「肩五針」傍針刺聯合運動灸法治療肩周炎的療效觀察

Observation on the efficacy of proximal needling five shoulder acupoints combined with motion moxibustion for the treatment of frozen shoulder

顏承鳳[1] ，萬紅棉[2]，嶽豔芳[1]，劉冉冉[1]，孫燕[1]，楊蕾[1]，潘傑靈[1]，謝琪琪[1]

YAN Chengfeng, WAN Hongmian, YUE Yanfang et al.

（1.山東中醫藥大學，山東 濟南250355；2.山東省濟南市中醫醫院，山東 濟南250012）

[摘要] **目的** 觀察「肩五針」傍針刺聯合運動灸法治療肩周炎的即時及遠期療效。 **方法** 將60例患者隨機分為觀察組和對照組，各30例，觀察組予「肩五針」傍針刺聯合運動灸法治療，對照組單純行針刺治療，以兩組治療前、治療後以及療程結束後3個月的肩關節疼痛、活動範圍、日常生活活動能力變化為指標。 **結果** 觀察組總有效率為93.3%，對照組總有效率為83.3%，兩組的總有效率均較高，而觀察組的總有效率高於對照組，差異有統計學意義(P < 0. 05)，且隨訪發現觀察組療效較治療後無變化(P>0. 05)，而對照組較治療後肩關節各項指標評分均升高(P < 0. 05)。 **結論** 「肩五針」傍針刺聯合運動灸法可改善患者肩關節疼痛、提高肩關節活動範圍及日常生活能力，並有較好的遠期療效。

[關鍵詞] 肩周炎；肩五針；傍針刺；運動灸

肩關節周圍炎（scapulohumeral periarthritis,SP）以肩部疼痛及肩關節功能活動受限為特徵，是肩關節關節囊和關節周圍軟組織的退行性炎症性疾病[1]。西醫主要有保守治療和手術治療，治療方法局限。祖國醫學將其歸屬「痹證」範疇，且在1979年及1996年被WHO列為針灸適宜病種，研究顯示針灸治療SP具有一定優勢[2]，經查閱文獻[3-6]，發現肩三針（肩髃、肩髎、肩貞）及肩前、天宗常為治療SP的主穴，傍針刺法治療痹症亦行之有效，而本研究旨在探討聯合我科馬兆勤主任醫師獨創的運動灸法能否提高治療SP的臨床療效，現報告如下。

1 臨床資料

1.1 一般資料 60例SP患者收集於2017年3月至2018年6月山東省濟南市中醫醫院針灸科，依據患者進入研究的時間順序編號，採用亂數字表將編號隨機分為兩組，各30例，其中觀察組採用「肩五針」傍針刺聯合運動灸法治療，對照組為單純「肩五針」傍針刺治療。兩組患者在年齡、性別、病程等方面比較差異無統計學意義（均P > 0.05），具有可比性，詳見表1。

表1 兩組SP患者一般資料比較

		性別/例		年齡/歲			病程/周		
組別	例數	男	女	最小	最大	平均（±S）	最短	最長	平均（±S）
觀察組	30	13	17	46	68	56.61±7.23	6	56	24.8±6.8
對照組	30	11	19	42	67	54.98±6.93	7	60	23.3 ± 4.5

1.2 診斷標準 參考國家中醫藥管理局制訂的《中醫病證診斷療效標準》[7]制定。①年齡在50歲左右，女

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

性發病率高於男性，體力勞動者、左側、單側、慢性起病多見；②既往有感受外邪、慢性勞損、跌打損傷病史；③肩周疼痛為主，夜間痛甚，常影響睡眠；肩關節活動障礙明顯，病重、病程久者有肩部肌肉萎縮等表現；④醫者查體可見到患者肩關節各方向主動、被動活動均受限，其中以外展、外旋最為明顯；肩前、後、外側可有壓痛；患肩外展功能受限明顯，可有「扛肩」現象。⑤X線檢查多為陰性，病程久者可見骨質疏鬆；肩關節磁共振可見關節囊增厚，滑囊可有滲出等現象。

1.3 納入標準 ①符合上述診斷標準；②年齡40歲~70歲；③入組前1周內未服用影響本方案療效判定的藥物等相關治療者；④沒有影響功能恢復的其他神經或肌肉骨骼疾病者；⑤簽署知情同意書，並能嚴格遵守本研究方案者。

1.4 排除標準 ①哺乳期或妊娠期患者；②患者合併有循環、呼吸、消化、泌尿、造血等系統的嚴重原發疾病；③患有急性肩損傷、骨折、肩部結核、肩部韌帶斷裂、腫瘤、嚴重骨質疏鬆等疾病者；④由冠心病、頸椎病、風濕、類風濕關節炎、膽囊炎、系統性紅斑狼瘡等其他疾病引起的肩部疼痛者。

1.5 脫落標準 ①治療期間合併使用其他治療方法者，②依從性差，不能配合檢查和治療者；③臨床研究過程中出現嚴重的併發症或病情變化不能繼續接受治療或中途要求退出者。

2 治療方法

2.1 觀察組

採用「肩五針」傍針刺配合運動灸法治療。

（1）「肩五針「傍針刺：取穴：患側肩髃、肩髎、肩貞及肩前、天宗。操作：囑患者取側臥位或坐位，常規消毒後，採用0.30mm×40mm一次性針灸針，均直刺20mm~40mm，以局部酸麻脹為宜，然後分別在直刺針的旁側約20mm處斜向刺入，使針尖接近直刺針處，行平補平瀉法，30min後起針。

（2）運動灸法[8]治療：材料準備：清艾條3支，點燃；70cm×12cm紅棉布，浸透於我科自製劑中（紅花、片薑黃、葛根、絲瓜絡各9克，用陳醋250g浸泡30分鐘製成），晾乾後將其6折，呈長方形。操作：將艾條的燃燒端用紅藥布包緊，以右手拇、示、中指捏緊對準上述腧穴，然後進行旋轉揉按，依患者耐受度，力度1kg~2kg，三穴共灸5min~10min後，再換另一支燃著的艾條，如此反復施灸3次，灸至穴位皮膚出現紅暈、溫熱、脹麻為佳。

2.2 對照組

單純行肩三針傍針刺法治療，方法同上。

上述兩組治療均日1次，10次1療程，療程間歇2d，2療程後統計療效。

3 療效觀察

3.1 觀察指標 分別在治療前、治療後以及療程結束後3個月隨訪觀察，包括肩關節疼痛變化程度採用視覺類比評分法（visual analogus scale,VAS）評估，將疼痛程度分別用0~10共11個整數表示，其中無痛為0分，極痛為10分，得分越高表示疼痛越劇烈；肩關節活動度（range of motion,ROM）變化程度判定參考Constant-Murley肩關節功能評定量化表中[9]，具體指標為前屈、外展、外旋、內旋，通過測量四個指標的實際活動角度，將測量角度值進行再分類，滿分40分，規定正常功能賦予0分，隨病情加重程度進行加分，得分越高表示肩關節活動度越差；日常生活活動能力（activities daily living,ADL）參考程少丹等[10]編制的《肩關節周圍炎療效評定量表》中，將日常生活能力分為7個指標：穿上衣、梳頭、翻衣領、系圍裙、使用手紙、系腰帶和擦對側腋窩，滿分35分，規定每個動作分為容易完成、有點困難、較難完成、無法完成4個等級各賦予1、3、4、5分，各動作隨完成情況而得分，得分越高表示日常生活能力越差。

3.2 療效判定標準 參考《中醫病證診斷療效標準》[7]及綜合上述觀察指標判定。痊癒：肩部疼痛消失，肩關節活動正常或治療後VAS積分、ROM積分及ADL積分為5~25分；顯效：肩部疼痛明顯減輕，肩關節活動基本

香港註冊中醫學會 版權所有 All Rights Reserved Copyright HKRCM

正常，治療後積分為25~45分；有效：肩部疼痛減輕，肩關節活動基本正常但仍有活動受限，治療後積分為45~65分；無效：治療前後肩部疼痛及肩關節活動改善不明顯，治療後積分為65~85分。

3.3 統計學處理 採用SPSS 22.0統計軟體進行分析，計量資料採用均數±標準差（±S）表示，組間比較採用獨立樣本t檢驗，組內比較採用配對t檢驗；等級資料採用秩和檢驗。以P < 0.05為差異有統計學意義。

3.4 統計結果

（1）兩組SP患者治療前、治療後、隨訪時功能評價量表評分比較

兩組治療前VAS、ROM、ADL評分比較，差異無統計學意義（均P > 0.05），具有可比性。與本組治療前相比，兩組患者治療後及隨訪時三項指標評分均有不同程度降低（P < 0.01，P < 0.05），表示兩組均具有止痛、改善肩關節的活動度及日常生活活動能力療效。與本組治療後相比，觀察組隨訪時三項指標評分比較，差異無統計學意義（均P > 0.05）；對照組隨訪時三項指標評分均升高（P < 0.05），表示觀察組遠期療效與本組治療後療效無變化，對照組遠期止痛等療效不佳。與對照組治療後及隨訪時同時間點比較，三項指標評分均有明顯升高（P < 0.05），表示觀察組在止痛、改善活動度等方面不論在即時或遠期療效均優於對照組，見表二。

表二 兩組SP患者功能評價量表評分比較 （分，±S）

組別	例數	時間	VAS	ROM	ADL
		治療前	6.45±1.56	30.13±9.04	20.33±7.18
觀察組	30	治療後	1.35±0.52[1) 5)]	12.20±4.82[1) 5)]	8.89±3.32[1) 5)]
		隨訪	2.46±3.54[1)3)6)]	14.69±6.93[1)3)6)]	10.36±8.72[2) 3) 6)]
		治療前	6.04±1.48	30.60±9.20	19.50±6.71
對照組					
	30	治療後	2.56±1.24[1)]	19.93±6.13[2)]	12.73±5.09[2)]
		隨訪	4.33±2.62[2) 4)]	22.85±7.55[2) 4)]	16.64±9.03[2) 4)]

注：與本組治療前比較，[1)] P<0.01，[2)] P<0.05；與本組治療後比較，[3)]P>0.05，[4)]P<0.05；與對照組治療後比較，[5)]P＜0.05，與對照組隨訪時同時間比較，[6)]P＜0.05。

（2）兩組患者臨床療效比較

經Wilocoxon Mann-Whitney U秩和檢驗分析，兩組治療方法在對SP的療效上存在差異（P < 0.05），見表3，認為觀察組療效明顯優於對照組，提示「肩五針「傍針刺聯合運動灸法治療SP可作為優選方案。

表三 兩組SP患者臨床療效比較 例（%）

組別	例數	療效	總有效率

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

		痊癒	顯效	有效	無效	
觀察組	30	6（20.0）	18（60.0）	4（13.3）	2（6.7）	93.3
對照組	30	3（10.0）	12（40.0）	10（33.3）	5（16.7）	83.3
Z值			-2.299			
P值			0.022			

4 討論

SP的病理過程具有一定程度的自限性，但需2~4年，有研究[11]表明未經治療的SP患者，約有40%存在中度疼痛和肩關節功能障礙，5%存在重度疼痛，對患者生理、心理造成極大傷害，因此給與干預治療，為患者提供優選方案是應重視的問題。

現代針灸病譜研究[12]顯示，SP是針灸治療的一級病譜，針灸臨床實踐表明進行介入治療能很好地改善肩關節疼痛等症狀，而本研究正以針灸為主要手段，選用肩三針治療SP，臨床研究被多次報導。如張嘉玲[3]等通過計量學分析2002~2012年治療SP的相關文獻，探討了將肩髃、肩髎、肩貞採納為「肩三針」是針灸治療肩周炎的特色選穴，張建偉[4]認為肩三針穴位正對應肩袖、肱二頭肌肩部滑囊、喙肩韌帶等SP受累表現最為突出的病灶點，進一步證明了選用此三穴的科學性和實用性。唐宏亮等[5]採用Meta分析方法評價肩三針治療肩周炎的臨床療效，證據顯示，肩三針治療肩周炎療效肯定，優於其他針刺方法。故本研究選用肩三針這一經驗臨床驗證效專力宏，在此基礎上加用經外奇穴肩前，可主治肩臂痛，臂不能舉等，對於肩關節外展、前屈、內旋功能障礙均有效；加刺天宗，最早見於晉代《針灸甲乙經》中：「肩重肘臂痛，不可舉，天宗主之」，治療SP從古流傳，屬手太陽經穴，該經「出肩解，繞肩胛，交肩上」，刺之可直達病所發揮疏通經絡止痛之效。針刺該「肩五針」共奏舒通經氣,宣通氣血，痹除痛止之用。

臨床所見，大部分SP患者多因肩部疼痛難忍而就診，筆者認為「痛皆為實」，當務首應解除患者疼痛，有研究者[13]發現針灸具有明確的鎮痛作用，且能夠積極干預痛誘發的情緒變化和認知功能障礙，基礎研究[14]發現針刺過程可促進內源性鎮痛物質的釋放、干預MAPK信號轉導通路等，對神經遞質、神經調質、神經肽、細胞信號分子和炎性介質等共同作用鎮痛效應。本研究採用傍針刺，是依《靈樞·官針》載：「傍針刺者，直刺、傍刺各一，以治留痹久居者也」，即在腧穴處直刺一針，再在近旁斜向加刺一針，針尖偏向直刺針或集中在一處，兩針同用一穴，相比常規刺法刺激量大、針感強，更易發揮止痛之功。「肩五針」行傍針刺法，取穴少，疼痛的SP患者感官上即可認同，加之明顯的止痛效應，則患者接受性、依從性強，持續效果佳。

本研究所施的運動灸法是我科馬兆勤主任醫師在太乙神針、雷火神針的基礎上，聯合旋、轉、揉、按等推拿手法經臨床實踐探索形成的一種新的灸療方法。如前所述需採用紅色棉布，是依傳統文化之取象思維，紅色像火之色，給人溫暖的視覺感覺，亦予患者守神之意靜候灸感；並要求術者操作時隨時以押手感受艾灸的溫度，進而調節手法的速度、時間，使艾火的熱力足夠而又不產生燙傷。此法使艾火更具有滲透力，易得灸感，並可通過艾條燃燒的熱效應，不僅薰蒸藥液作用到肩關節表面及皮下深層，且使推拿手法的松解經筋作用得到加強，一法三用協同發揮舒筋通絡活血之效。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

基於上述分析，筆者在治療中將針刺與運動灸結合，通過臨床對照研究發現，觀察組總有效率為93.3%，對照組總有效率為83.3%，兩組的總有效率均較高，說明針灸治療肩周炎的療效肯定，而觀察組的總有效率高於對照組，且經Wilocoxon Mann-Whitney U秩和檢驗分析，差異有統計意義（$P<0.05$），提示觀察組療效優於對照組。在3個月後隨訪發現，觀察組療效持續性存在，但較治療後無漸進變化，而對照組較治療後肩關節各項指標評分均升高，認為經針刺治療後，肩關節疼痛與功能障礙減輕，則患者在日常生活中均不可避免活動肩關節，而觀察組相對於治療組療效持久造成。本研究結果表明，「肩五針」傍針刺聯合運動灸法治療SP患者可止痛、改善肩關節活動及日常生活能力，並有較好的遠期療效。考慮到目前灸法[15-17]治療SP的臨床研究多集中在溫針灸、隔物灸、熱敏灸等方面，本法研究少之又少，而此法在臨床療效、患者回饋等方面均取得滿意效果，籍此希望能夠得到推廣，並得到他人的支持與補充，為廣大患者解除病痛。

參考文獻：

[1] 劉洋, 印凡, 許兵, 等. 凍結肩的診斷與治療研究進展[J]. 中國矯形外科雜誌, 2012,20(19):1771-1773.

[2] 呂中茜, 郭義, 陳澤林, 等. 針灸臨床實踐指南制訂中證據體的評估方法探索——分層證據評分法[J]. 中國針灸, 2018,38(10):1115-1118.

[3] 張嘉玲, 陳俊琦, 王雪姣, 賴雪燕, 陳靜. 略談針灸治療肩周炎的理法方穴術[J]. 時珍國醫國藥, 2013,24(12):2965-2967.

[4] 張建偉. 肩三針與治療肩周炎對應關係的探討[J]. 針灸臨床雜誌, 2004,20(2):7-8 .

[5] 唐宏亮, 盧棟明, 黎麗群, 等. 「肩三針」治療肩周炎臨床研究的系統評價[J]. 遼寧中醫雜誌, 2015, 42(5): 933-936.

[6] 史永奮, 王丹華, 張海纓. 運用《黃帝內經》傍針刺法治療肩周炎療效觀察[J]. 針灸臨床雜誌, 2004(03):43-44+3.

[7] 國家中醫藥管理局. 中醫病證診斷療效標準[M]. 北京: 中國醫藥科技出版社, 2012：190-191 .

[8] 萬紅棉, 杜冬青, 馬兆勤. 針刺頸夾脊穴配合運動灸法治療神經根型頸椎病58例[J]. 山東中醫雜誌, 2013, 32(6): 414-415.

[9] CONSTANT C R, MURLEY A H G. A clinical method of functional assessment of the shoulder[J]. Clin Orthop, 1987,214:160164

[10] 程少丹, 張天偉, 陸念祖, 等. 肩關節周圍炎療效評定量表的設計及臨床應用[J]. 中國中醫骨傷科雜誌, 2010,18(1):23—25.

[11] Vastam ki H,Vastam ki M.Postoperative stiff shoulder after open rotator cuff repair: a 3-to 20-year follow-up study[J].Scand J Surg,2014,103(4):263-270 doi:10.1177/1457496913514383 .

[12] 杜元灝, 李晶, 孫冬緯, 等. 中國現代針灸病譜的研究[J].中國針灸, 2007,27(5):373-378.

[13] 方劍喬, 邵曉梅. 針刺鎮痛的新思路——針灸參與疼痛多維度調節的可行性[J]. 針刺研究, 2017, 42(1): 85-89.

[14] 李媛, 吳凡, 程珂, 等. 針刺對炎性疼痛的鎮痛機制[J]. 針刺研究, 2018, 43(8): 467-475.

[15] 金仁奎, 吳永昌, 鄭英, 莊裴華, 龔秀萍, 余安勝. 熱敏灸與溫針灸治療肩周炎臨床療效比較研究[J]. 上海中醫藥雜誌, 2014,48(05):86-88.

[16] 宿小滿, 連樹林. 艾灸聯合米樂祛痛貼治療肩周炎對患者疼痛感受、關節功能評分的影響[J]. 遼寧中醫雜誌, 2018,45(09):1938-1940.

[17] 譚奕. 熱敏灸療法治療風寒濕型肩周炎的臨床研究[D]. 廣州中醫藥大學, 2016.

Abstract: Objective: To observe the clinical study on the treatment of scapulohumeral periarthritis by puncturing five acupoints on shoulder combined with the moving moxibustion, and to judge the immediate and long term effect of this method. Methods: 60 patients were randomly divided into the observation group and the control group, 30 cases each. The observation group was treated with acupuncture at the five acupoints on shoulder combined with the moving moxibustion, while the control group was treated with acupuncture at five acupoints on the shoulder. The changes of shoulder pain, range of activities and activities of daily life before, after treatment and 3 months after treatment were taken as indicators. Results: the total effective rate of the observation group or the control group was 93.3% and 83.3%, the total effective rate of the two groups was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The effect of observation group was not changed compared with that after treatment ($P>0.05$). The scores of indexes in the control group were higher than those in the control group after treatment ($P<0.05$). Conclusion: the combination of acupuncture at five acupoints on shoulder and moving moxibustion can improve the shoulder joint pain, the range of shoulder motion and the ability of daily life, and has a good long-term effect.

Keywords: periarthritis;proximal needing; five Acupoints on Shoulder;moving moxibustion

（編委：朱恩審校2020.11.06）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKPCMP All Rights Reserved