

◆ 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¹, 郎娜²

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》^[1]: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^[1],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^[1]: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^[1]: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、桂枝。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^[2],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^[3]。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)^[4],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)》^[5]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 χ^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》^[6]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 χ^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 ^①

与对照组比较，^① $P<0.05$

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 ^①	10.95±1.84 ^①	1.19±0.36 ^①	13.56±2.18 ^①
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 ^②	7.27±1.69 ^②	0.70±0.31 ^②	8.65±1.71 ^②

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

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 ^①	20.24±3.51 ^①	8.24±1.76 ^①
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 ^②	23.71±3.85 ^②	3.51±1.57 ^②

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

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^[7-8]。

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，丹参化痰通络止痛；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^[9]。

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)