

平衡针配合刺络拔罐治疗肩周炎的临床观察

马文娟

长沙市中医医院（长沙市第八医院） 湖南长沙 410100

[摘要] 目的 观察平衡针配合刺络拔罐治疗肩周炎的临床疗效。**方法** 采用随机数字表法将 70 例肩周炎患者随机分为观察组与对照组，每组 35 例。观察组采用平衡针配合刺络拔罐治疗，对照组采用传统针刺治疗。观察两组患者肩关节功能及疼痛的改善程度。**结果** 治疗后，两组患者症状体征评分均明显增高，且观察组对于肩部疼痛及关节活动度的改善明显优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 平衡针配合刺络拔罐及常规针刺法均能明显缓解患者疼痛，改善关节活动度，且平衡针配合刺络拔罐的疗效在缓解疼痛及改善关节活动度方面优于常规针刺法。

[关键词] 平衡针；刺络拔罐；肩周炎

[中图分类号] R246

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 07-132-02

肩关节周围炎，是一种以肩关节疼痛和活动功能障碍为特征的病症，简称肩周炎。其好发年龄为 50 岁左右，女性发病率略高于男性，左侧多于右侧。本病属祖国医学中“痹证”范畴，又称为五十肩、冻结肩、肩凝症、漏肩风等。肩周炎的体征和症状通常为进行性加重，症状和体征往往持续数月甚至数年，给患者的生活、工作造成极大影响。该病治疗方法很多，我科采取平衡针配合刺络拔罐治疗肩周炎，疗效显著，

现报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 2 月～2017 年 12 月我科收治的肩周炎患者 70 例为研究对象，随机分为观察组与对照组，每组 35 例。两组患者性别、年龄、病程比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，详见表 1。

表 1：两组肩周炎患者一般资料比较

组别	例数	性别（例）		年龄（岁）			病程（月）		
		男	女	最小	最大	平均（ $\bar{x} \pm s$ ）	最短	最长	平均（ $\bar{x} \pm s$ ）
观察组	35	10	25	42	75	49.1 ± 8.9	1.5	15.0	6.9 ± 2.6
对照组	35	11	24	39	74	48.4 ± 9.1	2.0	14.0	7.1 ± 2.4

1.2 病历选取标准

所有患者均符合《针灸治疗肩周炎循证临床实践指南》中有关肩关节周围炎的中、西医诊断标准^[1]，年龄在 35～75 岁之间，且能够按计划疗程与治疗方坚持治疗者。排除有明显颈椎病、骨折、韧带断裂、肩关节结核及肿瘤、内科疾病所引起的肩部疼痛，排除心脑血管病变、严重肝肾功能不全、血液系统疾病等重大疾病，同时排除精神异常等不能配合治疗的患者及孕妇。

1.3 治疗方法

1.3.1 观察组。①平衡针刺法：参考《王文远平衡针治疗颈肩腰腿痛》^[2]，取对侧肩痛穴，即腓骨小头与外踝连线的上 1/3 处；操作方法：患者取仰卧位，双手握住，肘部伸直，双臂上举至最痛处停止，常规消毒后，选用安迪牌 0.35mm × 75mm 一次性毫针，向腓骨内侧刺入 2～4cm，行上下提插针刺手法，以针感向足背、足趾和踝关节传导出现的麻胀感为宜，得气后出针。②刺络拔罐法：根据患者病情轻重、虚实等决定 1～2 处阿是穴，常规消毒后，使用安迪牌一次性梅花针重扣放血后拔罐，留罐 10min（糖尿病患者留罐 8min）后起罐，擦净局部并消毒。针刺 1 次/日，刺络拔罐隔日 1 次，10 日 1 疗程。

1.3.2 对照组。取穴：参考《针灸治疗学》^[3]，取患侧肩髃、肩前、肩贞、阿是穴、阳陵泉、中平穴、= 肩髃臂臑、肩井、天宗、曲池、外关、合谷、阿是穴；操作方法：患者坐位或侧卧位，常规消毒后，阿是穴之外的腧穴，选用安迪牌 0.30mm × 40mm 一次性毫针按照标准进行针刺；阿是穴，则选择平刺或 45° 角进针，以刺到筋膜压痛点为准。留针 30min，留针期间以红外线 TDP 灯照烤局部。每日 1 次，疗程同上。两组均治疗 2 个疗程。

1.4 疗效评定

1.4.1 观测指标。采取 Constant-Murley 法评定进行评分，总分 100 分，分值由轻到重递减，疗效评分为治疗前后得分差值。在治疗前后分别评分。

1.4.2 疗效评定标准。采用尼莫地平法计算，疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%；痊愈：肩部疼痛及关节活动功能恢复正常，疗效指数 ≥ 95%；显效：肩部疼痛及关节活动功能明显改善，70% ≤ 疗效指数 < 95%；有效：肩部疼痛及关节活动功能有所好转，30% ≤ 疗效指数 < 70%；无效：肩部疼痛及关节活动功能无明显改善，甚或加重，疗效指数 < 30%。（痊愈、显效和有效病例数计算总有效率，痊愈和显效病例数计算显愈率。）

1.4 统计学方法

应用 SPSS17.0 统计软件包进行数据的统计分析。计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，所有资料进行正态性检验，符合正态分布者，两样本比较用成组 t 检验，自身前后对照采用配对 t 检验。不符合正态分布者，两样本比较用 Wilcoxon 秩和检验，自身前后对照采用符号秩和检验；计数资料用 X² 检验；等级资料采用秩和检验。结果以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较，疗效均显著，但两组比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），说明两组临床疗效相当，但观察组的显愈率（71.4%）优于对照组（60%）。详见表 2。

表 2：两组肩周炎患者临床比较（例）

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率（%）
观察组	9	16	8	2	94.3
对照组	6	15	10	4	88.6

2.2 两组患者治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较，肩关节功能评分均明显提高，且观察组疼痛及肩关节活动度评分改善程度优于对照组，两组比较差异有统计学意义。

义 ($P < 0.05$)，详见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	疼痛 (15 分)	肩关节日常活动 (20 分)	肩关节活动度 (40 分)	肌力 (25 分)
观察组	35	治疗前	4.04±3.21	8.42±2.03	23.18±4.46	21.33±3.25
		治疗后	12.89±3.02* [△]	17.74±2.77*	33.86±6.12* [△]	24.43±2.76*
对照组	35	治疗前	4.11±3.34	8.12±1.98	22.93±5.76	22.45±3.01
		治疗后	9.23±2.88*	16.47±3.46*	27.37±6.72*	22.67±2.88*

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

3 讨论

肩周炎是一种临床常见病, 祖国医学认为其发病多因人至五十, 气血衰微, 经脉空虚, 筋骨失其濡养, 再加过劳外感, 风寒湿邪侵袭肩部, 致经脉瘀阻, 不通而痛, 病程迁延日久, 肩关节周围软组织逐步粘连, 而出现肩关节功能活动障碍。肩痛穴是王文远教授治疗肩周炎的经验效穴, 选择刺激健侧穴位, 能够激发健侧经气, 同时调动患侧精气, 疏通患侧经络, 最终达到气血调和, 阴平阳秘的状态, 使疾病得愈。肩周炎患者往往局部有明显压痛点, 祖国医学认为“瘀则生痛, 痛则不通”, 治疗多采用“取血脉以散恶血”的治疗手段, 刺络拔罐法能够快速改善局部血液循环障碍, 且疗效显著。

从本研究情况来看, 肩周炎患者经平衡针配合刺络拔

罐疗法治疗后, 各项评分均较治疗前明显提高, 且疼痛评分与肩关节活动度评分改善程度大于传统针灸治疗方法 ($P < 0.05$), 说明平衡针法能够更好地减轻患者的肩部疼痛感, 改善肩关节活动度, 且此法取穴方便, 操作简单, 不需医者明确辨证, 无中医辨证基础的医疗人员亦能操作起效, 适宜基层推广。

【参考文献】

- [1] 陈滢如, 杨莉, 王莹莹等. 针灸治疗肩周炎循证临床实践指南 [J]. 世界针灸杂志, 2017;27(3):1-8.
- [2] 王启才. 针灸治疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009:212.
- [3] 王文远. 平衡针治疗颈肩腰腿痛 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010:50-51.

(上接第 130 页)

能具有活血化瘀、通络镇静等作用, 同时经过现代药理也证明该药物有抗氧化的效果, 同时还能抑制血管平滑肌增生, 保护血管内皮细胞, 进而达到调节血脂代谢的作用, 并且药物中的丹参乙酸镁可以刺激钾通道的开放, 降低其炎性反应, 保护血管内皮功能^[3]。

同时, 通过此次研究结果也不难看出, 观察组患者的治疗效果明显比对照组高, 在治疗前, 两组患者的血清炎性细胞因子差异极小, 但是治疗后, 观察组的相关数据明显优于对照组, 同时, 治疗后观察组患者的改善情况明显优于对照组, $p < 0.05$, 说明, 将丹参多酚酸盐应用在治疗糖尿病周围神经病变的临床中, 能有效改善患者的临床症状, 改善其血清炎

性细胞因子以及血管内皮功能, 保证患者的健康, 具有非常重要的意义。

【参考文献】

- [1] 李莉. 丹参多酚酸盐治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效及对血清炎性细胞因子、血管内皮功能的影响 [J]. 安徽医药, 2017, 21(4):710-713.
- [2] 刘宏娟, 姜峰, 贺影. 丹参多酚酸盐联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的疗效及对相关血清指标的影响 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(5):364-366.
- [3] 韦凌云, 杨丕坚, 李舒敏, 等. 丹参多酚酸盐对糖尿病周围神经病变患者炎性细胞因子及血管内皮功能的影响 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2014, 28(3):303-305.

(上接第 131 页)

慢性阻塞性肺疾病同时存在“痰淤”、“体虚”两方面, 先秦时期的医籍《黄帝内经》中不仅有了痰病痰证的记载, 随着时间的不断推移, 学术界对痰病则有了更深刻广泛的认知, 中医认为痰病分为两种, 一种为狭义的痰, 指肺部渗出物和呼吸道的分泌物, 容易被人们察觉和理解, 称之为外痰; 一种为广义的痰, 津液不能正常地运化, 致使其蕴结, 治疗应遵循清热、化痰、降气、活血、化瘀以及宁心安神的治则^[3]。

本次研究表明, 实验组肺功能中 FEV1 为 $2.82 \pm 0.71L$ 、PEF 为 $6.55 \pm 0.14L/S$ 优于对照组, 全血比黏度为 $3.21 \pm 0.52mpa/s$ 、高切全血黏度为 $4.62 \pm 0.74mpa/s$ 、切全血黏度为 $5.51 \pm 0.94mpa/s$ 、低切全血黏度为 $8.34 \pm 1.36mpa/s$ 、红细胞压积为 $42.13 \pm 4.36\%$ 优于对照组分析原因, 黄连温胆汤为泄痰和胃清胆之良方, 辅以枳实而泻之, 并助君药以清热化痰。联合使用共成共奏清热化痰, 宁心安神之功。半夏白术天麻汤有燥湿化痰, 平肝熄风的功效, 法半夏燥湿化痰, 降逆止呕; 以天麻化痰熄风而止头眩, 二药合用, 为

风痰眩晕头痛之要药, 两组联合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期效果显著^[4]。

综合上述, 运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期治疗效果明显显著, 患者肺功能恢复较好, 值得临床推广和应用。

【参考文献】

- [1] 黄青松, 罗明君, 杨洪静. 活血化瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰瘀互结证 25 例临床观察 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(10):51-53.
- [2] 代国方, 王红玲. 补益肺肾、化痰祛瘀法治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病临床研究 [J]. 中医学报, 2017, 32(10):1875-1877.
- [3] 马嘉蓉, 刘永刚, 吕华. 吕华运用开泄法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期经验 [J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(3):238-241.
- [4] 吉乐富, 万兴富. 固本祛痰化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床分析 [J]. 医学理论与实践, 2017, 30(22):3340-3342.