

## 温针灸配合推拿治疗急性期肩周炎疗效观察

隋永光

莱阳市城厢街道社区卫生服务中心, 山东 莱阳 265200

**【摘要】** 目的 观察分析温针灸配合推拿治疗急性期肩周炎的临床疗效。方法 监测对象为2019年8月至2022年12月期间内收诊的120例急性期肩周炎患者,以电脑随机双盲分组方式分为实验组和对照组两组,每组各60例患者,对照组患者给予一般性药物治疗,实验组患者在对照组基础上给予温针灸配合推拿治疗,对比分析不同组患者的疼痛评分、肩关节功能评分、肩部血流动力学指标及治疗总有效率。结果 两组患者治疗前在疼痛评分和肩关节功能评分对比方面均无统计学差异( $P>0.05$ ),但治疗后实验组患者疼痛评分和肩关节功能评分均低于对照组,统计差异明显( $P<0.05$ )。实验组患者在旋肩胛下动脉和腋动脉流速等肩部血流动力学指标方面均优于对照组患者,统计差异明显( $P<0.05$ )。实验组患者治疗总有效率结果显示为86.67%,相比于对照组患者治疗总有效率75%更高,统计差异明显( $P<0.05$ )。结论 温针灸配合推拿治疗急性期肩周炎患者的临床疗效显著,可给予广泛推广及应用。

**【关键词】** 温针灸;急性肩周炎;疗效观察

急性期肩周炎为临床常见性疾病类型,以中老年人群为高发人群,病情进展相对迅速,短时间内肩部疼痛剧烈且难以耐受<sup>[1]</sup>,直接影响患者生活质量和身体健康,临床重视度较高。针对急性期肩周炎需尽早行有效治疗,以保障患者正常肩部功能,现阶段,临床治疗以西药治疗和中医治疗两种方式最为多见,本次研究选取我社区卫生服务中心2019年8月至2022年12月期间内收诊的120例急性期肩周炎患者实施温针灸配合推拿治疗的临床疗效进行观察分析,具体报道内容见下文。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 监测对象为2019年8月至2022年12月期间内收诊的120例急性期肩周炎患者,以电脑随机双盲分组方式分为实验组和对照组两组,每组各60例患者,纳入标准:①符合急性期肩周炎临床确诊标准;②肩部疼痛评分 $>7$ 分;③经X线检测无关节间隙、骨刺等异常情况;④知情状态下签署我院同意书。排除标准:①并发严重脏器疾病患者;②妊娠期或哺乳期女性患者;③精神障碍性疾病患者;④不耐受患者;⑤先天免疫缺陷患者;⑥肩部手术史患者。

实验组患者中,男性38例、女性22例,年龄最小值28岁、最大值57岁,年龄平均数( $41.25 \pm 3.62$ )岁,病程最小值3d、最大值12d,病

程平均数( $6.52 \pm 1.45$ )d。对照组患者中,男性36例、女性24例,年龄最小值27岁、最大值55岁,年龄平均数( $41.02 \pm 3.65$ )岁,病程最小值4d、最大值14d,病程平均数( $6.77 \pm 1.48$ )d,两组基本资料差异无显著性( $P>0.05$ ),具临床显著可比性。

**1.2 方法** 对照组患者给予一般性药物治疗,使用药物为醋酸泼尼松龙(上海通用药业股份有限公司,国药准字H31021288,1mL:25mg)、利多卡因(安徽长江药业有限公司,国药准字H34020932,5mL:0.1g)和维生素B12(辰欣药业股份有限公司,国药准字H37021986,1mL:0.5mg),将40mg醋酸泼尼松龙、0.1g利多卡因及0.5mg维生素B12溶入15mL(0.9%)生理盐水中进行局部注射给药,共计治疗3~5d。

实验组患者在对照组基础上给予温针灸配合推拿治疗。①温针灸治疗:根据患者肩部疼痛实际情况分别选择阿是穴、肩贞穴、肩髃穴、阳陵穴、肩前穴和条口穴六个穴位,同时选择外关穴、后溪穴和合谷穴三个穴位作为配穴,患者保持坐位体位并严格消毒选取穴位,随后,使用规格为0.35mm $\times$ 50mm的一次性针灸针对选择穴位进行进针操作,以患者略感上肢酸胀为最佳,然后,使用规格为200mm $\times$ 150mm的艾条进行点燃并靠近针灸针柄处进行温针治疗,待艾条燃尽后清理燃烧灰烬,最后行拔针操作,每次温针时间在10~15min左右,晨起1次/d,共计治疗3~5d。需要注意的

是,艾条燃烧期间需严格控制与针柄距离,避免距离过近灼伤患者皮肤,亦可适当在患者皮肤处加用纸板等保护措施。②推拿治疗:患者保持坐位体位,首先,医师通过按压方式找寻患者肩部痛点,针对痛点使用指腹进行反复揉捏2min,然后使用拇指对痛点和肩贞穴、肩井穴、肩髃穴进行点按,点按次数为10~15次,然后,医师执患者患肢并稍稍外展,以一指禅推法对患者肩关节处肌肉进行按摩,按摩手法需依照肌群结构和形态从上至下逐步操作,每次按摩时间3~5min。最后,医师确保患者双臂维持外展状态下按住患者双肩进行抖动,时间为30s。推拿治疗1次/d,共计治疗3~5d。

两组患者在治疗期间及治疗后均需行适当的功能锻炼,通过体后拉伸、爬墙、钟摆运动等方式<sup>[2]</sup>,进一步锻炼并提升肩关节功能。

### 1.3 观察指标 观察指标如下。

①疼痛评分:经用临床统一的《视觉模拟评分量表(VAS)》对患者治疗前后疼痛情况进行评分,量表共计10分<sup>[3]</sup>,其中0分表示无任何疼痛表现,10分表示疼痛剧烈且难以耐受,分数越低显示患者疼痛越轻、分数越高显示患者疼痛越严重。

②肩关节功能评分:使用《肩关节功能障碍指数问卷调查表(Oswestry)》评测患者肩关节功能情况,分为疼痛程度、提物能力、自理能力等10小项内容<sup>[4]</sup>,随着分数的降低显示患者肩关节功能改善。

③肩部血流动力学指标:以彩色多普勒超声检查方式对患者肩部血流动力学指标进行检测和记录,探头频率设置在10MHz左右<sup>[5]</sup>,检测指标包括旋肩胛下动脉和腋动脉流速两项。

④治疗效果:分为治愈、显效、有效和无效四类,治愈结果下表示患者肩关节功能恢复正常且无疼痛,显效结果下表示患者肩关节功能得以明显改善但存在轻微疼痛,有效结果下表示患者肩关节功能出现好转但疼痛明显,无效结果下表示患者肩关节功能无任何改善或呈加重趋势、疼痛剧烈<sup>[6]</sup>,治疗总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 以统计学软件SPSS24.0对研究涉及的全部指标数据进行计算,数据表示方式分为 $(\bar{x} \pm s)$ 和 $[n(\%)]$ 两种,计量资料为 $(\bar{x} \pm s)$ ,计数资料为 $[n(\%)]$ ,并以 $t$ 或 $\chi^2$ 对结果进行验证,统计差异不明显时 $P>0.05$ ,统计差异明显时 $P<0.05$ 。

## 2 结果

2.1 不同组别患者治疗前后疼痛评分及肩关节功能评分的比对差异 两组患者治疗前在疼痛评分和肩关节功能评分对比方面均无统计学差异( $P>0.05$ ),但治疗后实验组患者疼痛评分和肩关节功能评分均低于对照组,统计差异明显( $P<0.05$ ),详见表1。

表1 不同组别患者治疗前后疼痛评分及肩关节功能评分的比对差异( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	疼痛评分		肩关节功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	60	7.95 ± 1.52	1.98 ± 0.85	40.36 ± 8.45	22.31 ± 5.38
对照组	60	7.92 ± 1.55	5.02 ± 1.21	40.34 ± 8.41	35.33 ± 6.16
$t$		0.107	15.924	0.012	12.331
$P$		0.914	0.001	0.989	0.008

2.2 不同组别患者治疗总有效率的比对差异 实验组患者在旋肩胛下动脉和腋动脉流速等肩

部血流动力学指标方面均优于对照组患者,统计差异明显( $P<0.05$ ),详见表2。

表2 不同组别患者肩部血流动力学指标的比对差异( $\bar{x} \pm s$ ,cm/s)

组别	例数	旋肩胛下动脉	腋动脉流速
实验组	60	68.12 ± 6.36	125.63 ± 8.41
对照组	60	58.64 ± 5.71	112.02 ± 6.37
$t$		8.591	9.992
$P$		0.023	0.019

2.3 不同组别患者治疗总有效率的比对差异 实验组患者治疗总有效率结果显示为86.67%,

相比于对照组患者治疗总有效率75%更高,统计差异明显( $P<0.05$ ),详见表3。

表3 不同组别患者治疗总有效率的比对差异 [n(%) ]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
实验组	60	15 (25.00)	22 (36.67)	19 (31.67)	4 (13.33)	56 (86.67)
对照组	60	8 (13.33)	10 (16.67)	17 (28.33)	15 (25.00)	45 (75.00)
$\chi^2$						7.566
<i>P</i>						0.032

### 3 讨 论

急性期肩周炎具起病急骤、疼痛剧烈的明显特点，病症表现为肌肉痉挛、关节活动受限，夜间疼痛尤为明显，西医认为病症多受无菌性炎症引发<sup>[7]</sup>，因此，以往临床针对急性期肩周炎患者多实施一般性药物治疗，通过使用醋酸泼尼松、利多卡因和维生素B12等药物进行局部注射，以此缓解肩部疼痛、减轻肩部炎症，实现病症的有效治疗，但药物治疗下仅对病症表象进行改善，虽起到一定的治疗效果，但远期疗效不足，患者病症易反复，且长时间用药易产生耐药性，致使后续治疗有效性大大降低，总体来说疗效不够理想，因此临床着重探寻更为有效的急性期肩周炎患者治疗方法。随着我国中医学的发展和进步，中医认为急性期肩周炎从属痹症范畴，多受外感寒湿、气血不足、气血瘀滞所致<sup>[8]</sup>，治疗方向集中在活血化瘀、温热散寒、改善气血等方面，因此，温针灸配合推拿治疗逐渐被广泛应用于急性期肩周炎患者的临床治疗中。温针灸以针灸学为基础，通过艾条温热针灸的方式，将艾条燃烧产生的热量传导至患者体内，不仅实现针灸和艾灸的双效功能，还能够实现理想的温阳散寒、舒筋通络、活血化瘀等功效，同时，经温灸治疗下还可对患者机体进行良性刺激，进而促使内源性啡物质大量产生，从而实现理想的止痛效果，对减轻急性期肩部肿胀和疼痛效果甚佳。而推拿治疗通过推拿手法被动促进肩关节部位的肌肉收缩、血液循环，加速肩关节处基础性代谢及淤血和炎症的吸收功效，直接减轻肩部粘连、提升肩部肌力、避免肌肉萎缩<sup>[9]</sup>，同时，在推拿治疗下患者肩部得以有效放松，患者舒适度得以提升，直接改善受病症影响带来的不适感，提升关节部位活动范围和活动度，在与温针灸联合治疗下，可直接减轻患者疼痛、提升肩关节功能、改善肩关节血运情况，帮助患者尽早实现病症痊愈，因中医学治疗下更具标本兼治功效，患者远期复发明显减少，在现下临床治疗中的应用频率日渐提升，取得了满意的临床疗效，本文研究结果表明：治疗后实验组患者疼痛评分和肩关节功能评分均低于对照组，且实验组患者在旋肩胛下动脉和腋动脉流速等肩部血流动力学指标方面均优于对照组患者，可以了解到，与一般性药物治疗相比，实施温针灸配合推拿治疗能够显著降低患者疼痛评分和肩关节功能评分，同

时改善患者肩部的血流动力学指标。另外，实验组患者治疗总有效率结果显示为86.67%，相比于对照组患者治疗总有效率75%更高，可见使用温针灸配合推拿治疗能够大幅提升患者的治疗总有效率，研究结果与谭婵模的《温针灸配合推拿对急性期肩周炎患者的症状控制及疗效分析》结果基本类似<sup>[10]</sup>，具有研究价值。

综上所述，急性期肩周炎患者实施温针灸配合推拿治疗能够切实减轻肩部疼痛症状，改善肩关节功能，有效促进病症痊愈或康复，具极佳的临床推广应用价值。

### 参考文献

- [1] 刘静,李清.温针灸配合推拿治疗急性期肩周炎疗效观察[J].陕西中医,2017,38(10):1475-1476.
- [2] 杨庆镗,郑险冰,邓凯翔,等.重灸“痛敏穴”结合洛索洛芬钠片治疗急性期肩周炎的临床疗效观察[J].按摩与康复医学,2021,12(24):41-43,46.
- [3] 韩清,王锋.穴位点按疗法治疗老年急性期肩周炎的临床观察[J].老年医学与保健,2021,27(5):1045-1049.
- [4] 张振胜.热敏灸联合推拿治疗急性期肩周炎临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(7):1242-1243.
- [5] 夏伟民,梁珍珍.针刺配合刺络拔罐治疗急性期肩周炎的临床效果研究[J].现代医药卫生,2020,36(24):3962-3964.
- [6] 纪金国.温针灸配合推拿治疗急性期肩周炎疗效观察[J].中国农村卫生,2019,11(2):85.
- [7] 石新明.温针灸联合推拿对急性期肩周炎患者疼痛程度及关节功能恢复的影响[J].中外医学研究,2020,18(5):131-133.
- [8] 史琳琳,刘娟.激痛点齐刺为主对急性期肩周炎患者镇痛效应及功能活动度的影响[J].湖南中医杂志,2019,35(11):71-73.
- [9] 林林雁,刘坤明,袁海妮,等.电针围刺法治疗急性期肩周炎的临床疗效观察[J].中医临床研究,2019,11(23):92-95.
- [10] 谭婵模.温针灸配合推拿对急性期肩周炎患者的症状控制及疗效分析[J].中医临床研究,2020,12(20):72-74.