

文章编号:0255-2930(2003)11-0656-02
中图分类号:R246.2 文献标识码:A

临床研究

不同取穴治疗肩周炎疗效对比

邱晓虎 谢 昆 谢晓焜
(龙岩人民医院,福建 364000)

[摘要] 目的:探讨治疗肩周炎的不同取穴方法。方法:治疗组 50 例,通过动诊结合局部组织解剖与病灶特点取穴;对照组 41 例,采用传统循经取穴的方法。结果:治疗组治愈率 66.0%,愈显率 90.0%;对照组治愈率 34.1%,愈显率 73.1%。两组治愈率及治愈者所需疗次间差异有非常显著性意义($P < 0.01$),愈显率间差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:动诊及局部组织解剖特点相结合的取穴方法疗效较好。

[主题词] 电针;取穴;肩凝症/针灸方法

Therapeutic effects of electroacupuncture based on different acupoint selection methods on periartthritis of shoulder

Qiu Xiaohu, Xie Kun, Xie Xiaokun (Longyan People's Hospital, Fujian 364000, China)

ABSTRACT Objective To explore different acupoint selection methods for treatment of periartthritis of shoulder. **Methods** The treatment group ($n = 50$) were treated by acupoint selection methods according to motor-diagnosis combined with local tissue anatomy. The control group ($n = 41$) were treated by traditional acupoint selection method. Their therapeutic effects were compared. **Results** The cured rate and cure-markedly effective rate were 66.0% and 90.0% in the treatment group, and 34.1% and 73.1% in the control group, respectively. There was a significant difference between the two groups in the cured rate and the needed treatment times for the cured cases ($P < 0.01$), and in the cured-markedly effective rate ($P < 0.05$). **Conclusion** The treatment group in the therapeutic effect is better than the control group with rapider effect.

KEY WORDS Electroacupuncture; Selecting Point; Frozen Shoulder/acup-mox ther

肩周炎是一种临床常见的以肩部疼痛、活动受限为特征的慢性无菌性炎症,针刺已成为本病重要疗法之一,并显示良好前景^[1]。1998 年 1 月以来,笔者通过动诊结合局部组织解剖与病灶特点选穴电针为主综合治疗此病 50 例,疗效满意,并与传统循经取穴组 41 例对照。现总结如下。

1 临床资料

病例均为门诊患者,共 91 例,都有不同程度的肩周疼痛、压痛、多方向活动受限,符合肩周炎诊断标准^[2]。按就诊先后随机分成 2 组,其中治疗组 50 例,男 23 例,女 27 例;年龄 41~70 岁;病程 2 周~7 个月,平均 3 个月;左侧 22 例,右 28 例。对照组 41 例,男 20 例,女 21 例;年龄 42~68 岁;病程 1 周~8 个月,平均 2.5 个月;左侧 18 例,右 23 例。两组性别、年龄、病程、病情等一般资料差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

(1)取穴:以祖国医学经筋理论和“以痛为腧”原则为指导,先予动诊即患肩先主动后被动做伸屈、上

举、外展、旋内旋外等不同动作,在此动作下医者参照肩关节局部组织结构解剖及病灶特点用拇指在肩前面、后面及外侧面寻找疼痛最集中、敏感点作为治疗用穴,此处常可触及条索状硬结。每个患者都能在 2~3 个面探及这样的点,肩前主要为喙突外缘和下缘的肱二头肌短头、胸小肌、喙肱韧带起止点,肱二头肌长头肌腱经行之结节间沟;肩外主要在肩峰下滑囊或三角肌下滑囊(在成人二者常互相交通,应视为一个整体),当肩髃穴或其下 2 cm 处,其浅部为三角肌,深部为冈上肌肌腱止点;肩后则为肩贞穴上 1~1.5 寸处关节孟后结节肱三头肌长头起止点及与小圆肌相交处。这些都是肩周炎主要痛点和粘连点。

(2)操作:根据部位深浅选择 1.5~3 寸毫针直刺达骨面后略提 1~2 mm 运针至酸胀明显,留针 30 min,每日 1 次,10 次为一疗程。

2.2 对照组

予传统循经取穴治疗,选用肩髃、肩髃、肩贞、臂臑、曲池、外关,直刺得气,留针 30 min,每日 1 次,10 次为一疗程。

两组针刺得气后均配 G 6805 电针仪 1~2 组输出,连续波舒适量,同时辅以同侧条口透承山及患部 TDP 照射 30 min,温热量。肩臂针刺结束后,手法按摩放松肩部 5 min,然后在对条口透承山强刺激的同时令病人根据病情选择性勉力做患手搭对肩、后伸内旋、划圈、爬墙动作共 10 min。并要求在日常中仍坚持上述功能锻炼。两组均在 2 个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:症状体征消失,肩关节活动恢复正常;显效:症状体征基本消失,肩关节活动基本正常;好转:症状体征减轻,肩关节活动有所改善;无效:治疗前后无变化。

3.2 治疗结果

(1)两组疗效比较见表 1。

组别	例数	例数 (%)				有效率 (%)
		治愈	显效	好转	无效	
治疗组	50	33(66.0)	12(24.0)	4(8.0)	1(2.0)	98.0
对照组	41	14(34.1)	16(39.0)	10(24.4)	1(2.5)	97.5

两组治愈率比较 $\chi^2 = 9.15, P < 0.01$,提示两组治愈率之间差异有非常显著性意义。两组愈显率比较 $\chi^2 = 4.40, P < 0.05$,提示两组愈显率之间差异有显著性意义,治疗组治愈、显效病例多于对照组。

(2)两组治愈病例所需疗次比较见表 2。

组别	例数	疗次
治疗组	33	6~20(9.68 ± 8.44)
对照组	14	12~20(16.58 ± 4.47)

两组疗次比较 $t = 2.88, P < 0.01$,提示两组疗次之间差异有非常显著性意义,治疗组愈者所需疗次明显少于对照组。

4 讨论

治疗肩周炎主要解决疼痛与粘连。针灸能成为该病的重要疗法在于其肯定的抗炎镇痛改善血液循环效应,从而达到止痛、吸收炎症、松解粘连之功。实验研究显示电针有良好的外周镇痛作用,机制在于提高痛阈、促使炎症组织致痛物质如 5-羟色胺、去甲肾上腺素等减少,而镇痛物质如 β -内啡肽、亮脑啡肽等增加^[3,4];改善血循环可能通过解除或改善血液高黏滞状态,抑制血小板聚集实现^[5]。如能找到肩周炎准确病灶即主要致痛、粘连点就能更充分地发挥电针的上述作用。唐农轩教授研究指出正确诊治肩周炎主要在于找出最初独立的病变如肱二头肌肌腱炎、肩峰下(三角肌下)滑囊炎、冈上肌肌腱炎

等^[6],说明临床中应重视肩部组织结构的解剖和病灶特点。肩关节周围结构复杂,肱二头肌长短头肌腱、三角肌、胸肌、喙肱韧带、小圆肌、冈上肌等肌群均参与关节活动,这些组织及其间的滑液囊炎症渗出痉挛粘连均可致肩痛、关节活动受限。且这些结筋病灶点大多在肌腱韧带起止处,李晶等人的研究也验证了这点^[7]。此外,肌腱或腱鞘经骨性管道、与滑囊紧贴处和不同肌肉相交处的肌筋膜间也易出现炎症疼痛粘连,诸如结节间沟、肩峰下滑囊和关节盂后结节处小圆肌与肱三头肌长头相交处压痛等均属此类。了解它们的解剖和病灶特点再结合动诊就利于找到主要的致痛、粘连点,同时也便于掌握深度,直达病所,从而更有效地针对性治疗。针感以酸胀为宜,这样适合软组织病变的治疗,国内已有报道^[8]。

本取穴法以祖国医学经筋理论和“以痛为腧”原则为指导。《素问·痿论》:“宗筋主束骨而利机关也。”十二经筋是十二经脉之气结聚散络于筋肉的体系,同肌肉系统的关系相当密切,又结于人体各关节处,从而起约束骨骼、利于关节屈伸活动之功。肩部是手三阴三阳经筋结聚之所,经筋病则使肩痛活动不利,如《灵枢·经筋》所述:“(手太阴经筋)其病当所过者支转筋痛……(手阳明经筋)其病当所过者支痛及转筋,肩不举颈……(手太阳经筋)其病小指支……腋下痛,腋后廉痛……”而这些结筋病灶点与解剖学有关肌腱、韧带抵止点大都吻合^[7]。以这些理论为指导,结合前述动诊和局部解剖等特点,就能更准确探及病灶点。本法虽类属“以痛为腧”,但不完全等同于此。肩周炎痛点广泛,单纯以痛为腧取穴往往过杂又不易找到关键点且不便掌握深度。选择这些筋结部位并刺及筋也符合祖国医学针刺治疗原理。本病据其病因病理属“筋痹”范畴,以理气活血舒筋止痛为原则,《素问·长刺节论》:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹,刺筋上为故,刺分肉间,不可中骨也。病起筋灵病已止。”《灵枢·官针》:“关刺者,直刺左右,尽筋上,以取筋痹……”均肯定了刺筋对筋痹的良效。条口透承山为肩周炎经验用穴,强刺激并令病人勉力做患肩关节活动可进一步活血舒筋松解粘连。传统循经取穴虽能取得一定作用,但由于治疗组选穴更能体现疾病的关键点,故疗效较好,且缩短疗程,更符合病人需要。

综合治疗是治疗肩周炎的趋势,疗效明显好于单一疗法^[1]。笔者对两组病人均在电针基础上辅以 TDP 照射、功能锻炼。TDP 照射可通过改善血循环,降低神经兴奋性达消炎止痛目的,还可能对针

体加热并透患处加强针刺效应,产生类温针灸作用。关于温针灸,笔者在临床运用中感觉较适宜在腰背腹等较平坦的部位施术,而在肩部虽同样有良效,但由于肩部为斜面,艾条燃烧时的红炭如不慎抖落,往往不会恰好落在预铺纸板上,而易滚落灼伤肌肤或损及衣物床单等,且电针更易发生此事,使病人不满。TDP对针体加热虽不及温针灸,但无上述缺点,操作简单,且照射范围大,适宜与针刺结合提高疗效。

通过对比观察,笔者认为对肩周炎的针刺治疗应重视经筋理论与动诊及局部组织结构的解剖特点相结合,重视特殊取穴,从而找到更有效的治疗点,同时提倡综合治疗。这些对其它筋伤疾病的治疗也应当有益。

5 参考文献

1 颜东. 肩关节周围炎的治疗近况. 颈腰痛杂志, 2000; 21

(2):165

2 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 187
 3 杨介宾, 宋开源, 梁繁荣, 等. 不同针灸疗法对佐剂关节炎大鼠外周镇痛机理的研究. 中国针灸, 1999; 19(6): 365
 4 王洪蓓, 董晓彤, 王双坤, 等. 不同频率电针对急性佐剂性关节炎大鼠痛反应和组织中 β -内啡肽含量的影响. 中国针灸, 1998; 18(3): 165
 5 孙作露, 奚永江, 陈汉平, 等. 针刺对大鼠实验性关节炎的影响——针刺活血化瘀效应观察. 中国针灸, 1996; 16(2): 38
 6 唐农轩. 有关颈肩痛问题的研讨. 颈腰痛杂志, 1999; 20(3): 234
 7 李晶, 刘辉, 薛立功. 增生性膝关节炎结筋病灶点的临床观察. 中国针灸, 2002; 22(8): 534
 8 甘健行. 针感的临床体会. 中国针灸, 2001; 21(4): 228

(收稿日期: 2003-01-03, 马兰萍发稿)

单穴效方

次髎穴注射治疗剖宫产后尿潴留 20 例

笔者从 1996 年以来采用次髎穴注射治疗剖宫产后尿潴留 20 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

本组 20 例均为初产妇, 年龄最小 25 岁, 最大 32 岁; 病程最短 2 天, 最长 4 天。均经过导尿、肌肉注射新斯的明治疗无效。

取穴:次髎(在骶部, 当髂后上棘上方, 适对第 2 骶后孔处), 任选一侧穴位。

方法:患者取侧卧位, 取一次性 5 ml 注射器和 5 号针头, 抽取新斯的明注射液 1 mg(2 ml), 常规消毒穴位后, 垂直进针 1.5 寸, 行轻微提插手法, 待患者有酸麻胀重等感觉、术者手下有沉紧感时回抽无血, 将药液缓慢注入穴位, 退针后用消毒干棉球按压片刻。如无效可于 2 小时后换另一侧穴位重复以上操作。治疗 2 次评定疗效。

疗效标准:排尿正常无不适感为治愈, 治疗 2 次仍不能排尿为无效。

结果:治愈 19 例, 其中 1 次治愈 13 例, 2 次治愈 6 例; 无效 1 例。治愈率为 95%。

体会:剖宫产后尿潴留属中医“癃闭”范畴, 主要因气机郁结、疏泄不及或水道淤阻, 肾和膀胱气化失司, 而影响三焦水液的运行, 致使水道的通调受阻所

致。现代医学认为剖宫产后尿潴留因神经反射障碍或周围神经麻痹而致膀胱括约肌功能失调所致。本组病例都是剖宫产患者, 不能取腹部穴位, 故取骶部的次髎穴。次髎穴为膀胱经腧穴, 具有清利湿热、理气通络、活血祛瘀之功效, 针之能增强肾和膀胱的气化功能, 再加上新斯的明的药理作用, 能恢复膀胱括约肌的功能, 以保持正常的排尿。

吉林 133000 延边大学医学院附属医院针灸科

郑胜楠 李红花 金花

(收稿日期: 2003-02-19, 王晓红发稿)

本刊启事:本刊“针家精要”栏目欢迎介绍老一辈针灸临床专家的经验(属于国务院遴选的老中医学术经验继承导师者优先), 包括独特的针法、灸法、选穴技术, 某些病独特的治疗经验, 以及学术思想等。来稿请附 200 字以内的专家简介, 并附单位证明或当地医疗主管部门的证明。若非本人执笔, 务请通过被介绍的专家本人审阅并签字。

在有关部门支持下,《中国针灸》杂志于 2000 年创办了网络普及版。在网络版上发布的文章, 国内外的读者可在网上随意浏览, 宣传范围广大。凡刊登在网络版的文章, 除颁发《中国针灸》网络版证书外, 论文题目、作者姓名及单位均刊登在《中国针灸》杂志上。您若对此感兴趣, 可直接投稿本版(文章可采用灵活的撰稿形式), 信封和论文上注明投网络版, 或给本刊投稿时注明正刊未被录用可转投网络版。网上阅读可点击《中国针灸》杂志网址 www.cjacupuncture.com 进入“网络普及版”目录。