

孙健应用浮针治疗肩周炎经验介绍

李虎¹, 孙健², 白田雨¹, 王欣³

1. 山东省立第三医院针灸推拿科, 山东 济南 250031

2. 广东省中医院传统疗法科, 广东 广州 510120

3. 山东省立第三医院康复医学科, 山东 济南 250031

[关键词] 肩周炎; 患肌; 再灌注活动; 浮针疗法

[中图分类号] R249; R684 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2020) 15-0139-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2020.15.041

肩关节周围炎(简称肩周炎)又被称为粘连性关节囊炎,是肩周肌肉、肌腱、滑囊及关节囊等软组织的慢性非特异性炎症导致的以关节疼痛和活动受限为主要表现的疾病^[1]。本病好发于40~50岁以上中老年人,属于中医学漏肩风、肩凝症等范畴。目前对本病的治疗以减轻疼痛和恢复关节活动度为主要目的,口服非甾体类抗炎镇痛药(NsAIDs)及局部痛点封闭可以减轻疼痛;麻醉下手法松解及手术松解可恢复关节活动度^[2]。据报道,本病的发病率约为2%~5%^[3]。本病虽有自愈倾向,但易反复,且自然病程可长达半年至3年,严重影响了患者的日常生活与工作,并可造成心理和生理的双重不适。浮针是符仲华教授于1996年发明的现代针灸。有报道显示,浮针治疗肩周炎可有效缓解疼痛,改善关节活动,促进疾病的康复^[4-6]。临床上,孙健教授运用浮针治疗肩周炎多有良效,现将其诊疗思路及具体操作介绍如下。

1 现代医学对肩周炎的认识

肩周炎的发病机制目前尚不明确,一般认为与软组织退变、姿势不良引起慢性损伤以及外伤久治不愈等因素有关^[7]。三角肌、冈上肌、冈下肌、肩胛下肌等肌肉的慢性劳损,肩周滑囊的慢性炎症以及关节囊的损伤,出现关节内外的粘连,导致了局部的疼痛与关节活动受限,是本病的主要表现。疼痛部位一般出现在肩部深层,可向肩胛部放射,在肱骨大结节、三角肌止点、肩峰等部位有压痛。本病可分为急性期、慢性期以及功能恢复期。急性期疼痛剧烈,可持续2~3周,并且常表现出进行性加重的趋势,严重者可从睡眠中痛醒;慢性期逐渐出现关节活动受限,可持续数月至1年以上;功能恢复期疼痛缓解,关节活动逐渐恢复^[1]。肩周炎的疼痛机制尚不明确,可能与新生神经纤维和神经源性炎症等有

关,其中肩关节囊、滑膜等处的新生神经纤维可能是剧烈疼痛的生理学基础,降钙素相关肽(CGRP)及P物质(SP)介导的神经源性炎症,在肩周炎疼痛中发挥重要作用,并且神经源性炎症可能与局部的炎症反应形成恶性循环^[8]。

2 浮针治疗肩周炎的诊疗思路

2.1 诊察患肌 2014年符仲华教授提出患肌(PTM)的概念,其含义为:存在一个或多个肌筋膜触发点(MTrP)^[9]的肌肉,即在运动中枢正常的情况下,肌肉放松时,出现病理性紧张的肌肉。浮针医学认为,患肌是引起临床病症的主要原因,是造成疼痛的直接原因。准确诊察患肌,对于疾病的诊断、治疗效果、治疗方案的调整及预后判断具有重要的意义。

首先通过疼痛部位、具体症状、关节活动等情况判断可疑患肌,然后通过触诊确定患肌施以治疗。患肌在触诊时多表现出紧、僵、硬、滑等特点,可伴或不伴压痛感。肩周炎常见患肌引起的症状有:①冈上肌:冈上肌的主要功能是上臂外展时的启动肌,并在外展过程中稳定肱骨头,防止其与周围组织发生碰撞从而对肌肉、神经以及血管造成损伤。冈上肌成为患肌,可导致不能梳头、刷牙,造成肩部外侧深处的疼痛,疼痛可放射至肘部,尤其在上臂外展时疼痛更为剧烈,往往伴有肩部弹响声。②三角肌:由于三角肌几乎参与了肩部所有的运动,因此一旦成为患肌,往往会影响到其他协同肌,造成局部疼痛,多在手臂活动时出现。③冈下肌、小圆肌:两者是肩关节主要的外旋肌,会导致肩部外侧疼痛明显,肩部外展受限,后伸内旋受限,脱衣服困难,摸背、扎腰带时疼痛剧烈。小圆肌紧张痉挛,可能会压迫腋神经,影响三角肌的正常功能,使其成为患肌,并导致三角肌区域发冷。④肩胛下肌:肩胛下肌可以使肩关节内收、内旋,会

[收稿日期] 2019-05-28

[修回日期] 2020-04-03

[基金项目] 山东省基层卫生科技创新计划项目(JCK1909)

[作者简介] 李虎(1986-),男,主治医师,研究方向:浮针治疗肌筋膜相关疾病。

[通信作者] 孙健, E-mail: sunj3610@163.com。

导致肩后部深处的疼痛,患者往往难以指出明确的疼痛部位,夜间疼痛明显,严重者难以入睡。⑤胸大肌:肩前部的疼痛,后伸摸背时疼痛加重。⑥背阔肌、大圆肌:上臂无法贴近耳朵。⑦斜角肌:自觉肩部及上肢发冷。⑧斜方肌:肩部沉重僵硬,颈部活动受限等。⑨前锯肌:是维持肩胛骨正常运动模式的重要因素,主要作用是维持肩胛骨紧贴胸壁,患侧可出现翼状肩胛。

2.2 远程轰炸 孙健教授通过多年临证总结,发现患侧的颈肩部、上肢往往出现多个患肌,表现出患肌多、范围广的特点。因此,临证宜首先采用“远程轰炸”的治疗策略。选择患侧前臂肱桡肌中段为进针点,选择一次性浮针,常规消毒,在皮下水平进针,针尖由下向上,指向患处,针体在皮下疏松结缔组织中向前推进,皮肤表面可见线状隆起,运针深度一般以软套管全部埋入皮下为度。进针后以拇指为支点,食指及无名指摆动针座,使皮下针芯持续划出扇形扫散动作。扫散的同时,嘱患者做屈肘再灌注活动,主要针对肱二头肌;肩关节水平外展再灌注活动,主要针对三角肌、冈上肌;肩关节水平内收再灌注活动,主要针对三角肌前束、胸大肌、喙肱肌等;耸肩再灌注活动,主要针对斜方肌和肩胛提肌;颈部同侧侧屈再灌注活动,主要针对斜角肌、胸锁乳突肌、斜方肌等。

2.3 局部扫散 确认患肌后,利用进针器将针破皮刺入皮下,手动送入针芯然后扫散。每个进针点大约扫散2 min,扫散频率约为100次/min。

2.4 再灌注活动 再灌注活动是指主动或者被动活动肌体的某些肌肉或者其他相关器官,将邻近丰富的血液重新灌注到缺血组织的动作^[10]。①三角肌:患者上肢分别做外展、前屈动作,医者给予阻抗10 s让患者放松。②冈上肌:参考冈上肌肌力检查的空罐试验^[11]制定,患者坐位或站位,首先将孟肱关节外展90°至肩胛骨平面,肘部伸直,肱骨内旋使拇指向下,保持此体位并做上肢外展。医者将手放在患者前臂中上部,给予阻抗10 s后让患者放松。③肩胛下肌的再灌注活动,应根据患者的肩关节活动度制定。若患者肩关节后伸活动度可,手能够放置于背后腰椎处,医者嘱患者手部远离腰椎,并给予阻抗10 s后让患者放松。或者患者保持肩关节外展至最大角度,并屈肘90°,手掌朝下,在此状态下前臂做向下转动动作,医者给予阻抗10 s后、让患者放松。

2.5 留置软管 通常于诱发病症的主要患肌处留置针芯外的软管,用无菌输液贴贴敷,最后用红外线灯照射15 min温通局部,促进局部血液循环于当日洗澡前1 h拔出,留管时局部勿沾水、重压。

2.6 常用进针点 肩部动作的完成,需要多肌肉的协同参与。如肩关节前屈,需要三角肌前束、胸大肌、喙肱肌以及肱二头肌长头等肌肉协同参与;肩关节外旋,需要小圆肌、冈下肌、三角肌后束等肌肉协同参与。因此,针对解剖

位置相近而具有协同功能的肌群,选择一个进针点,设计不同的再灌注活动进行治疗,尽量做到“少针少痛”。常用的进针点有:①患者坐位,在患侧前臂肱桡肌中段进针,针尖指向患处,选择此点主要依据浮针疗法的“手电光柱效应”,采取远程轰炸策略。②患者仰卧位,在患侧胸骨旁、锁骨下缘进针,针尖指向患侧上臂,再灌注活动为上肢抬起离开床面、肩关节水平内收,主要针对肩关节的前屈、水平内收肌群,如胸大肌、三角肌前束、喙肱肌以及肱二头肌等。然后调整针尖方向,将针退至皮下,针尖向上指向颈部,再灌注活动为头部抬起离开床面,头部向同侧或对侧旋转并离开床面,主要针对胸锁乳突肌和斜角肌。③患者坐位,肩峰内侧进针,针尖指向颈部,再灌注活动为肩关节外展、颈部后伸、颈部同侧侧屈,主要针对上斜方肌、冈上肌、胸锁乳突肌、斜角肌等。④患者俯卧位或坐位,肩胛骨内下角进针,针尖指向肩部,再灌注活动为肩关节外旋、肩关节水平外展、肩关节伸展、肩关节内收等,主要针对小圆肌、冈下肌、大圆肌、三角肌后束以及肱三头肌等。

3 机制探讨

浮针治疗痛症的确切机理尚不明确。目前认为,浮针疗法通过扫散改变了疏松结缔组织的空间结构,诱发压电效应释放生物电;疏松结缔组织具有良好的半导体导电性能,可以高效率的传导生物电,当生物电到达病变组织时,产生反压电效应,改变细胞离子通道,调动人体内在的抗病机制^[10,12]。

4 优势分析

注重肌肉功能平衡。肩关节是由胸锁关节、喙锁关节、孟肱关节和肩胛胸壁关节等构成的复合体,是人体活动范围最广、最为灵活的关节,也是最容易发生损伤的关节。肩关节大部分关节活动发生在孟肱关节和肩胛胸壁关节。肩胛骨和肩胛胸壁关节对肩关节功能和上肢运动起到稳定协调的作用,如在肩关节外展活动中,从30°开始便有肩胛骨的参与;肩胛骨伸展功能的受限,可导致肩关节前屈、外展和外旋活动受限^[13]。而肩胛骨静态位置的稳定及动态活动功能的协调,需要依靠其周围的斜方肌、菱形肌、肩胛下肌、前锯肌等肌群协同完成。如斜方肌上、下肌纤维与前锯肌和胸小肌联合将肩胛骨稳定与胸廓;前锯肌是肩胛骨的原动肌,可以使肩胛骨上旋、后倾以及外旋,参与了肩胛骨全范围的三维活动^[14]。神经或肌肉损伤造成肌肉活动形式变化,以及肩胛骨周围肌群之间的力量不平衡,可引起肩胛骨静态位置异常改变或者动态活动功能异常,发生肩胛骨运动障碍,是造成肩部疼痛及肩关节活动障碍的重要因素^[15-16]。

此外,近些年随着社会的发展进步,人们生活和工作方式发生了巨大的改变,职业分工越来越精细化,肩部、上肢需要完成大量重复性动作,而肩关节前屈、内旋状态是上肢最常用的功能位,由此导致的肩关节内旋肌(胸大肌、背阔

肌、三角肌前部和肩胛下肌等)的紧张挛缩,与较弱的外旋肌(三角肌后部、冈下肌和小圆肌)之间常产生功能的不平衡,造成盂肱关节的力学失稳,导致肩关节前屈、外展、外旋功能的受限。另外,对肩胛骨而言,若上斜方肌过度激活,而下斜方肌和前锯肌控制能力变弱,两者之间肌肉力量的不平衡,由此导致的导致肩胛运动轨迹异常,是肩关节运动障碍的重要原因^[17]。

浮针医学认为,若患肌协同运动功能及收缩功能下降,可导致关节活动范围减少,功能障碍。因此在治疗肩周炎时,调整肩胛骨周围肌群的功能状态,纠正肩胛骨运动障碍,恢复肩关节内旋肌与外旋肌之间的功能平衡状态,对缓解疼痛以及恢复肩关节功能具有重要的作用。

5 病案举例

张某,女,64岁,退休,2019年3月2日初诊。主诉:左侧肩部疼痛伴活动受限3月余。患者3个月前无明显原因出现左侧肩部疼痛,夜间疼痛明显,影响睡眠,伴肩部活动受限。曾于2018年12月在某医院行肩关节X线检查:左侧肩关节退行性变,予局部推拿、外用膏药治疗,效果不显。症见:肩部疼痛,活动受限,夜间疼痛严重,影响睡眠。查体:肩峰前方压痛阳性,放射至上臂中段。肩关节前屈90°,外展85°,内旋20°。空罐试验阳性。疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分:7分(夜间8分)。患肌检查:三角肌(++++)、胸大肌(+++)、小圆肌(++)、肩胛下肌(+++)、冈上肌(+++)、胸锁乳突肌(++)。远程轰炸治疗:患者坐位,选择患侧前臂桡腕中段为进针点,常规消毒,进针后扫散2min,频率100次/min。嘱患者与医生掰手腕,再嘱上肢前屈、外展、内收上肢抗阻。每次对抗10s左右,每个动作重复3次。局部消除:小圆肌、肩胛下肌、胸锁乳突肌、冈上肌。最后于小圆肌处留置软管,用无菌输液贴贴敷,并用红外线灯照射15min温通局部。首次治疗后即时效果:VAS4分;肩关节前屈90°,外展90°,内旋30°。2019年3月4日二诊:VAS4分(夜间3分);肩关节活动同一诊治疗结束后无明显变化。结合触诊,患肌同前,同前继续治疗。2019年3月6日三诊:VAS3分(夜间3分);肩关节前屈90°,外展90°,内旋30°。2019年3月8日四诊:VAS2分(夜间1分);肩关节活动同前无明显变化。至八诊结束,患者肩部疼痛已基本消失,关节活动度也较前明显好转。1个月随访疼痛未发作,关节活动恢复良好。

[参考文献]

- [1] 中华中医药学会. 肩关节周围炎[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(2): 73-75.
- [2] 李伟, 詹红生, 陆念祖. 肩周炎国内外研究进展[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(22): 44-46.
- [3] GALATZ LEESA M. 肩肘外科学[M]. 崔国庆, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2012: 510-512.
- [4] 胡正喜, 陈莉秋, 岳建兴, 等. 浮针 MTrP 治疗肩周炎疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(22): 20-21.
- [5] 何煜才. 浮针疗法治疗肩关节周围炎的临床疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(15): 42-44.
- [6] 文希, 刘通, 王小寅. 浮针疗法治疗肩周炎的随机对照试验研究[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(23): 16-18.
- [7] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1022.
- [8] 何勇, 刘威, 王大明, 等. 肩周炎疼痛机制研究进展[J]. 中国运动医学杂志, 2016, 35(10): 987-990.
- [9] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.
- [10] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 161, 197-198.
- [11] MOULTON S G, GREENSPOON J A, MILLETT P J, et al. Risk Factors, Pathobiomechanics and Physical Examination of Rotator Cuff Tears[J]. Open Orthopaedics Journal, 2016, 10(Suppl 1: M3): 277-285.
- [12] 李桂凤, 符仲华. 浅谈浮针对疼痛医学发展的启示[J]. 中国针灸, 2014, 34(6): 591-593.
- [13] 卡琳·维恩本, 贝恩德·法尔肯伯格. 肌肉功能检查指导手册[M]. 天津: 天津科技翻译出版有限公司, 2018: 113.
- [14] LUDEWIG P M, COOK T M, NAWOCZENSKI D A. Three-dimensional scapular orientation and muscle activity at selected positions of humeral elevation[J]. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 1996, 24(2): 57-65.
- [15] LUDEWIG P M, COOK T M. Alterations in Shoulder Kinematics and Associated Muscle Activity in People With Symptoms of Shoulder Impingement[J]. Physical Therapy, 2000, 80(3): 276-291.
- [16] 元帅霄, 刘晓华, 俞瑾. 运动训练在肩峰下撞击综合征患者功能恢复中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(9): 50-55.
- [17] 皮尚伯. 肩胛部肌肉力量的平衡对肩关节功能康复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(8): 782-784.

(责任编辑: 冯天保)