

颊针联合推拿对肩周炎患者肩关节功能及血清IL-6、CRP水平的影响

王巧英, 李笔锋, 胡日鹤

(广州中医药大学附属清远中医院, 广东清远 511500)

摘要:【目的】观察颊针联合推拿治疗肩周炎的临床疗效, 并探讨其可能的作用机制。【方法】选取2024年5月至2024年12月广州中医药大学附属清远中医院康复科病房及门诊收治的64例明确诊断为肩周炎的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组, 每组各32例。对照组给予中医推拿治疗。观察组在对照组治疗的基础上, 给予颊针治疗。治疗3次为1个疗程, 共治疗2个疗程。治疗2个疗程后, 评价2组临床疗效。观察2组患者治疗前后肩关节疼痛视觉模拟量表(VAS)评分与Constant-Murley肩功能量表(CMS)评分的变化情况, 以及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分的情况。比较2组患者治疗前后白细胞介素(IL)-6和C反应蛋白(CRP)的变化情况。【结果】(1)治疗后, 观察组总有效率为93.75%(30/32), 对照组为75.00%(24/32), 观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的VAS评分明显降低($P < 0.05$), 且观察组在改善患者VAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的CMS评分明显升高($P < 0.05$), 且观察组在改善患者CMS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的HAMA评分明显升高($P < 0.05$), 且观察组在改善患者HAMA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗后, 2组患者的IL-6和CRP水平明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善IL-6和CRP水平方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】颊针联合中医推拿治疗肩周炎, 能明显减轻患者肩部疼痛的临床症状, 提高患者肩关节的功能, 从而缓解患者的焦虑状态, 降低炎症因子IL-6、CRP水平, 临床疗效显著。

关键词: 颊针; 推拿; 肩周炎; 肩关节功能; 焦虑; 炎症因子

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2025)08 - 1950 - 07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2025.08.018

Effects of Buccal Acupuncture Combined with Tuina on Shoulder Joint Function and Serum IL-6 and CRP Levels in Patients with Frozen Shoulder

WANG Qiaoying, LI Bifeng, HU Rihe

(Qingyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Qingyuan 511500 Guangdong, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical efficacy of buccal acupuncture combined with tuina in treating frozen shoulder and explore its potential mechanism of action. **Methods** Sixty-four patients diagnosed with frozen shoulder were enrolled from the Rehabilitation Department of Qingyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine between May 2024 and December 2024. Patients were randomly divided into an observation group and a control group using a random number table, with 32 cases in each group. The control group received traditional Chinese tuina therapy, while the observation group received additional buccal acupuncture treatment. Three treatment sessions constituted one course, with a total of two courses administered. Clinical efficacy was evaluated after treatment, and the Visual Analogue Scale (VAS) scores for shoulder pain, Constant-Murley Shoulder Score (CMS), and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) scores were observed before and after intervention. Serum levels of interleukin 6 (IL-6) and C-reactive protein (CRP) were also compared. **Results** (1) After treatment, the total effective rate of the observation group was 93.75% (30/32), and that of the control group was 75.00% (24/32), and the efficacy of the observation group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the VAS scores of

收稿日期: 2025-01-06

作者简介: 王巧英(1995-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 1578818852@qq.com

通信作者: 李笔锋(1985-), 男, 副主任医师; E-mail: 13750178788@139.com

基金项目: 广东省中医药局科研资助项目(编号: 20241385); 广东省中医药局科研项目立项资助课题(编号: 20223025)

patients in the two groups were significantly reduced ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the patients' VAS scores, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). (3) After treatment, the CMS scores of patients in the two groups were significantly increased ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving patients' CMS scores, with statistically significant differences ($P < 0.05$). (4) After treatment, the HAMA scores of patients in the two groups were significantly increased ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving patients' HAMA scores, with statistically significant differences ($P < 0.05$). (5) After treatment, the IL-6 and CRP levels of patients in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the IL-6 and CRP levels, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of buccal acupuncture and traditional Chinese tuina therapy significantly alleviates shoulder pain, improves shoulder joint function, reduces anxiety, and decreases inflammatory markers IL-6 and CRP in patients with frozen shoulder, demonstrating notable clinical efficacy.

Keywords: buccal acupuncture; tuina; frozen shoulder; shoulder joint function; anxiety; inflammatory factors

肩周炎主要是由于肩关节周围组织如肌腱、腱鞘、滑囊及关节囊等发生慢性特异性炎症,造成组织粘连,从而导致肩关节活动受限,肩部疼痛的一种疾病^[1]。本病好发于50岁左右的体力劳动者,故又称其为“五十肩”^[2]。目前,我国肩周炎的发病率为5%~8.79%,女性多于男性,且右肩少于左肩^[3-5]。长期肩部疼痛可广泛蔓延,出现三角肌萎缩,严重地影响肩关节的功能活动,导致患者心理和生理的双重不适^[6]。研究^[7]发现,77%的肩周炎患者存在焦虑、抑郁情绪。西医针对肩周炎的治疗通常采用口服药物、康复训练、神经阻滞、局部封闭、手术治疗等方法,虽可缓解临床症状,但不能完全治愈,复发率较高且有较大副作用^[8]。中医推拿运用推、摩、揉、按、搓、擦等手法在肩部周围胸前后背反复按摩,手法轻柔,可起到疏通经络、活血止痛之作用。然而,中医单一方法治疗肩周炎临床疗效并不明显,且治疗周期较长。肩周炎被国际认定为适宜针灸治疗的64种疾病之一,国内外学者广为应用^[9]。颊针作为一种全新微针疗法,临床治疗肩周炎疗效显著,其相较于普通针刺不仅能通过经络刺激缓解局部不通则痛的症状,而且还具有心理调节作用。本研究采用颊针联合中医推拿治疗肩周炎,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2024年5月至2024年12月广州中医药大

学附属清远中医院康复科病房及门诊收治的64例明确诊断为肩周炎的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各32例。本研究符合医学伦理学要求并获医院伦理委员会审议通过,伦理号:【2024】年第(021)号。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《临床诊疗指南·骨科分册》^[10]中有关肩周炎的诊断标准拟定。①肩痛多发于夜间,放射到手部、肘部和肩胛区;肩部活动受限、僵硬;②体征:肩部四周肌肉有压痛、压痛点;肩部有外展、外旋、后伸等活动受限;③X线检查显示:肩关节无明显异常,可伴有骨质疏松、肩峰下钙化等征象。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]中有关风寒湿型肩周炎拟定。①主症:肩部窜痛,遇风寒则加剧,得温则缓解,伴有活动受限;②次症:恶风寒,或肩部沉重;③舌脉:舌质淡红,苔腻或薄白,脉弦紧或弦滑。具备主症及次症任意1项者即可诊断。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄在40~70岁之间;③依从性好,能够按时完成临床试验并愿意接受针灸治疗;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①由于骨折、外伤、风湿性或类风湿性关节

炎、肿瘤等造成肩部疼痛的患者；②脸部或患侧肩部存在大范围的破损、严重化脓感染的患者；③患有凝血功能障碍的患者；④患有糖尿病后期并发症的患者；⑤存在晕针或恐针的患者；⑥治疗期间依从性差，无法配合治疗的患者；⑦精神异常的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

给予中医推拿治疗。具体操作方法如下：患者取舒适坐位，医者站立于患者一侧，利用手掌对肩关节部位进行揉、滚，用手揉捏肩部1 min。确定伏兔穴、阳陵泉、三阴交穴后用大拇指点按1 min，一只手握住患侧肩胛，另一只手握稳肩部，将患者肩部以慢速的内旋和外旋并提拉向前，最后在双肩处进行揉搓使患者肌肉处于放松状态，每次按摩20 min。治疗1次后，休息3 d再行下次的治疗，治疗3次为1个疗程，共治疗2个疗程。

1.5.2 观察组

在对照组治疗的基础上，给予颊针治疗。具体操作方法如下：患者取舒适坐位，采用75%的酒精棉球常规消毒面部皮肤，选择主穴上焦、中焦、颈部、肩、臂患侧穴位，采用华佗牌一次性使用无菌针灸针（苏州医疗用品厂有限公司生产，规格：0.30 mm × 15 mm）。每穴刺激量适中，捻转刺激1 s，得气即可，手法刺激不可太重，每隔5 min行针1次，留针15~30 min，留针期间嘱患者做患侧肩关节的前屈内收、外展后伸运动，出针后，立刻用消毒干棉球按压针孔片刻，防止出血。治疗1次后，休息3 d后再行下次的治疗，治疗3次为1个疗程，共治疗2个疗程。

1.6 观察指标

1.6.1 肩关节疼痛程度评估

分别于治疗前后观察2组患者肩关节疼痛的变化情况。采用疼痛视觉模拟量表(VAS)评分进行判定。采用一条长约10 cm的游动标尺，一面标有10个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，0分表示无痛，10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据肩关节的疼痛程度在横线上划一记号，表示疼痛的程度。分值越高，代表疼痛越严重^[12]。

1.6.2 肩关节活动度

分别于治疗前后观察2组患者肩关节活动度的变化情况。采用Constant-Murley肩功能评分表(CMS)进行判定。其中，疼痛15分，日常生活活动20分，肌力25分，主动活动范围40分，总分为100分。分值越高，代表肩关节活动范围越大^[13]。

1.6.3 焦虑程度评估

分别于治疗前后观察2组患者汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分的变化情况。

该量表总分为56分。HAMA评分<7分，表示没有焦虑；7分<HAMA评分<17分，表示可能有焦虑；17分<HAMA评分<24分，表示明显的焦虑；HAMA评分>24分，则表示非常焦虑。

1.6.4 实验室指标

分别于治疗前和治疗后空腹抽取2组患者的静脉血3 mL，由本院检验科对相关实验室指标进行检测。观察2组患者治疗前后炎症因子白细胞介素(IL)-6和C反应蛋白(CRP)的变化情况。

1.7 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[11]根据患者的肩功能评分进行判定。疗效指数(%)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈：临床症状、体征消失或基本消失，95%≤疗效指数≤100%；显效：临床症状和体征有明显好转，70%≤疗效指数<95%；有效：临床症状和体征部分好转，30%≤疗效指数<70%；无效：临床症状和体征无明显改善，或病情加重，疗效指数<30%。总有效率(%)=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

观察组32例患者中：男11例，女21例；年龄40~69岁，平均(54.25 ± 7.87)岁；病程1~180 d，平均(35.38 ± 43.53)d；左肩18例，右肩14例。对

照组32例患者中：男8例，女24例；年龄40~70岁，平均(53.66 ± 8.64)岁；病程1~180 d，平均(23.31 ± 31.53)d；左肩18例，右肩14例。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，表明2组患者的基线特征基本一致，具有可比性。

2.2 2组患者临床疗效比较

表1结果显示：治疗后，观察组总有效率为

93.75%(30/32)，对照组为75.00%(24/32)，观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后VAS评分比较

表2结果显示：治疗前，2组患者VAS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的VAS评分明显降低($P < 0.05$)，且观察组在改善患者VAS评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组肩周炎患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with frozen shoulder [例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	32	5(15.63)	15(46.88)	10(31.23)	2(6.25)	30(93.75) ^①
对照组	32	2(6.25)	11(34.38)	11(34.38)	8(25.00)	24(75.00)
<i>t</i> 值						4.267
<i>P</i> 值						0.039

注：① $P < 0.05$ ，与对照组比较。

表2 2组肩周炎患者治疗前后VAS评分比较

Table 2 Comparison of VAS scores between the two groups of patients with frozen shoulder before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	32	7.03 ± 1.45	3.00 ± 1.48 ^{①②}
对照组	32	7.00 ± 1.57	4.16 ± 1.76 ^①
<i>t</i> 值		0.083	-2.842
<i>P</i> 值		0.934	0.006

注：① $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较。

2.4 2组患者治疗前后CMS评分比较

表3结果显示：治疗前，2组患者CMS评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的CMS评分明显升高($P < 0.05$)，且观察组在改善患者CMS评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后HAMA评分比较

表4结果显示：治疗前，2组患者HAMA评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的HAMA评分明显升高($P < 0.05$)，且观察组在改善患者HAMA评分方面明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者治疗前后IL-6和CRP水平比较

表5结果显示：治疗前，2组患者IL-6和CRP水平比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，

表3 2组肩周炎患者治疗前后CMS评分比较

Table 3 Comparison of CMS scores between the two groups of patients with frozen shoulder before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	32	52.16 ± 4.47	79.34 ± 9.76 ^{①②}
对照组	32	52.28 ± 4.32	70.88 ± 9.27 ^①
<i>t</i> 值		-0.114	3.559
<i>P</i> 值		0.910	0.001

注：① $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较。

表4 2组肩周炎患者治疗前后HAMA评分比较

Table 4 Comparison of HAMA scores between the two groups of patients with frozen shoulder before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	32	11.13 ± 2.15	6.06 ± 1.59 ^{①②}
对照组	32	11.09 ± 1.89	7.78 ± 1.70 ^①
<i>t</i> 值		-0.062	-4.185
<i>P</i> 值		0.951	0.001

注：① $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较。

2组患者的IL-6和CRP水平明显改善($P < 0.05$)，且观察组在改善IL-6和CRP水平方面明显优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组肩周炎患者治疗前后IL-6和CRP水平比较

Table 5 Comparison of IL-6 and CRP levels between the two groups of patients with frozen shoulder before and after treatment

组别	例数/例	IL-6/(pg·mL ⁻¹)		CRP/(mg·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	23.37 ± 0.53	12.54 ± 1.73 ^②	30.43 ± 2.31	10.35 ± 2.05 ^②
对照组	32	23.38 ± 1.08	15.51 ± 2.12 ^①	30.33 ± 2.76	15.46 ± 2.80 ^①
<i>t</i> 值		-0.035	-6.137	0.152	-8.326
<i>P</i> 值		0.972	0.001	0.879	0.001

注：① $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较。

3 讨论

目前，随着科技的进步，时代的发展，越来越多的工作、生活日常需要长时间维持一个姿势，使得肩周炎的发病率越来越高，也日渐趋向年轻化^[14]。肩周炎为外部损伤、慢性劳损、肩部退行性改变、免疫力退化所导致，虽然有自愈的能力，但病程较长，疼痛较剧烈，严重影响患者日常生活及心理^[15-16]。即使病症得到暂时的治愈，但仍有80%以上的患者肩部活动无法正常恢复，且中重度疼痛可能还会持续4年及以上^[17]。临床上，针对肩周炎常应用非甾体抗炎药(NSAIDs)、激素、神经阻滞疗法、关节镜或手术松解的方式进行治疗，但效果不佳，不良反应较大^[18]。NSAIDs在长期使用的情况下，容易产生恶心呕吐、食欲不振、消化不良等胃肠道反应，对神经系统、心血管系统亦有损伤^[19]。单纯服用NSAIDs对肩关节周围炎的自然病程没有变化^[20]。口服激素对于早期抗炎止痛效果好，但是，长期使用副作用多，易导致骨质疏松和骨坏死、局部肌腱组织的退变和老化、血管脆性增强、肥胖、低钙、血压和血糖的升高等^[21]。神经阻滞疗法，操作简单，患者接受度也高，但是，对于短期治疗效果好，长期使用容易导致骨质疏松，甚至瘫痪。关节镜或手术松解容易导致术后创面大，并且费用高，术后疗效不理想^[22]。

中医学中并无“肩周炎”的相关病名记载，本病当归属于中医学中“痹证”的范畴，又称“肩痹”“漏肩风”“五十肩”“凝肩”等，好发于中老年人。《类证治裁》中记载：“中年以后，因气血不足，肝肾亏损，筋失濡养，风寒侵袭，经络受阻，营卫气血不畅，肩部正邪相搏发为疼痛。

日轻夜重，久则肩部肌肉挛缩，活动受限。”说明肩周炎是由于年龄增长，肝肾气血亏虚，不能濡养经脉，加之日久劳损，或遭遇外伤，或感受风寒湿三邪，导致经脉闭塞不通，气血凝滞，血不能上荣于筋骨所致，治疗上应以疏通气血经络兼以补虚为法。中医推拿治疗采用揉、滚、捏等手法对软组织给予刺激，使韧带、肌肉处于放松状态，最终使临床症状得到改善。中医推拿联合伏兔穴、阳陵泉、三阴交穴位刺激协同作用，能够行气活血、补虚之效得增，临床应用切实可行^[23]。

颊针疗法是王永洲教授及其团队主要以全息理论为指导历经26年临床实践与经验创立的一套全新的微针体系。颊针是人的面颊存在涵盖整个人体全身全息的投影系统，立足于全息理论、三焦理论、身心同理论，以分布于面颊部的16个特定穴，穴位主要包括头与三焦穴、脊柱穴位、上肢穴位、下肢穴位，全息面治疗颈间腰腿痛、三焦面治疗内脏疾病、二者层面联合治疗身心疾病^[24-26]。《灵枢·邪气脏腑病形》中曰：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走。”人体头面部为诸阳汇聚之地，手足阳明、少阳经等四条经脉均行于头面部，阳明经为气血之经，少阳经为调节之枢机。《灵枢·卫气》中言：“胸气有街，腹气有街，头气有街，胫气有街。”《灵枢·动输》中云：“四街者，气之径路也。”气街能连通头面部与头部之气，可以通过针灸头面部穴位来调节调动全身气血。故针刺面颊部穴位，能够使机体达到气血调和、经络通畅的作用，进而缓解肩周炎患者疼痛及功能障碍。

本研究使用颊针联合中医推拿治疗肩周炎患者，观察其肩部疼痛，肩关节功能，患者焦虑状

态以及炎症因子IL-6、CRP水平的变化情况。本研究结果表明,治疗后,观察组总有效率为93.75%(30/32),对照组为75.00%(24/32),观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明颊针联合中医推拿可提高肩周炎患者的临床疗效。肩周炎是由IL-6、CRP等炎症介质介导的炎症充血、渗出和成纤维细胞向肌成纤维细胞转变,纤维组织发生增生、粘连,从而引起关节间隙变小、狭窄的过程,肩部软组织粘连使局部组织重建受力不均,进而引起疼痛感。本研究结果表明,治疗后,2组患者的VAS评分明显降低($P < 0.05$),且观察组在改善患者VAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的IL-6和CRP水平明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善IL-6和CRP水平方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明颊针联合中医推拿可减轻肩周炎患者肩部疼痛感,并可较好降低炎症反应。究其原因,中医颊针治疗可通过经络发挥其远治作用,促进肩部血液循环,加快渗出物吸收,降低患者炎症反应,进而缓解疼痛感。治疗后,2组患者的CMS评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善患者CMS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。颊针联合中医推拿可提高肩周炎患者肩关节功能。其原因可能是颊针通过对肌肉和韧带应力点的刺激,减轻患者肩部肌肉的痉挛,从而起到松弛肌肉的作用,同时,还能促进体内的气血循环,改善气滞血瘀,使肩关节功能得以提高。治疗后,2组患者的HAMA评分明显升高($P < 0.05$),且观察组在改善患者HAMA评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明颊针联合中医推拿可缓解患者的焦虑状态。究其原因,中医颊针选穴“上焦、中焦”通过神经-内分泌、神经-生物学两条途径调节患者神经递质,进而缓解焦虑状态。另外,颊针选穴“颈部、肩、臂”为全息层面对应受损部位选穴,使肩周炎患者疼痛及肩部障碍得以缓解,患者身体恢复,焦虑心理得以缓解。

综上所述,颊针联合中医推拿治疗肩周炎,能够明显减轻患者肩部疼痛的症状,提高患者的肩关节功能,缓解患者的焦虑状态,降低炎症因子IL-6、CRP水平,值得在临床进一步推广研究和深入研究。

参考文献:

- [1] LEAFBLAD N, MIZELS J, TASHJIAN R, et al. Adhesive capsulitis [J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2023, 34(2): 453-468.
- [2] 蒋秀英. 重症肩周炎50例临床治疗体会[J]. 中国社区医师, 2021, 37(17): 89-90, 93.
- [3] 赵国民, 赵大伟, 陈波华. 综合疗法治疗老年性肩周炎40例[J]. 陕西中医学院学报, 1993, 16(4): 14.
- [4] BRUE S, VALENTIN A, FORSSBLAD M, et al. Idiopathic adhesive capsulitis of the shoulder: a review [J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2007, 15(8): 1048-1054.
- [5] MONIQUE A S, JO A H. Upper extremity: emphasis on frozen shoulder [J]. Orthop Clin North Am, 2006, 37(4): 531-539.
- [6] 李乐之, 姚树桥. 慢性疼痛患者生活质量影响因素的路径分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 20(4): 319-321.
- [7] EBRAHIMZADEH M H, MORADI A, BIDGOLI H F, et al. The relationship between depression or anxiety symptoms and objective and subjective symptoms of patients with frozen shoulder [J]. Int J Prev Med, 2019(10): 38.
- [8] 左敏, 罗志为. 西药痛点注射结合手法推拿治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(13): 44-46.
- [9] 佚名. 世界卫生组织认可的64种针灸适应证[J]. 针刺研究, 2008, 33(3): 168.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南(骨科分册)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 62.
- [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 281.
- [12] CHAMAN C R, CASEY K L, DUBNER R. Pain measurement: an overview [J]. Pain, 1985, 22(1): 1-31.
- [13] KIRKLEY A, GRIFFIN S, DAINTY K. Scoring systems for the functional assessment of the shoulder [J]. Arthroscopy, 2003, 19(10): 1109-1120.
- [14] 余连年, 周思蓓. 温针灸联合中医内外治法治疗肩关节周围炎的临床进展[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(8): 140-142.
- [15] FERNANDES M R, ASSIS F M, SPAGNOL J E, et al. Immobilization, lymphedema, and obesity are predictive factors in the development of adhesive capsulitis in breast cancer patients. imobilização, linfedema e obesidade são fatores preditivos no desenvolvimento de capsulite adesiva em pacientes com câncer de mama [J]. Rev Bras Ginecol Obstet, 2023, 45(10): 594-602.
- [16] EWALD A. Adhesive capsulitis: a review [J]. Am Fam Physician, 2011, 83(4): 417-422.
- [17] BI A S, PAPALIA A G, ROMEO P V, et al. Effect of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on need for operative intervention for idiopathic adhesive capsulitis [J]. JSES Int, 2023, 7(5): 793-798.
- [18] CHO C H, BAE K C, KIM D H. Treatment strategy for frozen shoulder [J]. Clin Orthop Surg, 2019, 11(3): 249-257.
- [19] 纪慧. 非甾体抗炎药的临床应用及不良反应分析[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(24): 127-128.
- [20] 李会会, 王翔, 詹红生. “凝肩”的中西医诊治进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(9): 85-88.
- [21] STOUT A, FRIEDLY J, STANDAERT C J. Systemic absorption

- and side effects of locally injected glucocorticoids [J]. PM R, 2019, 11(4): 409-419.
- [22] 吴晓翔, 郑卫丛, 郭灏宇, 等. 肩关节周围炎的保守治疗研究进展[J]. 河北中医, 2021, 43(10): 1742-1748.
- [23] 杨金, 王培, 李敏. 中医推拿联合寒痹散穴位贴敷对风寒湿痹型肩周炎患者肩关节功能及血清CRP、IL-6、NO水平的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 18(9): 1-11.
- [24] 方晓丽, 王永洲, 李啸红. 颊针理论及其临床应用[J]. 中国自然医学杂志, 2007, 9(1): 29-33.
- [25] 杨秀, 李静. 颊针镇痛的临床应用进展[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(9): 162-164.
- [26] 黄盛滔, 黄泳, 黎秀, 等. 颊针疗法及其临床应用概况[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(11): 72-75.

【责任编辑：宋威】

动筋针联合温针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察

林奇清, 吴玉敏, 陈婕

(广州中医药大学东莞医院, 广东东莞 523000)

摘要: 【目的】观察动筋针联合温针灸治疗神经根型颈椎病(CSR)的临床疗效。【方法】选取2024年7月至2024年12月东莞市中医院针灸科病房及门诊收治的60例明确诊断为CSR的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组, 每组各30例。对照组给予温针灸治疗。观察组在对照组治疗的基础上, 给予动筋针法治疗。每周治疗3次, 治疗10次为1个疗程, 共治疗1个疗程。治疗10次后, 评价2组临床疗效。观察2组患者治疗前后田中靖久颈椎病症状量表评分的变化情况, 以及疼痛视觉模拟量表(VAS)评分的情况。比较2组患者治疗前后颈椎关节活动度的变化情况。并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)观察组总有效率为93.33%(28/30), 对照组为80.00%(24/30)。观察组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者田中靖久颈椎病症状量表评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善田中靖久颈椎病症状量表评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者VAS评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善VAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者颈椎关节活动度明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善颈椎关节活动度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)观察组不良反应发生率为3.33%(1/30); 对照组无不良反应事件。观察组与对照组的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】动筋针联合温针灸治疗神经根型颈椎病, 能有效改善患者的颈椎功能, 减轻患者的疼痛症状, 安全性高, 临床疗效显著。

关键词: 神经根型颈椎病; 动筋针; 温针灸; 经筋理论; 肌筋膜; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2025)08-1956-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2025.08.019

收稿日期: 2025-02-23

作者简介: 林奇清(1998-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 2423645320@qq.com

通信作者: 陈婕(1973-), 女, 主任中医师, 硕士研究生导师; E-mail: 729570431@qq.com

基金项目: 薛爱国广东省名中医药专家传承工作室建设资助项目(编号: 粤中医办函[2023]108号); 陈婕东莞市名中医药传承工作室建设资助项目(编号: 5000297)