

〔文章编号〕 1007-0893(2022)23-0051-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.23.016

中医手法推拿松解肩胛下肌治疗肩周炎患者临床疗效

刘侃 林章彩 陈永忠 陈云

(福州市长乐区医院, 福建 福州 350200)

〔摘要〕 目的: 分析中医手法推拿松解肩胛下肌治疗对肩周炎患者的临床疗效。方法: 选取福州市长乐区医院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月期间收治的 70 例肩周炎患者, 以随机分组方式将所有患者划分为对照组 (35 例, 常规物理治疗) 和观察组 (35 例, 常规物理治疗+中医手法推拿松解肩胛下肌治疗), 比较两组患者中医证候积分、国际视觉疼痛模拟量表 (VAS) 评分, 和骨关节指数 (WOMAC) 评分、血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6) 等指标水平。结果: 治疗后观察组患者中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者 VAS、WOMAC 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者血清 CRP、IL-6 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者肩关节外旋、内旋、外展、内收及伸展度数均高于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中医手法推拿松解肩胛下肌治疗肩周炎患者可降低疼痛程度以及 WOMAC 评分, 有效改善中医证候评分以及炎症因子水平。

〔关键词〕 肩周炎; 推拿; 松解肩胛下肌

〔中图分类号〕 R 684.3 〔文献标识码〕 B

肩周炎也被称之为五十肩、漏肩风以及凝肩等, 是指肩关节周围组织不明原因自限性无菌性炎症^[1]。肩周炎患者的临床症状主要表现为肩关节疼痛以及活动受限, 是我国临床中常见的疾病之一, 常见于 50 岁左右的中老年人群。肩周炎的发病机制尚不明确, 但临床研究中通常认为, 滑膜炎以及关节囊纤维化共同作用是导致肩周炎发生的主要原因^[2]。肩周炎具有自限性, 临床在对患者进行治疗的过程中, 以减轻患者肩部疼痛、防止病情恶化为主要治疗的目的^[3-4]。中医认为中年人阳气虚弱, 肝肾不足, 导致经络肌肉营养不足。当感受外邪时, 正气不足, 邪凝经络会引起肩关节周围炎^[5]。中医一般将肩周炎分为四种类型: 风寒侵袭证、寒湿瘀阻证、血瘀阻络证和气血不足证。肩胛下肌是参与肩关节活动的重要组织, 肩胛下肌是肩袖肌群中最大、最强壮的肌肉, 位于肩胛骨前面, 呈三角形^[6]。起自肩胛下窝, 肌束向上经肩胛关节的前方, 止于肱骨小结节。作用是使肩胛关节内收内旋, 同时为实现肩关节前方稳定提供合力支持。中医临床在对患者进行治疗的过程中采用中医手法推拿松解肩胛下肌, 对提高患者肩关节活动能力, 缓解患者疼痛作用明显^[7]。本研究中选取福州市长乐区医院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月期间收治的 70 例肩周炎患者, 对中医手法推拿松解肩胛下肌治疗肩周炎患者的临床疗效进行分析, 旨在为临床对肩周炎患者的治疗提供理论支持, 具体情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取福州市长乐区医院 2021 年 6 月至 2022 年 6 月期间收治的 70 例肩周炎患者, 以随机分组方式将所有患者划分为对照组和观察组, 各 35 例。对照组男性 17 例, 女性 18 例; 年龄 49~65 岁, 平均年龄 (55.52 ± 7.89) 岁; 病程 1~4 个月, 平均病程 (2.61 ± 1.03) 个月; 发病部位: 左侧 14 例, 右侧 21 例; 风寒侵袭证 13 例, 寒湿瘀阻证 15 例, 血瘀阻络证 7 例。观察组男性 16 例, 女性 19 例; 年龄 49~66 岁, 平均年龄 (55.49 ± 7.85) 岁; 病程 1~4 个月, 平均病程 (2.53 ± 1.03) 个月; 发病部位: 左侧 15 例, 右侧 20 例; 风寒侵袭证 14 例, 寒湿瘀阻证 13 例, 血瘀阻络证 8 例。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。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 临床影像学确诊肩周炎患者; 诊断及辨证均符合《肩周炎防治》标准^[8]; (2) 对本研究知情同意; (3) 意识正常; (4) 近期未接受相关手术治疗。

1.2.2 排除标准 (1) 骨折患者; (2) 中途退出; (3) 依从性较差; (4) 恶性肿瘤疾病。

1.3 方法

所有患者均采用常规物理方式进行治疗, 采用红外线

〔收稿日期〕 2022-09-27

〔作者简介〕 刘侃, 男, 主治医师, 主要研究方向是推拿学。

治疗仪（澳尔华泰 HW-1000，京械注准 20182260194）治疗配合中频电脉冲仪（广州丰得利实业公司，型号 HZ-CS30）治疗方式，将红外线照射于患者患侧肩部，调整照射的高度以及面积，确保患者治疗过程中，患侧肩关节以及肩胛胸壁等能被均匀的照射，在对患者治疗中，照射时间为 20 min，中频电极片贴于患者冈上肌、冈下肌、三角肌中束及三角肌前束，设置仪器强度为 12，治疗时间为 20 min，同时在对患者治疗后，指导患者进行正确的肩部活动训练。每日 1 次，每次治疗 20 min，观察组患者在对照组的基础上采用中医手法推拿松解肩胛下肌治疗，患者采用仰卧位，平躺于推拿床上，医师于患者患侧坐位，指导患者将患侧手臂稍微外展，叉腰，保持肩部放松的状态，医师左手固定患者患侧手臂，右手平插入肩胛胸壁关节间隙，采用四指指腹按揉方式进行按摩，放松患者肩胛下肌，以患者耐受程度为准，适当增加力道，在按揉的过程中，用指尖拨动患者肩胛下肌。每次 10 min，每日 3 次。两组患者均连续治疗 2 周。

1.4 观察指标

(1) 中医证候积分，治疗前后对患者的临床症状（关节肿胀、关节疼痛以及关节灼热）进行评估，将其严重程度划分为无（0 分）、轻度（2 分）、中度（4 分）以及重度（6 分）；(2) 患者治疗前后国际视觉疼痛模拟量表（the international visual pain simulation scale, VAS）评分和西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数（Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis index, WOMAC）评分比较。VAS 评分：0~2 分为优，3~5 分为良，6~8 分为可，>8 分为差，WOMAC 评分共 24 项，每项满分 10 分，得分越高患者痛感越剧烈；(3) 炎症因子：分别于治疗前后收集患者血清对患者进行 C 反应蛋白（C-reactive protein, CRP）以及白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6）检测；(4) 肩关节活动功能，两组患者治疗后检测并记录外旋、内旋、外展、内收及伸展活动度，以此评价肩关节活动功能，其中外旋和内旋 > 90°、外展和内收 170°~180°、伸展 45°~50° 为正常。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者中医证候积分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者中医证候积分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医证候积分比较（*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	关节肿胀	关节疼痛	关节灼热
对照组	治疗前	4.02 ± 4.42	4.54 ± 0.31	4.46 ± 0.33
	治疗后	2.52 ± 0.73	2.96 ± 0.53	2.77 ± 0.64
观察组	治疗前	4.03 ± 0.32	4.53 ± 0.41	4.49 ± 0.03
	治疗后	1.45 ± 0.56 ^a	1.07 ± 0.32 ^a	1.52 ± 0.41 ^a

注：与对照组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后 VAS、WOMAC 评分比较

治疗前两组患者 VAS、WOMAC 评分比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者 VAS、WOMAC 评分均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 VAS、WOMAC 评分比较

(*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	VAS	WOMAC
对照组	治疗前	8.43 ± 1.54	54.12 ± 6.66
	治疗后	4.39 ± 0.31	49.78 ± 6.01
观察组	治疗前	8.47 ± 1.67	54.39 ± 6.69
	治疗后	2.45 ± 0.88 ^b	38.78 ± 4.65 ^b

注：VAS — 国际视觉疼痛模拟量表；WOMAC — 西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数。

与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组患者 CRP、IL-6 水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；治疗后观察组患者 CRP、IL-6 水平均低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较（*n* = 35, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	CRP/mg · L ⁻¹	IL-6/ng · L ⁻¹
对照组	治疗前	30.12 ± 4.92	12.73 ± 2.59
	治疗后	20.83 ± 2.75	10.99 ± 1.42
观察组	治疗前	30.41 ± 4.87	12.66 ± 2.88
	治疗后	15.11 ± 1.43 ^c	7.77 ± 1.08 ^c

注：CRP — C 反应蛋白；IL-6 — 白细胞介素-6。

与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗后肩关节活动功能比较

治疗后观察组患者外旋、内旋、外展、内收及伸展度均高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者治疗后肩关节活动功能比较

(*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, (°))

组别	外旋	内旋	外展	内收	伸展
对照组	80.35 ± 8.85	85.42 ± 4.63	145.67 ± 7.93	150.63 ± 11.27	40.02 ± 1.52
观察组	91.32 ± 7.23 ^d	93.18 ± 4.72 ^d	156.93 ± 7.67 ^d	166.41 ± 11.71 ^d	45.63 ± 1.51 ^d

注：与对照组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

肩周炎是世界各国临床疾病中最常见的类型,且相关流行病学研究结果显示,肩周炎在世界范围内的发病率约为 5%,且发病年龄位于 40~79 岁,且患病人群中,多以 50 岁患者常见,女性患者的患病率高于男性患者^[9]。长期缺乏活动导致关节僵硬以及长时间从事重体力劳动等是导致肩周炎发生的主要诱因。由于肩周炎以疼痛以及活动受限等症状为主要表现,在生活中严重影响患者的生活质量,因此,临床在对患者进行治疗的过程中,缓解患者的疼痛感,改善患者肩关节的活动能力是治疗的主要目的,对提升患者生活质量以及满意度等均具有非常重要的意义和作用^[10]。

中医一般将肩周炎分为四种类型:风寒侵袭证、寒湿瘀阻证、血瘀阻络证和气血不足证。风寒侵袭证病理机制认为,体虚之人,肌肤卫阳不固,复因汗出当风,风寒趁虚袭于肌肤经络,痹阻于肩部,使肩部气血运行不利,不通则痛,故见肩部疼痛,局部发凉,因病程短,风寒仅袭肌表,故其痛较轻^[11]。患者的症状主要表现为:肩部疼痛较轻,病程较短,疼痛局限于肩部,多为钝疼或隐痛,或有麻木感,不影响上肢活动,局部发凉,得暖或抚摩则痛减,舌苔白,脉浮或紧,多为肩周炎早期。外伤内挫,局部经络损伤,气血逆乱;或久痛入络,血脉瘀阻,故见局部疼痛剧烈,呈针刺样且有定处,拒按,或肿胀。皮色紫暗,舌质紫暗,脉弦涩均为血瘀之征^[12]。久病体弱,气血亏虚,外邪乘虚侵袭,闭阻经络,肩部筋脉失于营养,故见肩酸痛麻木,肢软乏力,肌肤不泽,肌肉萎缩,神疲乏力。舌淡,脉细弱无力均为气血亏虚之征。肩胛下肌是位于肩胛骨的前面呈三角肌的肌肉,起自肩胛下窝,肌束向上外方向,逐渐移行为扁腱,经过肩关节囊的前方,终于肱骨小结节^[13]。它的主要作用是收缩时,使肩关节内收、内旋。肩胛下肌、冈上肌、冈下肌和小圆肌共同组成了肩袖,对于肩关节的稳定性起到了十分重要的作用。临床在对肩周炎患者进行治疗的过程中,对患者的肩胛下肌进行推拿治疗,对提升患者肩关节改善患者症状等具有非常重要的意义。在对患者进行治疗的过程中,采用中医推拿手法进行治疗,能起到疏通患者血液,放松患者肌肉的效果,通过推拿刺激放松患者的肌肉,促进患者局部血液循环,能改善患者的疼痛感,提高患者肩关节的活动能力。同时研究的过程中发现,治疗后观察组患者的中医证候积分、VAS 评分、WOMAC 评分、血清 CRP、IL-6 水平均明显低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。研究结果表现,在对患者进行治疗的过程中,采用中医推拿松解患者肩胛下肌,能进一步缓解患者的疼痛感,疏通患者血液,

减轻患者机体内炎症因子水平,改善患者的症状,提升患者的治疗效果。此外研究中发现,治疗后观察组患者外旋、内旋、外展、内收及伸展度数均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。在对患者进行中医推拿治疗后,患者肩关节活动能力明显提升,症状明显好转。

综上所述,中医手法推拿松解肩胛下肌治疗肩周炎患者可降低疼痛程度以及 WOMAC 评分,有效改善中医证候评分以及炎症因子水平。

〔参考文献〕

- (1) 陈之章,张凡,刘志丹. 中医推拿松解肩胛下肌对冻结期肩周炎患者的即刻疗效观察(J). 按摩与康复医学, 2021, 12(19): 5-8.
- (2) 翟鹏飞,赵玉广. 平衡针法联合中医手法推拿治疗肩周炎的临床效果及对患者肩关节活动功能、PGE2、TGF- β 1、BK 水平的影响(J). 临床医学研究与实践, 2022, 7(19): 135-137.
- (3) 颜显扬. 中医推拿舒筋+药熨法治疗颈椎病肩周炎对关节活动度影响分析(J). 中国实用医药, 2019, 14(2): 119-120.
- (4) 宋建青. 中医针灸推拿护理用于肩周炎患者护理中的临床效果(J). 养生保健指南, 2019, 18(13): 261.
- (5) 孟栋红,艾波. 中医推拿舒筋+中药封包治疗颈椎病肩周炎对关节活动度影响分析(J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(7): 175, 184.
- (6) 宋修道. 中医推拿配合八段锦锻炼在肩周炎患者的治疗中对减轻症状和改善关节活动度的效果分析(J). 特别健康, 2021, 17(14): 143.
- (7) 尼牙孜·艾赛都力. 中医针灸推拿护理工作对肩周炎患者护理中应用价值分析(J). 中国保健营养, 2021, 31(27): 150.
- (8) 徐军,汪玉平. 肩周炎防治(M). 北京: 金盾出版社, 2014: 16-33.
- (9) 郑桂英,涂其银. 中医针灸推拿护理工作对肩周炎患者护理中的应用价值(J). 中国继续医学教育, 2019, 11(6): 155-157.
- (10) 肖琴,孙永鑫. 中医推拿综合物理因子治疗在肩周炎康复中的疗效观察(J). 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(66): 85-87.
- (11) 柯瑞英,谢春树. 中医针灸推拿护理在肩周炎患者护理中应用效果评价(J). 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(55): 109.
- (12) 阎利峰. 肩周炎患者应用针灸推拿治疗对临床疗效、中医证候积分及 SF-36 评分的效果分析(J). 饮食保健, 2022, 9(5): 137-140.
- (13) 翟磊磊. 中医推拿结合药物穴位注射治疗肩周炎的有效性(J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(6): 154-155.