



骨痛灵酊联合中医定向透药仪治疗肩周炎的临床观察

杜伟

(陕西中医药大学附属医院第一临床医学院, 陕西 咸阳 712000)

摘要: **目的** 探究骨痛灵酊联合中医定向透药仪医治肩周炎的实际效果。 **方法** 把120例肩周炎患者随机分为对照组及观察组, 各60例。对照组行针灸手法联合中医定向透药仪治疗, 每天1次; 观察组在对照组基础上增加骨痛灵酊治疗, 每天1次; 两组均同时行运动功能训练。一周治疗5d, 共4周。治疗结束后对比两组临床视觉模拟评分量表(VAS)评分、肩关节活动度(Melle)评分、临床疗效及安全性评价。 **结果** 两组治疗后疼痛评分、肩关节活动度改善均明显优于治疗前 ($P < 0.01$); 观察组疼痛评分、肩关节活动度和临床有效率比对照组改善更明显 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 两组安全性对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论** 骨痛灵酊联合中医定向透药仪, 配合针灸、运动功能训练治疗肩周炎, 可以更为有效地降低患者肩部疼痛, 促使其肩关节活动度改善, 提高临床疗效, 使用方便且无明显不良反应。

关键词: 肩周炎; 骨痛灵酊; 中医定向透药仪; 针灸; 疗效

中图分类号: R259

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2022.61.005

本文引用格式: 杜伟. 骨痛灵酊联合中医定向透药仪治疗肩周炎的临床观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(061): 20-24.

Clinical Observation of Gutongling Tincture combined with TCM Directional Drug Penetration Device in the Treatment of Scapulohumeral Periarthritis

DU Wei

(The First Clinical Medical College of Affiliated Hospital of Shaanxi University of Traditional Chinese Medicine, Xianyang Shaanxi 712000)

ABSTRACT: Objective To explore the effect of Gutongling tincture combined with directional permeation instrument in treating periarthritis of shoulder. **Methods** 120 patients with periarthritis of shoulder were randomly divided into control group and observation group, 60 cases in each group. The control group was treated with acupuncture and moxibustion combined with TCM directional drug penetration apparatus, once a day. Observation group was treated with Gutongling tincture once a day on the basis of control group. Both groups received motor function training simultaneously. The treatment lasted for 5 days a week for 4 weeks. After treatment, clinical visual analogue scale (VAS) score, range of motion (Melle) score, clinical efficacy and safety were compared between the two groups. **Results** The pain score and motion of shoulder in both groups were significantly better than before treatment ($P < 0.01$). The pain score, range of motion and clinical response rate in the observation group were improved more obviously than those in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). There was no significant difference in safety between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Gutongling Tincture combined with traditional Chinese medicine directional drug penetration instrument, combined with acupuncture and motion-function training for the treatment of shoulder periarthritis, can more effectively reduce shoulder pain, promote the improvement of shoulder joint range of motion, improve the clinical efficacy, easy to use and no obvious adverse reactions.

KEY WORDS: frozen shoulder; gutongling tincture; TCM directional drug penetration device; acupuncture; curative effect

0 引言

在临床上, 肩周炎为造成肩关节疼痛和运

动功能障碍的一组疾病类型统一的名称, 并不仅仅指某一种疾病^[1]。好发年龄为50岁左右, 俗称“五十肩”, 女性多于男性。其临床特点

为夜间疼痛加重、肩关节多个方向活动都能够发生一定程度的功能障碍，特别是向外伸展、向外旋转的活动受到较为显著的限制，发生“抗肩”的典型状况^[2]。现阶段，肩周炎在实际治疗中主要有手术治疗及保守治疗两种方式，其中，保守治疗为肩周炎治疗的首选治疗方式。西医主要采用以口服药物的局部封闭治疗，因只能暂时缓解患者疼痛，易复发，治疗具有一定的局限性^[3]。中医治疗肩周炎的历史悠远，方法繁多，其中针灸、运动功能训练、中医定向透药仪、中药酊剂、膏贴剂等都是中医外治法的代表，并广泛用于治疗肩周炎。笔者采用定向透药治疗仪导入骨痛灵酊联合针灸、运动功能训练治疗肩周炎，获得较好的临床效果，在本研究中进行了详细分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院本科门诊及住院部2021年6月至2022年3月收治的肩关节周围炎患者120例为研究对象。随机分为观察组及对照组，各60例，观察组男24例，女36例，年龄40-68岁，平均年龄 (53.1 ± 6.3) 岁，病程5个月-5年，平均病程 (1.8 ± 1.1) 年；对照组男23例，女37例，平均年龄 (52.3 ± 6.8) 岁，病程5个月-5年，平均病程 (2.0 ± 1.4) 年。两组患者的一般资料差异无统计学意义 $(P > 0.05)$ 。本次研究报告提交本院伦理委员会，患者或其亲属对本研究方案了解同意并主动签署知情同意书。

1.2 纳入标准

(1) 西医符合《诊断学》中肩周炎诊断标准^[4]，中医满足《中医病症诊断疗效标准》里相关诊断依据^[5]；(2) 非外伤、感染、肿瘤等其他原因造成的肩部病变；(3) 年龄40-70岁；(4) 短期内没有进行其他治疗；(5) 自愿进行研究。

1.3 排除标准

(1) 合并哮喘、严重心血管疾病、骨结核、骨肿瘤等；(2) 存在意识障碍或者精神障碍；(3) 依从性低不能按时治疗和完成疗程者；(4) 妊娠期或哺乳期女性；(5) 治疗部位有皮肤疾病、皮损或有皮损风险者；(6) 对研究使用的药物成分或酒精等过敏者。

1.4 治疗方法

对照组：应用针灸疗法联合中医定向透药治疗，每周治疗5d，治疗4周。(1) 先行针灸治疗：患者取坐位，需施术部位常规消毒，选择两侧下肢阳陵泉穴、肩中穴、肩髃穴、肩前穴、肩贞穴等穴位，进针1.0-1.5寸，实施提插捻转强刺激手法，以局部出现酸胀感为适宜，1次/d。(2) 再行中医定向透药仪（太原市怀诚医疗器械有限公司，型号：HC-II）导入中药进行治疗，患者呈俯卧位，将正极固定在疼痛位置，负极固定在疼痛周围，使用松紧带把电极板稳定在患肩部位；开启电源，定时20min；温度设定根据患者体感舒适为宜，缓慢调节强度至患者接受范围，电流强度0-25mA，1次/d。(3) 指导患者进行运动功能训练：A. 钟摆动作：身体向前倾斜，健侧手支撑，患侧臂下垂，前后向、左右向、环形摇摆手臂；B. 外旋动作：坐正，手持平衡棒，整个过程保持肘关节贴近身体，健侧手用力向两侧推拉平衡棒，从而使患侧肩关节多次向外旋转和向内旋转，每个动作要做到位，手应经过身体中线，保持身体不能倾斜；C. 抬臂动作：平卧，使用健侧手扶住患侧手腕，健侧手臂用力往上抬举超过头顶，不弓背，刚开始若有困难可适当曲肘；D. 前屈外展动作：平卧屈膝，将双手置于头颈后方（肩关节前屈），起始位置是肘关节竖起，肘部逐渐外展贴近床面（前屈外展）；E. 滑轮练习：站立或坐位，起始位置为健侧举起，用力带动患侧臂上抬；F. 背部牵拉：直立，起始位置为患侧手扶住健侧肩，健侧手抓住患侧肘关节，往对侧用力，以致牵拉患侧肩背部；G. 摸背动作：直立，双手放在

身后，健侧手抓住患侧腕部，轻轻往上抬，使用训练带辅助，逐步开展练习。每日训练3次，治疗4周。

观察组：于对照组基础上联合骨痛灵酊治疗，每周治疗5d，治疗4周。针灸结束后，将骨痛灵酊（云南圣科药业有限公司，国药准字Z53021244，规格：10ml/袋）药液全部倒在透药贴片上均匀渗透，放在患者肩部痛感最强位置，再用松紧带将电极板固定于患肩部，其他同对照组。

1.5 观察指标

肩关节疼痛程度：以视觉模拟评分量表（visual analogue score, VAS）作为标准，采用10的直线，两侧由0-10分标记，分别代表“无痛”及“剧痛”，被测试者依据疼痛程度于直线上对应位置进行标记，分别在治疗前后让患者自主进行疼痛评分。

肩关节活动度：应用Melle评分^[6]开展肩关节活动度的判定，在治疗前和治疗后对肩部的5项动作开展量化评分。（1）肩外展：<30°为3分，30-89°为2分，90-120°为1分，>120°为0分；（2）肩中立位外旋：0°为3分，0-20°为2分，>20°为1分；（3）手至颈项：不能完成计3分，完成艰难计2分，较容易计1分，正常计0分；（4）手至脊柱：不能完成计3分，到第1骶椎水平计2分，到第12胸椎水平计1分，到第12胸椎水平以上计0分；（5）肩内收（手到嘴），完全喇叭征为3分，部分喇叭征为2分，肩内收0-40°为1分，肩内收0°为0分。患者得分与其肩关节活动度成反比。

临床治疗效果：参考《中医病症诊断疗效标准》，治愈：肩痛彻底好转，肩关节活动范围完全转好；显效：肩痛显著改善，肩关节活动范围基本恢复；有效：肩痛有所减轻，肩关节活动范围有所恢复；无效：肩部疼痛和肩关节功能活动范围未见好转。临床治疗总有效率=治愈人数占比+显效人数占比+有效人数占比。

安全性评价：统计治疗过程中患者不良反

应发生率，包括局部红肿、皮疹、破溃和瘙痒等皮肤反应。

1.6 统计学方法

应用软件SPSS 23.0进行数据分析，计数数据以（*n*，%）表达，计量数据用（ $\bar{x} \pm s$ ）表达，通过 χ^2 检验、*t*检验进行组间对比与组内对比，*P*<0.05则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肩关节疼痛VAS评分比较

治疗后两组VAS评分比治疗前都明显下降，差异有统计学意义（*P*<0.01），且观察组的（3.13 ± 1.96）分明显低于对照组的（5.21 ± 1.20）分，差异有统计学意义（*P*<0.05）。如表1。

表1 两组患者VAS评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	60	7.42 ± 0.93	5.21 ± 1.20 ^a
观察组	60	6.96 ± 0.99	3.13 ± 1.96 ^{ab}
<i>t</i>		1.646	4.351
<i>P</i>		> 0.05	< 0.01

注：与治疗前比较，^a*P*<0.01，与对照组比较，^b*P*<0.01

2.2 两组患者肩关节活动度比较

治疗后Melle评分较治疗前均明显降低，差异有显著统计学意义（*P*<0.01），且观察组Melle评分[（3.63 ± 2.94）分]明显低于对照组[（5.92 ± 2.80）分]，差异具有统计学意义（*P*<0.05）。如表2。

表2 两组患者肩关节活动度比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	60	11.21 ± 1.29	5.92 ± 2.80 ^a
观察组	60	11.38 ± 1.18	3.63 ± 2.94 ^{ab}
<i>t</i>		0.456	2.708
<i>P</i>		> 0.05	< 0.05

注：与治疗前比较，^a*P*<0.01，与对照组比较，^b*P*<0.05

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗结束后，观察组临床总有效率（96.7%）明显优于对照组（83.3%），差异具有统计学意义（*P*<0.05）。如表3。

表 3 两组患者临床效果比较

组别	例数	治愈 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
对照组	60	18	17	15	10	83.3
观察组	60	24	24	10	2	96.7 ^b

注: 与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.4 两组安全性分析

治疗期间, 观察组1例患者使用药物后发生部分皮肤潮红、瘙痒, 但没有中途退出研究, 停止用药2d以后, 患者以上状况彻底好转, 对照组没有发生不良反应, 两组对比无统计学差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

肩周炎又称肩关节周围炎, 是临床较为多见的疾病类型之一, 主要是肩部的慢性特异性炎症表现, 通常表现出肩关节活动受到限制、肩关节及周围疼痛等状况, 其发病原因主要是由于不良姿势、不良生活习惯、长期过度体力劳动等, 肩周炎患者的疼痛程度呈进行性加重, 对于患者的生活水平有较为明显的负面作用, 如果患者没有能够进行较为有效的治疗, 则会进一步发展成肩关节活动障碍和周围粘连的情况。目前, 西医对肩周炎的治疗重点为口服非甾体类抗炎药物、物理治疗、关节周围软组织内局部封闭药物注射的方法。这些治疗手段虽然表现出一定的治疗效果, 但长期非甾体类抗炎药物治疗容易造成胃肠道反应及心血管意外, 并不能治疗患肢的关节活动受限, 最终导致治疗效果欠佳; 而开放手术、肩关节镜等皆为有创治疗, 因创伤应激大且治疗费用也相对高昂^[7], 患者的接受度不高。

肩周炎在中医领域中属于“痹症”的范畴, 大部分患者都因为较长时间的劳动损伤或者风寒湿侵袭肩部而导致疾病的发生^[8]。现阶段, 中医药于肩周炎的医治中慢慢表现出较为明显的临床优势, 针灸、推拿、针刀、运动功能训练和中药内外给药等治疗方法均都得到了患者较好的反馈^[9]。针灸为中医特色治疗方

法, 具有活血化瘀、舒筋活血等功效, 对改善肩周炎患者症状, 减轻疼痛有一定疗效。关节囊粘连是肩周炎的发病原因, 运动功能训练能够调节肩关节局部血液循环, 加速代谢, 松解粘连, 缓解肩部僵硬状态, 有助于恢复肩关节活动。

中医定向透药治疗仪是将中医学与物理学融合, 中频电流让药物离子生成定向推动力, 使皮肤电阻降低, 扩张小动脉及毛细血管, 在皮肤下形成药物离子堆, 让药物更深入、有效地渗透到患处, 靶向作用在局部患处。作用机制与闸门学说有关, 能够促使神经组织释出内源性啡样物质以便更好抗炎。利用药物和理疗的双重功效, 实现消炎、消肿、镇痛及减轻粘连的目的^[10,11]。骨痛灵酊主要成分有雪上一枝蒿、干姜、龙血竭、乳香、没药、冰片, 辅料为乙醇。方中雪上一枝蒿除湿, 活血止痛, 干姜温经散寒止痛, 为君药。龙血竭、乳香、没药活血消肿, 散寒消痛, 是臣药。冰片辛香走窜, 消肿止痛, 为佐药。多种药物联合应用, 共同实现温经祛寒、除风活血、通络止痛的功效^[12,13]。骨痛灵酊为渗漉法乙醇提取的小分子药液, 在使用中医定向透药治疗仪的同时采用骨痛灵酊作为渗透药物, 可加速药物实现局部病灶, 提高治疗效果^[14]。研究结果表明观察组总有效率、疼痛评分、肩关节活动度的改善均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

总而言之, 骨痛灵酊联合中医定向透药治疗仪, 配合针灸、运动功能训练, 能够让患者肩部血液循环有所转好, 肩部筋骨肌肉得到濡养, 肩关节疼痛减轻, 功能活动度得到改善, 且疗效显著, 安全性高。



参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第四版.北京:人民军医出版社,2012:1915-1916.
- [2] 韦贵康.中医筋伤学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:75.
- [3] 王东峰,刘海洲.罗浮山风湿膏药联合针灸推拿对肩周炎患者肩关节活动度及骨关节炎指数评分的影响[J].大医生,2021,6(18):15-16.
- [4] 万学红,卢雪峰.诊断学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2018,180-194.
- [5] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:186-187.
- [6] 汪春,郭知学,陈志刚.4周八段锦锻炼治疗肩周炎疗效观察[J].中国运动医学杂志,2010,29(3):285-287.
- [7] 苏真真,胡军明.中医洗剂热敷联合针灸治疗肩周炎的临床研究[J].现代医学与健康研究,2022,6(2):88-90.
- [8] 崔超,牛晓亚,赵昱.桂枝附子汤加减联合超声药物透入治疗寒湿痹阻型肩周炎疗效对肩关节功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(19):2116-2119.
- [9] 朱德友,刘爱芹,张继梅.等针刺配合中药外敷治疗肩周炎临床研究[J].光明中医,2019,34(3):430-432.
- [10] 程玲,陈鹏欢.中医定向透药联合针灸治疗肩周炎的临床观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(11):3-5.
- [11] 曾纪媛,陈世康,姚岚.桂枝芍药知母汤联合中医定向透药治疗仪在类风湿性关节炎患者中的应用效果[J].中国医药科学,2021,11(21):104-107.
- [12] 国家基本药物临床应用指南和处方集编委会.国家基本药物临床应用指南(中成药)[M].2018年版.北京:人民出版社,2019:275-276.
- [13] 张静,张彩霞.中医辨证施护在腰椎间盘突出症保守治疗患者中的应用效果[J].河南医学研究,2019,28(20):3833-3834.
- [14] 陈智华,潘万顺.中医治疗粘连性“肩凝症”96例临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(10):135.

(上接第19页)

- 其临床意义分析[J].中国医药科学,2019,9(20):229-231.
- [8] 徐亮,刘凤英,丁倩.Capriini评分、D-二聚体、纤维蛋白原水平在骨折后下肢深静脉血栓病人中的变化及其临床意义[J].临床外科杂志,2019,27(04):328-330.
- [9] 黎俊豪.不同部位创伤骨折患者D-二聚体与C-反应蛋白表达水平与预后关系的临床意义[J].吉林医学,2019,40(02):319-320.
- [10] 阎相丽,梁玲玲.不同部位创伤骨折患者的D-二聚体水平及其临床意义[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(07):136-137.
- [11] 高剑.不同部位创伤骨折患者D-二聚体水平的意义探讨[J].人人健康,2016(12):58.
- [12] 牟岩涛.不同部位创伤骨折患者D-二聚体水平临床分析[J].中国继续医学教育,2016,8(11):51-52.
- [13] 贾军岩.分析不同骨折创伤患者的血浆D-二聚体水平[J].中国医药指南,2016,14(36):67.
- [14] 宋兵兵,陈晓.64排螺旋CT三维重建技术评估稳定性骨盆骨折的应用价值分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(52):76-77.
- [15] 张胜利.不同部位创伤骨折患者的D-二聚体水平及其临床意义[J].临床和实验医学杂志,2015,14(22):1897-1899.
- [16] 冯辉华,申清.D-二聚体动态监测对预测骨科手术后卧床患者发生深静脉血栓的诊断价值[J].标记免疫分析与临床,2019,26(01):107-110,129.
- [17] 高振巢,王明鑫,陈秋,等.下肢骨折术后Fib、D-二聚体检测的意义及其在术后深静脉血栓形成中的预测价值[J].实用药物与临床,2018,21(12):1346-1349.
- [18] 姚明凯. D-二聚体、MPV联合TEG对下肢骨折患者术前深静脉血栓形成的预测价值[D].吉林大学,2019.