

## ◆ 针灸研究 ◆

## 中药热熨联合手法治疗肩周炎 75 例临床观察

毛振涛<sup>1</sup>, 郎娜<sup>2</sup>

1. 北京市利康医院理疗科, 北京 102600; 2. 中国中医科学院西苑医院皮肤科, 北京 100091

**[摘要]** 目的: 观察中药热熨联合手法治疗肩周炎寒湿痹阻证临床疗效。方法: 将 150 例患者按随机数字表法分为对照组与观察组各 75 例。对照组采用功能锻炼加中频电疗法治疗。观察组采用中药热熨联合手法治疗, 2 组疗程均为 4 周。进行治疗前后 McGill 疼痛问卷 [包括疼痛分级指数 (PRI)、疼痛视觉模拟评分 (VAS) 及现在疼痛状况 (PPI) 3 维度] 评分、肩关节活动度 (采用 Melle 评分)、日常活动能力 [采用美国肩肘外科医师评分 (ASES) 肩关节功能评价量表] 和寒湿痹阻证评分。结果: 临床疗效总有效率观察组 85.33%, 高于对照组 70.67%, 2 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组 VAS、PRI、PPI 及 SF-MPQ 量表总分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后, 观察组 PRI、VAS、PPI 及 SF-MPQ 量表总分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。与治疗前比较, 治疗后, 2 组 Melle 评分和寒湿痹阻证评分均下降, ASES 上升, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后, 观察组 Melle 评分和寒湿痹阻证评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 中药热熨联合手法治疗肩周炎性颈肩痛寒湿痹阻证患者, 能改善颈肩痛症状, 改善肩关节活动度, 降低中医证候评分, 提高患者日常生活能力, 临床疗效良好。

**[关键词]** 颈肩痛; 肩周炎; 寒湿痹阻证; 中药热熨; 手法; 临床观察

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 06-0107-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.06.037

## Clinical Observation of Herbal Blanching Combined with Manipulation for Scapulohumeral Periarthritis : A Study of 75 Cases

MAO Zhentao, LANG Na

**Abstract :** Objective : To observe the clinical effect of herbal blanching combined with manipulation for scapulohumeral periarthritis with stagnation of cold-dampness syndrome. Methods : Divided 150 cases of patients into the control group and the observation group randomly , 75 cases in each group. The control group was treated with functional exercise and medium frequency electrotherapy , while the observation group was treated with herbal blanching combined with manipulation. Both groups received treatment for 4 weeks. Evaluated score of McGill pain questionnaire (MPQ) [including pain rating index (PRI) , visual analogue scale (VAS) and present pain index (PPI)] , shoulder activity degree (scored by Melle) , daily activity [evaluated by shoulder function rating scale of the American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES)] and score of stagnation of cold-dampness syndrome. Results : The clinical total effective rate was 85.33% in the observation group , being higher than 70.67% in the control group , the difference being significant ( $P < 0.05$ ). After treatment , comparing with those before treatment , scores of VAS , PRI , PPI and SF- MPQ (the short- form MPQ) in both groups were decreased , differences being significant ( $P < 0.01$ ). After treatment , scores of VAS , PRI , PPI and SF- MPQ in the observation group were lower than those in the control group , differences all being significant ( $P < 0.01$ ). Comparing with those before treatment , Melle scores and scores of stagnation of cold-dampness syndrome in both groups were declined , while ASES scores in both groups were raised , differences being significant ( $P < 0.01$ ). After treatment , Melle score and score of stagnation of cold-dampness syndrome in the observation group were both lower than those in the control group , differences being significant ( $P < 0.01$ ).

**[收稿日期]** 2016-09-14

**[作者简介]** 毛振涛 (1977-) , 男 , 主治医师 , 主要从事中医骨伤科临床工作。

**[通讯作者]** 郎娜 , E-mail : maozhentaobj@163.com。

Conclusion: The therapy of herbal blanching combined with manipulation for scapulohumeral peri-arthritis with stagnation of cold-dampness syndrome can improve the symptom of neck and shoulder pain and shoulder activity degree, reduce Chinese medicine symptom score and enhance patients' s daily activity, which has good clinical effect.

Keywords: Neck and shoulder pain; Scapulohumeral peri-arthritis; Cold dampness syndrome; Herbal blanching; Manipulation; Clinical observation

肩周炎早期最主要的表现即为颈肩部疼痛,随着病程的进展,除疼痛外,还有活动功能障碍等,给患者带来较大的痛苦,影响患者的生活质量。临床仍以保守治疗为主,目前,临床无单一有效的治疗手段,多采用综合康复治疗以提高临床疗效。本病属中医学肩凝风、露肩风、五十肩等,属痹证范畴。中医药治疗手段丰富,包括针灸、按摩、小针刀、中药内服、中药外洗等,具有较好的临床效果,且副作用少。笔者以中药热熨联合手法治疗肩周炎取得了较好效果,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《肩关节周围炎》<sup>[1]</sup>:好发于50岁左右,右侧发病较左侧为多;临床表现为肩关节周围疼痛,并有明显的活动受限,甚则出现肌肉萎缩;X线平片可见到肩部骨质疏松,或冈上肌腱、肩峰下滑囊钙化征。根据病史、症状、体征、X线摄片检查等方面进行明确诊断。

1.2 辨证标准 寒湿痹阻证<sup>[1]</sup>,症见:肩部串痛,遇风寒痛增,得温痛减,畏风恶寒,肩部有沉重感,舌质淡,苔白或腻,脉弦滑或紧。

1.3 纳入标准 ①符合上述肩周炎诊断及辨证标准;②病程>3月;③年龄40~70岁;④同意配合门诊治疗,均取得患者知情同意书并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①风湿性关节炎和类风湿性关节炎,心、胆等脏器疾病反射性肩痛;②合并颈椎病、肩关节结核、肿瘤者;③合并有严重的心、肝、肾功能损害者,免疫缺陷,精神障碍或者糖尿病、血液病者;④妇女妊娠期及哺乳期者;⑤肩周皮肤破伤者或有皮肤疾病者。

1.5 一般资料 观察病例为北京市利康医院理疗科2013年6月—2016年4月150例患者,按随机数字表法分为2组各75例。对照组男31例,女44例;年龄45~70岁,平均(57.2±11.5)岁;病程4~17月,平均(8.5±3.9)月。观察组男29例,女46例;年龄43~68岁,平均(57.8±12.3)岁;病程5~19月,平均(9.1±4.4)月。2组年龄、性别、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用功能锻炼加中频电疗方案。①功能锻炼<sup>[1]</sup>:进行肩关节旋肩、扩胸、展翅、拉滑轮、外展屈曲、后伸、绕环、耸肩、体后拉手和爬墙练习。每天2次,每次20min,强度以肩关节感到疼痛并能忍受为度。②中频电疗:采用翔云K8832-T电脑中频治疗仪,选择1号处方,每次20min,每天1次。

2.2 观察组 采用中药热熨加手法治疗。①手法治疗<sup>[1]</sup>:部位:伤侧肩关节周围,肩臂部及上臂。穴位:肩髃、肩贞、肩井、肩三俞、天宗、秉风、缺盆、极泉等。主要采用推、揉、擦、搓、拨等手法,分别采用分推抚摩肩部法、揉擦肩周上臂法、揉擦肩脚周围法、按摩腧穴痛点法、被动运动肩部法、拍打患臂拿肩法等,每次25min,每天1次,刺激量应因人、因症而定。②中药热熨:生草乌、生川乌、丹参、乳香、没药、川芎、香附、秦艽、桑枝、桂皮。等份组成,打粉备用。分装成每布袋600g。用时以微波炉加热10min,放置直到37℃左右,包棉质毛巾,热熨上述部位,每次25min,每天1次,每包药可反复使用5次。

2组均治疗6天为1疗程,间隔1天进行下1疗程,共4疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用McGill疼痛问卷(SF-MPQ)进行疼痛程度评价,SF-MPQ包括疼痛分级指数(PRI),疼痛视觉模拟评分法(VAS)和现在疼痛状况(PPI)3方面<sup>[2]</sup>,治疗前后各评价1次。②采用Melle评分评价肩关节活动度,包括肩部的肩外展、肩中立位外旋、手到颈项、手到脊柱和手到嘴5个基本动作进行评分<sup>[3]</sup>。③采用美国肩肘外科医师评分(ASES)肩关节功能评价量表评价日常活动能力(ADL)<sup>[4]</sup>,包括穿衣服、梳头、如厕等10个日常生活活动,从无困难到完全不能分别记3~0分。④寒湿痹阻证评分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>制定,根据无、轻、中、重分别记录0、1、2、3分,治疗前后各评价1次。

3.2 统计学方法 数据管理与统计分析均采用SPSS19.0软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较采用 $t$ 检验,计数资料比较采用 $\chi^2$ 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>[6]</sup>制定。痊愈:治疗后SF-MPQ=0且Melle=0。显效:治疗后SF-MPQ改善度>70%或Melle改善度>70%。有效:50%≤治疗后SF-MPQ改善度≤70%或50%≤Melle改善度≤70%。无效:治疗后SF-MPQ改善度≤50%且Melle改善度≤50%。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总病例数×100%。SF-MPQ改善度计算方法=(治疗前SF总分-治疗后SF总分)/治疗前SF总分×100%;Melle改善度计算方法=(治疗前Melle总分-治疗后Melle总分)/治疗前Melle总分×100%

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床疗效总有效率观察组85.33%，高于对照组70.67%，2组间比较，经 $\chi^2$ 检验， $\chi^2=4.731$ ，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	75	21	20	12	22	70.67
观察组	75	30	20	14	11	85.33 <sup>①</sup>

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后SF-MPQ量表评分比较 见表2。治疗后，2组VAS、PRI、PPI及SF-MPQ量表总分均较治疗前下降，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；治疗后，与对照组比较，观察组PRI、VAS、PPI及SF-MPQ量表总分均低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后SF-MPQ量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	VAS	PRI	PPI	总分
对照组	治疗前	5.78±0.81	22.85±2.76	2.46±0.59	30.41±3.39
	治疗后	2.21±0.55 <sup>①</sup>	10.95±1.84 <sup>①</sup>	1.19±0.36 <sup>①</sup>	13.56±2.18 <sup>①</sup>
观察组	治疗前	5.81±0.86	23.47±2.81	2.52±0.62	31.03±3.43
	治疗后	1.45±0.44 <sup>②</sup>	7.27±1.69 <sup>②</sup>	0.70±0.31 <sup>②</sup>	8.65±1.71 <sup>②</sup>

与治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后Melle评分、ASES和寒湿痹阻证评分比较 见表3。与治疗前比较，治疗后，2组Melle评分及寒湿痹阻证评分均下降，ASES上升，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；治疗后，观察组Melle评分及寒湿痹阻证评分均低于对照组，观察组ASES高于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后Melle评分、ASES和寒湿痹阻证评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	Melle评分	ASES	寒湿痹阻证
对照组	治疗前	11.75±2.51	13.81±2.75	22.51±3.16
	治疗后	2.85±0.78 <sup>①</sup>	20.24±3.51 <sup>①</sup>	8.24±1.76 <sup>①</sup>
观察组	治疗前	11.82±2.64	13.77±2.68	23.05±3.35
	治疗后	1.51±0.67 <sup>②</sup>	23.71±3.85 <sup>②</sup>	3.51±1.57 <sup>②</sup>

与治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.01$

## 5 讨论

本病目前以对症处理为主，目的是缓解患者的疼痛症状，恢复关节功能。

中医学认为，风寒湿三气杂至，合而为痹也。年老衰弱，肝肾不足，营卫不和，外邪由表入里；或因外感风寒湿侵袭，经络痹阻，营卫气血不畅；或外伤后瘀血停留于肌肉筋骨之间，导致经络气血不通。均可脉络不通，筋脉拘急，不通则痛，不荣则痛<sup>[7-8]</sup>。

手法早期应以舒筋通络，祛瘀止痛，加强筋脉功能为主；晚期则以剥离粘连，滑利关节，恢复关节活动功能为主。手法是中医临床治疗肩周炎最基础的方法，对疼痛的改善和功能的恢复均具有较好效果。

本组中药热熨方中生草乌、生川乌祛风除湿，温经散寒止痛；桂枝散风寒，通血脉；乳香、没药活血行气，消肿止痛；川芎活血祛风止痛，丹参化瘀通络止痛；香附疏肝解郁，理气止痛；秦艽祛风湿，止痹痛；老桑枝祛风湿，利关节。全方共奏祛风化湿散寒、活血通络止痛之功。采用患部热熨，通过热力作用，使药物直达病所<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示，治疗后观察组SF-MPQ的PRI、VAS、PPI及SF-MPQ量表总分均低于对照组，提示了中药热熨联合手法的方案治疗肩周炎，能很好的控制患者疼痛症状。治疗后观察组Melle和寒湿痹阻证评分低于对照组，ASES评分高于对照组，提示中药热熨联合手法可进一步改善肩关节活动度，降低寒湿痹阻证评分，提高患者的日常生活能力。观察组临床疗效总有效率85.33%，高于对照组70.67%，提示了中药热熨联合手法临床疗效，值得临床应用。

综上所述，中药热熨联合手法治疗肩周炎性颈肩痛寒湿痹阻证患者，能改善颈肩痛症状，改善肩关节活动度，降低中医证候评分，提高患者的日常生活能力，临床疗效良好。

## [参考文献]

- [1] 中华中医药学会. 肩关节周围炎(ZYYXH/T378-2012)[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(2): 73-75.
- [2] 李君, 冯艺, 韩济生, 等. 中文版简版 McGill 疼痛问卷-2 的制定与多中心验证[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(1): 42-46.
- [3] 何继永. 外科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 269.
- [4] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 222-225.
- [5] 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: 206.
- [6] 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: 199-201.
- [7] 郭恺. 王友仁旋颈动肩法治疗肩周炎经验总结[J]. 浙江中医药大学学报, 2015, 39(9): 707-709.
- [8] 谢生山, 王霞, 谢宁. 谈中西医疗法结合治疗肩周炎[J]. 新疆中医药, 2008, 26(3): 61-62.
- [9] 陆晓. 巨针配合手法松解、中药热熨治疗肩周炎临床观察[J]. 中国疗养医学, 2012, 21(6): 489-490.

(责任编辑: 刘淑婷)