针刺董氏奇穴，即能在针刺得气时运动患肩以达到该治疗目的。

#### [参考文献]

- [1] Bunker TD. Elser CANF rozen shoulder and lipids[J]. J Bone joint surg(Br), 1995, 77(5): 677- 683.
- [2] 杨维杰. 董氏奇穴针灸学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1995: 2- 11, 13- 21.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9- 94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 211- 212.

(责任编辑: 刘淑婷)