

刘氏毫火针联合关节松动术治疗渐冻期冻结肩的临床观察

潘伟东^{1,2} 陶学娇³ 郑利群^{1,2} 黄建龙^{1,2} (通讯作者)

1.广州中医药大学, 广东 广州 510006

2.广州中医药大学中山临床医学院, 广东 中山 528400

3.武汉市第五医院中医科, 湖北 武汉 430050

摘要: 目的 以关节松动术为基础治疗, 探索基于“以知为数, 以痛为膺”理论取穴原则运用毫火针联合关节松动术治疗渐冻期冻结肩的临床疗效。方法 选取 2023 年 9 月—2024 年 8 月中山市中医院针灸科推拿科门诊进行治疗的 90 例渐冻期冻结肩患者, 按随机数字表法分为毫火针组合治疗组、针刺组合治疗组和运动治疗组, 各 30 例; 分别采用毫火针联合关节松动术、常规针刺联合关节松动术、单一关节松动术进行治疗干预。在治疗前和治疗后第 2 周、第 4 周, 分别从疼痛评分 (VAS)、肩关节功能评分 (CMS)、肩关节中医证候积分表等方面进行统计学分析, 以评价临床疗效。结果 毫火针组合治疗组治疗后各临床症状及功能状态评分均优于针刺组合治疗组和运动治疗组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 刘氏毫火针联合关节松动术治疗“渐冻期”冻结肩疗效确切, 在疼痛、关节活动受限等临床症状方面有明显优势, 较其他组合方案明显缩短了疗程, 值得临床推广应用。

关键词: 渐冻期; 关节松动术; 毫火针; 临床疗效; 冻结肩

冻结肩 (frozen shoulder, FS) 是肩关节及其周围软组织在退行性变的基础上, 加之肩部有外伤史、劳损、受风寒湿等诱因作用下, 局部产生无菌性炎症, 以致出现肩痛, 关节僵硬等症状, 继之发生运动障碍的一种疾病。Neviaser 等人根据肩关节镜下检查将冻结肩分成急性期、渐冻期、冻结期以及恢复期四个阶段^[1]。研究表明, 综合中西医多种手段的方案治疗 FS 可增强疗效。临床发现基于“以知为数, 以痛为膺”原则运用毫火针联合关节松动术治疗冻结肩, 对疼痛缓解有确切疗效^[2]。关节松动术是常用于关节活动度障碍的康复治疗技术, 根据生物力学原理, 在关节面旋以微小活动, 从而引起关节较大幅度的活动^[3]。而毫火针是对传统火针进行改良创新的针具, 操作时可将温热通过毫针直达病所, 且对皮肤损害小, 操作性和可重复性强、患者依从性好。基于此, 本研究采用毫火针联合关节松动术治疗渐冻期 FS, 旨在探究其有效性和为临床提供疗效好、安全性高、简便的共性组合疗法。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 9 月—2024 年 8 月于中山市中医院针灸科推拿科门诊进行治疗的渐冻期冻结肩患者 90 例为研究对象。纳入标准: 均符合《实用骨科学》第四版^[4]所规定

的冻结肩诊断标准; 参与本研究前 2 周末服用任何与本疾病相关药物, 未进行治疗; 患者均知晓本研究并签署同意书。按随机数字表法分为毫火针组合治疗组、针刺组合治疗组和运动治疗组各 30 例。本研究经中山市中医院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 运动治疗组

关节松动术^[5]主要包括①肩锁关节动态关节松动术②孟肱关节动态关节松动术③胸锁关节动态关节松动术④肩胛胸壁关节动态关节松动术⑤利用治疗带做抗阻运动。在对患关节进行每个方向的活动时, 次数控制在 3 次为宜, 每次被动运动末保持 5 秒的牵张, 每次时间控制在 20min; 每 3 天治疗 1 次, 每周治疗 2 次, 共治疗 4 周。

1.2.2 针刺组合治疗组

采用常规针刺联合关节松动术治疗。操作方法: 针刺主穴为肩贞、肩髃、肩髃、肩前与阿是穴。配穴: 循经辨证, 手阳明经加曲池、条口; 手少阳经加外关、阳陵泉; 手太阳经加后溪、飞扬穴; 手太阴经加尺泽。取侧卧位, 常规消毒, 用 0.30 mm×40 mm 环球牌一次性使用无菌针灸针 (苏州针灸用品有限公司) 针刺上穴, 方向朝肩关节,

得气后留针 30 min, 期间行针 3 次。关节松动术操作流程同运动治疗组。

1.2.3 毫火针组合治疗组

采用毫火针联合关节松动术治疗。操作方法参考《毫火针疗法技术操作安全指南》^[6]中肩周炎的治疗处方操作, 依次用速刺法操作阿是穴、患侧的足三里穴、健侧的承山穴; 用留刺法操作患侧的条口穴, 留针 5 分钟。关节松动术操作流程同运动治疗组。

三组患者针刺治疗均由专业的副主任医师进行, 关节松动术均由康复技师治疗, 治疗后均指导每日自行功能锻炼, 以爬墙摸高, 上拉患肢, 抱头外展内收等动作为主。

1.3 观察指标

于治疗前, 治疗 2 周、4 周后采用视觉模拟评分法 (VAS)、Constant-Murley (CMS) 肩功能评定表、肩关节中医症候量表分别对患者进行评分采集。

1.4 统计学方法

数据采用 SPSS 26.0 统计学软件进行分析。三组正态计量资料采用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 ANOVA 检验; 非正态计量资料用平均秩次 (\bar{R}) 和四分位数 (P25, P50, P75) 表示, 采用 Kruskal Wallis 检验进行治疗前、治疗后三组间中位数比较, 采用 Bonferroni 方法进行多重比较。计数资料以频数 (f) 表示, 比较采用 Fisher χ^2 检验, $\alpha=0.05$ 。

2 研究结果

2.1 一般资料比较

三组人群在年龄、性别、病程、患肩受累侧方面差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 一般资料比较

变量	运动治疗组(30例)	针刺组合治疗组(30例)	毫火针组合治疗组(30例)	F/ χ^2 值	P值
年龄 [岁, $\bar{x} \pm s$]	53.60 \pm 7.66	53.30 \pm 8.08	56.93 \pm 7.81	1.979	0.144
性别 [n(%)]					
男	13(43.33)	13(43.33)	13(43.33)	0.00	1.00
女	17(56.67)	17(56.67)	17(56.67)	0	0
病程 [月, $\bar{x} \pm s$]	5.33 \pm 1.42	5.27 \pm 1.55	5.03 \pm 1.65	0.312	0.733
受累侧 [n(%)]					
左肩	12(40.00)	14(46.67)	16(53.33)	1.07	0.58
右肩	18(60.00)	16(53.33)	14(46.67)	1	5

2.2 三组患者中医证候积分疗效比较

治疗后中医证候积分评估疗效, 经检验, 三组疗效比较有显著性差异 ($\chi^2=20.00, P<0.001$), 见表 2。

表 2 三组患者治疗后疗效比较 (f, \bar{R}, P)

组别	例数	中医证候积分疗效			\bar{R}	有效率
		显效	有效	无效		
运动治疗组	30	0	21	9	15.97	70% ^①
针刺组合治疗组	30	0	30	0	45.03	100% ^②
毫火针组合治疗组	30	20	10	0	75.50	100%

注: 与运动治疗组比较, ^① $P<0.001$, 与针刺组合治疗组比较, ^② $P<0.001$

2.3 三组治疗前后 VAS 评分比较

治疗前三组 VAS 评分对比无统计学差异 ($H=0.618, P=0.734$); 治疗 2 周、4 周后三组评分对比有统计学差异 ($H=12.824, P=0.002$) ($H=54.147, P<0.001$); 治疗 2 周、4 周后运动治疗组与针刺组合治疗组评分对比均无统计学差异 ($P=1.00$); 治疗 2 周后、4 周后毫火针组合治疗组分别与其他两个治疗组评分对比均存在显著性差异 ($P=0.005, P=0.006$) ($P<0.001, P<0.001$); 见表 3。

2.4 三组患者治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较

治疗前三组 CMS 评分对比无统计学差异 ($H=1.310, P=0.519$); 经治疗 2 周、4 周后, 三组评分对比有统计学差异 ($H=69.683, P<0.001$) ($H=75.613, P<0.001$); 治疗 2 周后运动治疗组与针刺组合治疗组评分对比有统计学差异 ($P=0.004$), 毫火针组合治疗组分别与其他两个治疗组评分对比均存在显著性差异 ($P<0.001, P<0.001$); 治疗 4 周后运动治疗组与针刺组合治疗组评分对比无统计学差异 ($P<0.001$), 毫火针组合治疗组分别与其他两个组合治疗组评分对比均存在显著性差异 ($P<0.001, P<0.001$); 见表 4。

3 讨论

目前, 国内外研究提倡早期保守治疗、分期针对性治疗、综合治疗的原则, 旨在减轻疼痛, 改善肩关节活动障碍, 保证患者生活质量^[7]。不过技术的多样性, 却给临床治疗选择造成困难, 部分医生根据经验偏好, 各师各法, 效果难以稳定保证, 无规范推荐的组合手段。基于此, 寻找治疗周期短、创伤小、可复制模式、更便于推广的疗法是关键。

本研究表明, 基于“以知为数, 以痛为腧”理论取穴原则, 毫火针组合治疗组在 VAS 和 CMS 评分、肩关节中医证候积分等方面均优于针刺组合治疗组和运动治疗组。

表3 三组治疗前后 VAS 评分比较 (\bar{R} (P25, P50, P75), 分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
运动治疗组	30	47.48(7.00,8.00,8.25)	52.47(5.50,6.00,7.00) ^①	60.52(4.00,4.00,5.00) ^③
针刺组合治疗组	30	46.25(7.00,8.00,8.00)	52.15(5.50,6.00,6.50) ^②	58.53(4.00,4.00,4.63) ^④
毫火针组合治疗组	30	42.77(7.00,8.00,8.00)	31.88(5.00,5.25,6.00)	17.45(2.00,2.75,3.00)

注: 与运动治疗组比较, ① $P=0.005$, ③ $P<0.001$; 与针刺组合治疗组比较, ② $P=0.006$, ④ $P<0.001$

表4 三组治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较 (\bar{R} (P25, P50, P75), 分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
运动治疗组	30	43.33 (39.00,41.00,42.00)	19.68 (47.00,48.00,50.00) ^①	17.33 (69.00,70.00,71.25) ^③
针刺组合治疗组	30	43.30 (39.75,40.50,42.00)	41.42 (52.00,52.00,55.00) ^②	43.72 (74.75,75.00,76.25) ^④
毫火针组合治疗组	30	49.87 (40.00,41.00,42.00)	75.40 (62.00,63.00,65.00)	75.45 (85.00,85.00,87.00)

注: 与运动治疗组比较, ① $P<0.001$, ③ $P<0.001$; 与针刺组合治疗组比较, ② $P<0.001$, ④ $P<0.001$

三组评分在治疗后均有改善, 而观察组在 VAS 评分、中医证候积分上的显著降低, 表明该方案在缓解疼痛和改善整体症状方面显有优势; 毫火针不仅针对局部痛点, 还注重整体调理, 从而在中医证候上表现出显著改善。该方案体现的治疗理念与“不通则痛, 不荣则痛”中医病机相契合, 通过疏通经络、调和气血, 有效治疗冻结肩。观察组在 CMS 评分上的显著提高, 表明关节松动术的物理作用与毫火针的温通生理效应相结合, 相辅相成, 产生协同化学效应, 明显促进局部血液循环, 加速组织修复和改善关节功能。毫火针治疗为肩关节创造了更为有利于康复的内部环境, 使得关节松动术的疗效事半功倍。这种联合方式不仅加速功能恢复, 且减少患者因长期功能障碍而导致的身心负担。

综上所述, 毫火针联合关节松动术在缩短疗程、减少“冻结期”转化率方面具有明显优势; 其独特性和有效性, 为冻结肩治疗提供了新视角, 值得在临床实践中进一步推广和研究。然而本研究样本量相对较小, 仅观察了短期疗效, 未能对患者的长期随访数据进行收集, 因此未来可进一步扩大样本量和通过评估其长期疗效, 提高研究结果的可靠性及普适性, 以期对毫火针联合关节松动术的临床疗效提供更多有力的科学证据。

参考文献:

[1]Neviasser AS,Neviasser RJ.Adhesive capsulitis of the shoulder[J].J Am Acad Orthop Surg.2011,19(9):536-542.

[2]王建民.三步推拿法干预冻结肩关节囊纤维化的临床及实验研究[D].济南:山东中医药大学,2022.

[3]许冠华,孙戴.关节松动术结合物理因子疗法治疗肩周炎疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2013,23(09):732-733.

[4]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学(4版)[M].北京:人民军医出版社,2012:1912-1914.

[5]MULLIGAN BR.Manual Therapy:NAGS,SNAGS,MWMS etc[M].Wellington:Plane View Services Ltd,2010:83-88.

[6]刘思明.《毫火针疗法技术操作安全指南》(ISBN 978-7-5214-3173-5)第 1 版[M],北京:中国医药科技出版社,2022.

[7]杨丹,周晶,赵焰.推拿结合温针灸治疗早期原发性冻结肩对照研究[J].亚太传统医药,2019,15(04):122-125.

作者简介: 潘伟东 (1983—), 男, 汉, 本科, 研究方向: 特色针法配合手法治疗骨伤科疾病。通讯作者: 黄建龙 (1971—), 男, 汉, 研究生, 研究方向: 中医药防治全科疾病。