

◆ 针灸推拿 ◆

肩痹六针联合依托考昔与推拿治疗肩关节周围炎临床研究

岳凤昱¹, 董晓珂¹, 白玉¹, 胡琮琦²

1. 郑州市骨科医院, 河南 郑州 450052; 2. 广州中医药大学第一附属医院白云医院, 广东 广州 510470

[摘要] 目的: 观察肩痹六针联合依托考昔与推拿治疗肩关节周围炎的临床疗效。方法: 选取2024年1—12月郑州市骨科医院治疗的70例肩关节周围炎患者, 按随机数字表法分为观察组和对照组各35例, 最终观察组33例、对照组34例完成研究。对照组给予依托考昔片口服与推拿治疗, 观察组在对照组的基础上联合肩痹六针治疗。2组均治疗4周。治疗前后评估美国加州大学(UCLA)肩关节评分、肩关节疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、肩关节日常生活能力(ADL)评分、肩关节疼痛和功能障碍指数(SPADI)评分, 检测炎症因子[白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平及肩峰下-三角肌下滑膜囊厚度。比较2组的临床疗效。观察2组的治疗安全性。结果: 治疗后, 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。2组UCLA肩关节评分、ADL评分均较治疗前升高, 肩关节疼痛VAS评分、SPADI评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组UCLA肩关节评分、ADL评分均高于对照组, 肩关节疼痛VAS评分、SPADI评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组IL-6、TNF- α 水平均较治疗前降低($P<0.05$), 观察组IL-6、TNF- α 水平均低于对照组($P<0.05$)。2组肩峰下-三角肌下滑囊均较治疗前变薄($P<0.05$), 观察组肩峰下-三角肌下滑囊薄于对照组($P<0.05$)。2组均无严重不良反应。结论: 采用肩痹六针联合口服依托考昔片与推拿治疗肩关节周围炎可提高疗效, 有效减轻炎症反应, 缓解疼痛, 促进肩关节功能恢复, 且安全性良好。

[关键词] 肩关节周围炎; 肩痹六针; 依托考昔; 推拿; 炎症因子; 肩峰下-三角肌下滑囊厚度

[中图分类号] R246.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 01-0086-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.01.015

Clinical Study on Shoulder Impediment Six-Needle Acupuncture Combined with Etoricoxib and Tuina for Periarthritis of Shoulder

YUE Fengyu¹, DONG Xiaoke¹, BAI Yu¹, HU Congqi²

1. Zhengzhou Orthopedic Hospital, Zhengzhou Henan 450052, China; 2. Baiyun Hospital of the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510470, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of shoulder impediment six-needle acupuncture combined with Etoricoxib and tuina in the treatment of periarthritis of shoulder. **Methods:** A total of 70 patients with periarthritis of shoulder admitted to Zhengzhou Orthopedic Hospital from January to December 2024 were selected and divided into the observation group and the control group by the random number table method, with 35 cases in each group. Finally, 33 cases in the observation group and 34 cases in the control group completed the study. The control group was treated with oral administration of Etoricoxib Tablets combined with tuina, while the observation group was treated with

[收稿日期] 2025-06-06

[修回日期] 2025-09-09

[基金项目] 国家自然科学基金项目(82305164); 河南省中医药科学研究专项课题(2023ZY2159)

[作者简介] 岳凤昱(1992-), 男, 主治医师。

[通信作者] 胡琮琦(1990-), 男, 主治医师。

shoulder impediment six-needle acupuncture on the basis of the control group. Both groups were treated for four weeks. The changes in University of California, Los Angeles (UCLA) shoulder scores, Visual Analogue Scale (VAS) scores for shoulder pain, Activities of Daily Living (ADL) for shoulder joint, Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) scores, levels of inflammatory factors [interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α)], and subacromial-subdeltoid bursal thickness were compared between the two groups before and after treatment. The clinical efficacy of the two groups was compared. The treatment safety of both groups was observed. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The UCLA shoulder scores and ADL scores in both groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the VAS scores for shoulder pain and SPADI scores were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$). The UCLA shoulder score and ADL score in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$), and the VAS score for shoulder pain and SPADI score in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of IL-6 and TNF- α in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of IL-6 and TNF- α in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The subacromial-subdeltoid bursa in both groups were reduced than those before treatment ($P < 0.05$), and the subacromial-subdeltoid bursa in the observation group was thinner than that in the control group ($P < 0.05$). No serious adverse reactions occurred in either group. **Conclusion:** Shoulder impediment six-needle acupuncture combined with Etoricoxib and tuina for periarthritis of shoulder can enhance therapeutic efficacy, more effectively alleviate pain, promote the recovery of shoulder joint function, reduce inflammatory reactions, and demonstrate good safety.

Keywords: Periarthritis of shoulder; Shoulder impediment six-needle acupuncture; Etoricoxib; Tuina; Inflammatory factors; Subacromial-subdeltoid bursal thickness

肩关节周围炎是一种涉及肩周肌肉、肌腱、韧带和关节囊等软组织的慢性炎症和退行性疾病。随着病情进展,会逐渐形成关节内外粘连,从而出现关节疼痛和活动受限等,影响患者的日常生活^[1]。目前,现代医学治疗肩关节周围炎的措施主要有关节功能锻炼和使用非甾体抗炎药等^[2],长期服用非甾体抗炎药可能会引起胃肠道损伤、消化道出血等不良反应^[3]。依托考昔联合推拿是临床常用的保守治疗方案,能协同缓解肩部疼痛、改善肩关节活动功能,但在松解深层粘连、调节炎症因子方面仍存在局限性。针刺刺激穴位可舒筋通络、活血止痛、松解粘连,并能调节局部炎症因子,与推拿、药物联合应用可发挥协同优势,进一步提高临床疗效^[4-5]。刘晨力等^[6]认为,治疗肩关节周围炎时应该充分考虑颈、肩、肘、腕的连带损伤,进行联合诊查,并将该理论称为“颈-肩-肘-腕”共轭理论,基于此理论的推拿疗法在治疗肩关节周围炎时具有可行性。笔者基

于“颈-肩-肘-腕”共轭理论,结合临床实际创立肩痹六针,用于治疗肩关节周围炎已有多,疗效确切,认为口服依托考昔片可快速消炎止痛,推拿可松解粘连、改善局部血液循环,针刺可疏通经络、调节炎症因子,三者协同可发挥优势互补的治疗效果。本研究观察3种疗法联合应用治疗肩关节周围炎的临床疗效,以及对白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等炎症因子的调控作用。结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《临床诊疗指南:骨科分册》^[7]拟定肩关节周围炎诊断标准。肩部疼痛逐渐加重,伴有肩部功能活动障碍和僵硬;肩部肌肉萎缩,压痛,肩部外展、内外旋活动受限;肩关节MR检查结果显示:关节囊异常增厚,滑囊及关节腔积液,肩部肌腱变性改变。

1.2 纳入标准 符合诊断标准;年龄18~60岁;病

程≥1个月；处于疼痛期向冻结期过渡阶段或冻结期早期；自愿参加本试验，并签署知情同意书。

1.3 排除标准 存在肩袖损伤、脱位、骨折、继发恶性肿瘤、类风湿性关节炎等引起的肩关节疼痛或功能障碍；精神状态异常、晕针等无法配合研究方案治疗；伴有严重的心、脑、肺、肾、肝、胃肠等器质性疾病；处于妊娠期或哺乳期的妇女；参加本研究前1个月内服用过止痛药。

1.4 剔除、脱落标准 中途自行退出本研究；失访；依从性差；治疗期间接受过可能影响研究结果判断的其他治疗；出现严重不良事件，不宜继续治疗；出现其他严重疾病如恶性肿瘤等，或病情加重、恶化。

1.5 一般资料 选取2024年1—12月郑州市骨科医院治疗的70例肩关节周围炎患者。按随机数字表法分为观察组和对照组各35例。观察组因不按研究方案治疗脱落2例，对照组因不按研究方案治疗脱落1例，无剔除病例，最终观察组33例、对照组34例完成研究。观察组男13例，女20例；平均年龄(47.76±5.87)岁；平均病程4.0(2.0, 7.0)个月。对照组男16例，女18例；平均年龄(48.00±6.52)岁；平均病程4.0(2.0, 6.6)个月。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经郑州市骨科医院医学伦理委员会审核批准(2024医院伦理审批第048号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予依托考昔片口服加推拿治疗。依托考昔片(齐鲁制药有限公司，国药准字H20193273，规格：60 mg/片)餐后口服，每次1片，每天1次，治疗4周。推拿治疗：首先用一指禅的推法在颈肩部进行推拿，其次点按肩周穴位臂臑(患侧)、肩髃(患侧)、肩贞(患侧)、风池(双侧)，最后用拿法、捏法按摩患侧三角肌。每次30 min，隔天治疗1次，每周3次，治疗4周。

2.2 观察组 在对照组基础上联合肩臂六针治疗。取穴：合谷(双侧)、尺泽(双侧)、臂臑(患侧)、肩髃(患侧)、肩贞(患侧)、风池(双侧)。操作方法：患者取坐位，充分暴露腧穴部位，常规消毒局部皮肤，选用0.30 mm×40 mm华佗牌一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司)。合谷：直刺约25 mm；肩贞：向外斜刺约30 mm；风池：针尖向鼻尖方向斜

刺约25 mm；其余穴位均直刺30~40 mm，施以提插捻转、平补平泻法，得气后留针30 min。推拿后进行针刺治疗。每周治疗3次，持续4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于治疗4周后评估。②美国加州大学(UCLA)肩关节评分。量表包含功能(1~10分)、疼痛(1~10分)、主动前屈活动度(0~5分)、前屈力量(0~5分)和满意度(0、5分)4个维度，总分35分，分值越高代表肩关节功能越好。于治疗前、治疗4周后评估。③肩关节疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。以VAS评估，分值越高表示疼痛越严重。于治疗前、治疗4周后评估。④肩关节日常生活能力评定量表(ADL)评分。量表包含穿上衣、翻衣领、梳头、系腰带、洗脸、取物、如厕7项评分，每项均按以下标准计分，0分：经努力无法完成；3分：勉强完成，困难较大或疼痛较重；5分：可轻易完成。总分35分。于治疗前、治疗4周后评估。⑤肩关节疼痛和功能障碍指数(SPADI)。SPADI分为疼痛及功能障碍2个维度，共13个条目，每个条目评分0~10分，原始总分0~130分，最终换算为0~100分，0分表示无疼痛或功能障碍，100分表示最严重的疼痛和功能障碍。于治疗前、治疗4周后评估。⑥血清学指标。患者空腹8 h后，取外周静脉血5 mL，以转速3 000 r/min、半径10 cm，离心5 min后，取血清检测，试剂盒购自美国R&D Systems公司，使用酶标仪(Bio-Tek ELx800，美国伯腾仪器公司)在450 nm波长下检测吸光度值，根据标准曲线计算IL-6、TNF- α 水平。于治疗前、治疗4周后检测。⑦肩峰下-三角肌下滑囊厚度。患者取坐位，使用美国GE彩色多普勒超声诊断仪测量患者肩峰下-三角肌下滑囊的厚度。于治疗前、治疗4周后测量。⑧不良反应。记录治疗期间不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 运用SPSS25.0统计学软件分析数据。符合正态分布及方差齐性的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验。不符合正态分布的计量资料以中位数(四分位数间距)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示，采用非参数秩和检验。计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[8]制

定疗效标准。疗效指数=(治疗前VAS评分-治疗后VAS评分)/治疗前VAS评分 $\times 100\%$ 。治愈:肩部疼痛消失,肩关节活动度及功能正常,或疗效指数 $\geq 90\%$ 。显效:肩部疼痛明显改善,肩关节活动比正常稍差,基本可以完成日常工作,或 $70\% \leq$ 疗效指数 $< 90\%$ 。有效:肩部疼痛减轻,肩关节活动障碍改善,但仍影响日常工作的完成,或 $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ 。无效:肩部疼痛、肩关节活动度及功能障碍与治疗前比较基本无变化,或疗效指数 $< 30\%$ 。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,观察组总有效率97.0%,高于对照组76.5%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较							例
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	
观察组	33	3	10	19	1	97.0 ^①	
对照组	34	1	3	22	8	76.5	

注:①与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4.3 2组治疗前后 UCLA 肩关节评分比较 见表2。治疗前,2组 UCLA 肩关节评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组 UCLA 肩关节评分均较治疗前升高,观察组 UCLA 肩关节评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后 UCLA 肩关节评分比较($\bar{x} \pm s$)					分
组别	例数	治疗前	治疗后		
观察组	33	24.94 $\pm$ 1.82	30.18 $\pm$ 2.51 ^①		
对照组	34	22.91 $\pm$ 1.85	28.26 $\pm$ 2.69 ^①		
t 值		0.062	3.017		
P 值		0.951	0.004		

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2组治疗前后肩关节疼痛 VAS 评分比较 见表3。治疗前,2组肩关节疼痛 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组肩关节疼痛 VAS 评分均较治疗前降低,观察组肩关节疼痛 VAS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后肩关节 ADL、SPADI 评分比较 见表4。治疗前,2组肩关节 ADL、SPADI 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组肩关节 ADL 评分均较治疗前升高,SPADI 评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组肩

关节 ADL 评分高于对照组,SPADI 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后肩关节疼痛VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后	
观察组	33	7.01 $\pm$ 1.20	2.26 $\pm$ 1.01 ^①	
对照组	34	6.93 $\pm$ 1.25	3.00 $\pm$ 1.10 ^①	
t 值		0.256	2.855	
P 值		0.799	0.006	

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

表4 2组治疗前后肩关节ADL、SPADI评分比较[M(P ₂₅ ,P ₇₅)]					分
组别	时间	例数	肩关节 ADL 评分	SPADI 评分	
观察组	治疗前	33	11.0(9.0,12.5)	68.0(61.0,78.3)	
	治疗后	33	25.0(23.0,27.0) ^{①②}	32.0(28.0,33.8) ^{①②}	
对照组	治疗前	34	10.3(9.0,12.0)	72.0(61.0,79.8)	
	治疗后	34	18.0(16.0,20.0) ^①	38.0(35.0,41.0) ^①	

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

4.6 2组治疗前后 IL-6、TNF- α 水平比较 见表5。治疗前,2组 IL-6、TNF- α 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组 IL-6、TNF- α 水平均较治疗前降低($P < 0.05$);观察组 IL-6、TNF- α 水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表5 2组治疗前后 IL-6、TNF- α 水平比较[M(P ₂₅ ,P ₇₅)]					ng/L
组别	时间	例数	IL-6	TNF- α	
观察组	治疗前	33	74.0(71.0,77.0)	28.0(24.0,31.8)	
	治疗后	33	36.0(31.3,40.8) ^{①②}	12.0(8.3,14.8) ^{①②}	
对照组	治疗前	34	71.3(67.4,79.5)	25.6(22.0,33.8)	
	治疗后	34	45.0(40.0,49.8) ^①	18.0(14.6,20.0) ^①	

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

4.7 2组治疗前后肩峰下-三角肌下滑囊厚度比较 见表6。治疗前,2组肩峰下-三角肌下滑囊厚度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组肩峰下-三角肌下滑囊均较治疗前变薄($P < 0.05$);观察组肩峰下-三角肌下滑囊薄于对照组($P < 0.05$)。

4.8 不良反应 研究期间,观察组出现晕针1例,给予吸氧及口服葡萄糖溶液后症状消失;治疗3周后出现胃痛1例。对照组出现胃痛、反酸各1例,予奥美拉唑肠溶胶囊口服后症状缓解并继续接受治疗。2组均无严重不良反应。

表6 2组治疗前后肩峰下-三角肌下滑囊厚度比较($\bar{x} \pm s$) mm

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	33	3.56±0.50	3.28±0.47 ^①
对照组	34	3.66±0.60	3.62±0.56 ^①
<i>t</i> 值		0.802	2.620
<i>P</i> 值		0.426	0.011

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

5 讨论

肩关节周围炎是一种以肩关节疼痛、僵硬和运动功能障碍为特征的疾病,其发病机制尚未明确,目前多认为与炎症纤维化因子、神经性因子、血管因素、精神内分泌等因素相关^[9]。肩关节周围炎归属于中医学漏肩风、五十肩、肩凝症等范畴^[10],其病因病机可归结为外伤劳损,或外感风、寒、湿邪,或气血不足,导致肩部经络受阻、气血不畅,瘀血阻滞筋脉,筋骨失于濡养,从而引发筋脉拘急和疼痛。从生物力学角度分析,颈-肩-肘-腕是完整的上肢运动链,肩关节是上肢关节运动的枢纽,任何一节点受损,均可导致上肢运动过程中生物力学特征异常与肌力平衡失调,进而极易诱发肩关节的继发性损伤,引起肩关节疼痛和活动障碍。基于中医经络相通、气血相连的整体观,可以认为颈椎、肩关节、肘关节、腕关节之间存在生理病理上的内在联系。“颈-肩-肘-腕”共轭理论强调从整个上肢功能链出发,通过调理颈椎功能、改善肩部气血循环、疏通肘腕经络达到整体治疗效果,而非孤立地治疗肩部^[6]。

基于“颈-肩-肘-腕”共轭理论结合临床经验,本研究团队创立肩痹六针(取穴:合谷、尺泽、臂臑、肩髃、肩贞、风池)治疗肩关节周围炎。肩痹六针所取穴位位于手阳明大肠经、手太阴肺经、手太阳小肠经、足少阳胆经上,覆盖肩关节周围多条循行经络。臂臑、肩髃、肩贞为肩周穴位,针刺治疗可直接作用于肩关节局部,疏通经气。合谷、尺泽、风池为远端取穴,通过经络传导可疏通远端气血。合谷为手阳明大肠经原穴,是气血充盈之穴,可调节气血运行,缓解气血不畅引起的疼痛。尺泽为手太阴肺经合穴,是肺经经气深聚之处;风池属于足少阳胆经,主司少阳经的气血运行。诸穴合用,远近相配,共奏疏通经络、调气血之效。

范郁山等^[11]认为,筋膜的病理状态与疼痛的产生

密切相关,针刺相关靶点,筋膜内的成纤维细胞可在被刺激牵拉的过程中产生镇痛因子及松解筋膜,从而恢复关节的正常功能。合谷位于手臂前侧筋膜链,与肩部筋膜链相连,针刺合谷可调节肩部肌肉张力、缓解疼痛^[12]。尺泽位于肘部,是肘部肌筋膜链的重要节点,刺激尺泽可以调节肘部的肌筋膜张力,从而减轻肩部的代偿性负担^[13]。臂臑、肩髃、肩贞皆处于肩部肌筋膜链,刺激三穴可调节肩部肌筋膜的张力,改善肩关节的活动功能^[14]。风池所在的肌筋膜链始于头部的帽状腱膜,其浅层筋膜通过颈部的斜方肌筋膜向下延伸至肩背部肌肉群,该筋膜链可协调头、颈、肩部肌肉的张力平衡,从而改善肩关节活动功能。从筋膜链连续性视角分析,针刺肩痹六针通过调节多层次筋膜张力平衡发挥治疗效应。诸穴远近配伍,通过筋膜连续性传导,协同发挥疏通经络、松解粘连、调节张力之效。

炎症因子在肩关节周围炎的病理进程中扮演关键角色。IL-6作为一种多效性细胞因子,可通过激活炎症级联反应,促进滑膜炎症、诱导滑膜细胞增殖及血管翳形成,加剧肩周组织的充血、水肿与粘连^[15]。TNF- α 则是炎症反应的核心启动因子,能刺激滑膜成纤维细胞分泌基质金属蛋白酶,破坏关节囊组织的正常结构,并通过增强疼痛信号传导放大肩痛症状^[16]。陈猛等^[17]研究证实,针刺合谷能下调IL-6、TNF- α 表达,抑制炎症级联反应。樊泽至等^[18]研究发现,针刺尺泽可通过神经-免疫调节网络降低炎症细胞因子水平。许小静等^[19]的研究结果显示,针刺肩髃、肩贞可促进肩周的血液循环,加速炎性渗出物的吸收,减轻滑膜炎症反应。本研究结果显示,治疗后,观察组IL-6、TNF- α 水平均低于对照组,提示加用肩痹六针可更有效地抑制炎症反应。

滑膜囊厚度是评估病情的客观指标,肩关节囊增厚是肩关节周围炎典型的病理表现,可诱发肩周疼痛及限制肩关节活动^[20-21]。有研究表明,IL-6、TNF- α 可促进滑膜细胞增殖,导致滑膜囊充血、水肿、增厚,加剧组织粘连,限制关节活动^[22]。本研究结果显示,治疗后,观察组肩峰下-三角肌下滑膜囊薄于对照组,提示加用肩痹六针有助于控制炎症反应、松解粘连,缓解疼痛。

UCLA肩关节评分系统是评估肩关节功能和疼痛程度的常用工具。SPADI是用于评估肩关节疼痛和功

能障碍程度的自评量表,广泛用于肩关节周围炎、肩袖损伤、术后康复等肩关节疾病的临床评估与疗效跟踪。肩关节ADL评分通过量化患者穿衣、洗漱、进食等日常生活活动能力,客观反映肩关节功能障碍对生活自理能力的影响程度,是评价疗效和制订康复方案的重要依据。本研究结果显示,治疗后,观察组总有效率高于对照组,肩关节疼痛VAS评分、UCLA肩关节评分、肩关节ADL评分均高于对照组,SPADI评分低于对照组,患者无严重不良反应,提示加用肩痹六针可提高疗效,更好地减轻肩关节疼痛,恢复肩关节功能,提高生活质量,治疗安全性较好。

综上所述,采用肩痹六针联合口服依托考昔片与推拿治疗肩关节周围炎可提高疗效,更有效地减轻炎症反应,缓解疼痛,促进肩关节功能恢复,且安全性良好。

[参考文献]

- [1] CHO C H, LEE Y H, KIM D H, et al. Definition, Diagnosis, Treatment, and Prognosis of Frozen Shoulder: A Consensus Survey of Shoulder Specialists[J]. Clin Orthop Surg, 2020, 12(1): 60-67.
- [2] 徐婉月,蔡圣朝.鸡足刺“肩痛六针”治疗顽固性肩关节周围炎29例[J].中国针灸,2024,44(1):71-72.
- [3] 山东省药师协会临床药专业专业委员会,山东省医学会临床个体化用药检测与指导分会,山东省药师协会药品临床综合评价工作委员会.山东省围手术期非甾体抗炎药合理使用与临床综合评价专家共识[J].中国药房,2025,36(4):385-394.
- [4] 芦丹,汪亚群,叶苏,等.综合康复治疗肩关节周围炎的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(3):211-213.
- [5] 陈猛,周鸿飞.针刺治疗肩周炎临床研究进展[J].江苏中医药,2023,55(1):77-81.
- [6] 刘晨力,张开伟.基于“颈-肩-肘-腕”共轭理论探讨推拿手法治疗肩周炎的可行性[J].云南中医中药杂志,2023,44(8):73-75.
- [7] 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,2009:62-63.
- [8] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:186-196.
- [9] 邓德万,廖艳艳,王彬,等.原发性冻结肩病理机制的研究进展[J].按摩与康复医学,2022,13(16):51-54.
- [10] 魏光成,陈泓颖,章金曦,等.肩关节周围炎中医病名考[J].环球中医药,2023,16(8):1567-1571.
- [11] 范郁山,庞瑞康,贺彩,等.基于筋膜学理论探讨针刺效应的产生机制[J].中医杂志,2021,62(23):2046-2050.
- [12] 朱晓平.从“不松则痛”角度论述合谷刺等多种针刺手法的现代机制[J].针灸临床杂志,2010,26(9):47-48.
- [13] 李平平,周鸿飞.基于数据挖掘探究脑卒中后上肢肌张力增高体针选穴规律[J].实用中医内科杂志,2021,35(10):133-136.
- [14] 王延武,王翀敏,陈华德,等.电针配合Mulligan动态关节松动术治疗肩袖损伤后肩关节疼痛:随机对照研究[J].中国针灸,2018,38(1):17-21.
- [15] HAMED-HAMED D, RODRÍGUEZ-PÉREZ C, PRUIMBOOM L, et al. Influence of the metabolic and inflammatory profile in patients with frozen shoulder-systematic review and meta-analysis[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2025, 26(1): 475.
- [16] SHINTAKU T, INUI S, IKEGAMI H, et al. Alteration of chronic inflammatory status by transarterial embolization in frozen shoulder evaluated by fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron-emission tomography/computed tomography[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2023, 32(5): e227-e234.
- [17] 陈猛,周鸿飞.针刺治疗肩周炎临床研究进展[J].江苏中医药,2023,55(1):77-81.
- [18] 樊泽至,窦报敏,李艳伟,等.针刺抗炎的神经免疫调节机制探讨[J].中华中医药杂志,2024,39(3):1379-1383.
- [19] 许小静,廖蔚.针刺治疗肩周炎即刻止痛效果观察[J].实用中医药杂志,2018,34(7):829-831.
- [20] LEE S Y, LEE K J, KIM W, et al. Relationships Between Capsular Stiffness and Clinical Features in Adhesive Capsulitis of the Shoulder[J]. PM R, 2015, 7(12):1226-1234.
- [21] KVALVAAG E, ANVAR M, KARLBERG A C, et al. Shoulder MRI features with clinical correlations in subacromial pain syndrome: a cross-sectional and prognostic study[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2017, 18(1): 469.
- [22] KANESHIRO K, SAKAI Y, SUZUKI K, et al. Interleukin-6 and tumour necrosis factor- α cooperatively promote cell cycle regulators and proliferate rheumatoid arthritis fibroblast-like synovial cells[J]. Scand J Rheumatol, 2019, 48(5): 353-361.

[责任编辑:吴凌,蒋维超(英文)]