

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.17.015

火针痛点治疗肩周炎 30 例临床观察

刘婷¹, 肖钢², 刘建武^{3*}

(1. 江西中医药大学研究生院, 江西省南昌市湾里区兴湾大道 818 号, 330006; 2. 吉安县妇幼保健院; 3. 江西中医药大学附属医院)

摘要 目的 观察火针痛点治疗肩周炎的临床疗效。方法 将 60 例肩周炎患者随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组给予火针痛点治疗, 对照组给予火针“肩三针”穴治疗, 两组均隔日治疗 1 次, 治疗 12 天。治疗前后进行视觉模拟评分法 (VAS)、现有疼痛强度 (PPI) 评分量表、关节活动度 (ROM) 评分, 并评价临床疗效。结果 观察组临床疗效总有效率为 93.3%, 对照组为 66.7%, 观察组临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后 VAS、PPI 评分均明显下降, 肩关节活动度各项指标均明显升高 ($P < 0.05$), 且观察组均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论火针痛点干预肩周炎的临床疗效确切, 能明显改善肩关节活动度, 缓解疼痛, 优于火针“肩三针”穴。

关键词 肩周炎; 火针; 痛点; 肩三针

肩周炎是肩关节囊和关节周围软组织的退行性炎症性疾病, 50 岁多发, 女性多于男性。本病属中医学“五十肩”“漏肩风”范畴, 火针治疗疗效显著^[1-3], 为观察不同腧穴疗效差异, 我们应用火针痛点及火针“肩三针”穴治疗肩周炎, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

中医诊断及辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4] 190 制定。诊断标准: 1) 慢性劳损, 外伤筋骨, 气血不足复感受风寒湿邪所致; 2) 肩周疼痛, 以夜间为甚, 常因天气变化及劳累而诱发, 肩关节活动功能障碍; 3) 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; 4) X 线检查多无明显异常, 病程久者可见骨质疏松。风寒痹阻证辨证标准: 肩部串痛, 遇风寒痛增, 得温痛缓, 畏风恶寒, 或肩部有沉重感。舌质淡, 苔薄白或腻, 脉弦滑或弦紧。

1.2 纳入标准

1) 符合上述中医诊断及辨证标准; 2) 病程 < 1 年; 3) 在肩关节局部可找到明显压痛点; 4) 年龄 30 ~ 70 岁; 5) X 线及实验室检查正常者; 6)

签署知情同意书者。

1.3 排除标准

1) 合并高热、急性传染病、糖尿病、恶性肿瘤等全身性疾病者; 2) 由肩部急性软组织伤、脱位、骨折、感染性炎症及结核、肺炎肿瘤浸及臂丛神经、颈部疾患、风湿性关节炎、痛风等所致的肩痛及功能障碍者; 3) 妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 剔除标准

1) 未能完成治疗者; 2) 加用其他疗法无法判定疗效或资料不全者。

1.5 一般资料

60 例肩周炎患者来自 2014 年 11 月至 2015 年 8 月江西中医药大学附属医院针灸科的门诊患者, 按就诊顺序用随机数字表法分为观察组和对照组各 30 例。观察组中男 15 例, 女 15 例; 年龄 38 ~ 66 岁, 平均年龄 (51.96 ± 5.55) 岁; 病程 1 ~ 10 个月, 平均病程 (5.10 ± 2.31) 个月。对照组中男 14 例, 女 16 例; 年龄 43 ~ 69 岁, 平均年龄 (51.73 ± 5.16) 岁; 病程 1 ~ 9 个月, 平均病程 (4.53 ± 2.09) 个月。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

观察组: 寻找肩关节及其附近最痛处或压痛点

* 通讯作者: ljw6312@126.com

3 个,用碘伏皮肤消毒,75% 乙醇脱碘后,选用 0.35 mm × 25 mm 规格不锈钢毫针(苏州医疗用品厂有限公司,批号:140418),在酒精灯上加热烧红,待针尖针身白亮通红时快速准确地刺入,刺入深度为 0.5 ~ 0.9 寸,随即快速拔出,用消毒干棉球轻按针孔片刻。每次火针治疗 3 个痛点,隔日治疗 1 次,治疗后嘱患者保护针孔干燥,当天不能触及生水。

对照组:火针治疗“肩三针”穴(肩髃、肩前、肩贞),火针操作方法同观察组。

两组疗程均 12 天。

2.2 观察指标及方法

采用视觉模拟评分法(VAS)、现有疼痛强度(PPI)评分量表^[4],肩关节功能评价量表^[5]中的关节活动度(ROM),治疗前后由专业人员指导患者填写。

2.3 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]^[19]:治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,满足正态性和方差齐性时,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对样本 *t* 检验;不满足正态性或方差齐性时则采用非参数检验;等级资料采用秩和检验,检验水平 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示,观察组临床疗效明显优于对照组($Z = 7.076$, $P = 0.029$)。

表 1 两组肩周炎患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
观察组	30	18(60.0)	10(33.3)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	11(36.7)	9(30.0)	10(33.3)	20(66.7)

3.2 两组患者治疗前后 VAS、PPI 评分比较

表 2 示,两组治疗后 VAS、PPI 评分均明显下降($P < 0.01$),且观察组优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组肩周炎患者治疗前后 VAS、PPI 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	VAS 评分	PPI 评分
观察组	治疗前	30	6.43 ± 1.61	3.17 ± 1.02
	治疗后	30	1.83 ± 0.94 ^{*△}	1.03 ± 0.56 ^{*△}
对照组	治疗前	30	6.50 ± 1.54	3.30 ± 1.02
	治疗后	30	3.76 ± 1.30 [*]	2.23 ± 0.89 [*]

注:VAS,视觉模拟评分法;PPI,疼痛强度;与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后肩关节活动度比较

表 3 示,两组治疗后肩关节活动度各项指标均明显升高($P < 0.05$),且观察组均明显高于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

肩周炎多以肩部疼痛,肩关节活动障碍,尤其是患臂外展、前屈、外旋、后伸时受到明显限制为主要表现,其受累病灶往往在肩袖、肱二头肌肩袖滑囊、肩韧带等处,这些区域正是“肩三针”穴区,针刺该穴区可振奋阳气,缓解阳经之迟缓,起到疏通经络松解粘连的效果^[4]。本研究采用火针痛点干预肩周炎,并与火针干预“肩三针”穴区进行比较,结果显示,火针痛点干预肩周炎的临床效果明显优于“肩三针”穴,能明显缓解肩关节疼痛,改善肩关节活动度。

分析火针痛点治疗的作用机制主要表现为以下两个方面:1) 痛点施术对经筋病具有明确而有效的靶向性。肩周炎多因感受风寒湿邪或跌扑闪挫外伤,经络受损而痹阻不通所致,属于中医经筋之病。早在《灵枢·经筋》中就提出了经筋病“以痛为输”的治疗原则。现代有学者提出了激痛点针刺疗法,激痛点是指按压时可出现局部敏感痛点,甚至可引起远端疼痛,有时还可产生感传性植物神经症状及本体感觉障碍的部位^[4]。从其临床特征来看,它与传统针灸学中的阿是穴十分类似,激痛点针刺疗法在治疗肌筋膜疼痛方面临床疗效较

表 3 两组肩周炎患者治疗前后肩关节活动度比较($^{\circ}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	前屈	后伸	外展	内旋	外旋
观察组	治疗前	30	76.50 ± 13.08	26.27 ± 5.59	60.90 ± 10.18	22.00 ± 4.99	25.10 ± 5.36
	治疗后	30	163.00 ± 7.70 ^{*△}	46.00 ± 3.60 ^{*△}	157.00 ± 9.59 ^{*△}	44.00 ± 3.80 ^{*△}	44.73 ± 3.06 ^{*△}
对照组	治疗前	30	69.53 ± 9.57	25.47 ± 5.58	55.67 ± 10.76	22.83 ± 4.63	23.03 ± 4.64
	治疗后	30	140.07 ± 9.04 [*]	37.9 ± 4.14 [*]	132.73 ± 10.83 [*]	31.13 ± 4.10 [*]	36.5 ± 4.86 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

传统针灸更好^[8]。王淑娟等^[9]认为,针刺刺激痛点的疗效机制在于针刺或持续按压激痛点结节可使局部血管反射性扩张,从而改善局部血液循环,促进新陈代谢,加快致痛因子及代谢产物的排出,以降低激痛点的活性。另外,针刺还可以启动中枢神经系统的疼痛抑制机制,抑制致痛因子导致的知觉感受器的兴奋性^[8]。同时在激痛点处的肌腱及肌肉周围处给予针刺刺激,还可以通过改善局部血液循环而使持续收缩而变硬的肌腱弛缓、放松而逐渐缓解疼痛^[8]。由此可见,痛点是治疗经筋病的具有靶向性的施术部位。2) 火针痛点是经筋病的有效施术方式。《灵枢·经筋》明确提出了经筋病“治在燔针劫刺”的干预手段,大量临床报道显示,火针、针刺、温针灸、针刀等治疗肩周炎有确切的临床疗效,且火针的疗效最为显著^[10-11]。现代医学研究表明,肩周炎多发生肩周各组织的炎性渗出、细胞坏死、软组织增生、粘连、结疤、肌挛缩等病变^[12]。火针直接刺病位痛点,能迅速消除或改善局部组织水肿、充血、渗出、粘连、钙化、挛缩、缺血等病理变化,从而加快循环,旺盛代谢,使受损组织和神经重新恢复^[13]。可见干预痛点的镇痛效果与其所选用的施术方式密切相关,火针痛点是治疗肩周炎的有效施术方式。

参考文献

[1] 陈静,刘丽莎. 火针治疗粘连性肩周炎疗效观察 [J].

现代中西医结合杂志, 2014, 23(22): 2449-2450.

[2] 李共信, 张锡三, 陈淑彦, 等. 火针治疗肩关节周围炎临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(9): 27-28.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.

[4] 赵英. 疼痛的测量和评估方法 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(16): 2347-2349.

[5] 李海燕, 靳兵, 吴辉. 肩关节功能评价量表及可靠性研究 [J]. 中国康复医学杂志, 1993, 8(5): 223-224.

[6] 李知垠. 针灸治疗肩周炎近 10 年回顾 [J]. 中医药信息, 2012, 29(2): 31-32.

[7] 彭增福. 激痛点针刺疗法操作特点及其启示 [J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(5): 55-58.

[8] ITOH K, KATSUMI Y, HIROTA S, et al. Randomised trial of trigger point acupuncture compared with other acupuncture for treatment of chronic neck pain [J]. Complement Ther Med, 2007, 15(3): 172-179.

[9] 王淑娟, 苏牧. 针刺扳机点治疗常见疼痛类疾患 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(9): 548-549.

[10] 李辉, 丁海涛, 吴建敏, 等. 毫针、火针结合对肩关节周围炎患者疼痛影响的临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(12): 1-4.

[11] 胡美心. 火针治疗肩周炎 40 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(1): 46-47.

[12] 庞继光. 针刀医学基础与临床 [M]. 深圳: 海天出版社, 2006: 387.

[13] 吴峻, 沈蓉蓉. 火针治疗慢性软组织损伤的实验研究 [J]. 中国针灸, 2002, 22(1): 31-32.

Clinical Observation on Fire-needling at Tender Points in Treating 30 Cases of Scapulohumeral Periarthritis

LIU Ting¹, XIAO Kai², LIU Jianwu³

(1. Graduate School, Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang, Jiangxi Province 330006; 2. Maternal and Child Care Service Centre of Ji'an County, Jiangxi Province; 3. Affiliated Hospital of Jiangxi University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the clinical curative effects of fire-needling at tender points in treating scapulohumeral periarthritis. **Methods** Randomly divided 60 patients with scapulohumeral periarthritis into observation group and control group, with 30 cases each. The observation group was treated with fire-needle at tender points. In the control group, patients were treated by fire needle at “three shoulder points”, which include Jianyu (LI15), Jianqian (extro ordinary point) and Jianzhen (SI9). Both groups were treated once every other day, for 12 days. Conducted grading in visual analogue scale (VAS), Present Pain Intensity (PPI) Score Scale and Range of Rom (ROM) before and after treatment to assesse the clinical curative effects. **Results** The total clinical effective rate in the observation group was 93.3% while that of the control group was 66.7%. The clinical curative effect in the observation group was remarkably superior to that of the control group ($P < 0.05$). VAS and PPI scores in both groups remarkably decreased after treatment and indexes of shoulder motion range remarkably improved ($P < 0.05$). All those measurements in the observation group were remarkably superior to those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Fire-needling at tender points had exact clinical curative effects for scapulohumeral periarthritis, and could remarkably improve shoulder motion range and relieve pain. The effect of tender points were superior to that of “three shoulder points”.

Keywords Scapulohumeral Periarthritis; fire needle; tender points; three shoulder points

(收稿日期: 2015-12-06; 修回日期: 2016-04-25)

编辑: 王利芬