

100 例肩周炎的中医证型规律分析

李伟¹ 徐洪亮¹ 王慧芳¹ 陈抒昊¹ 杨克敏¹ 陆念祖¹

【摘要】 目的:观察肩周炎患者症候及证型分布特点,为研究肩周炎的辨证规律和病因病机提供参考。**方法:**对 100 例肩周炎病例中医证候分布情况与年龄、性别、疾病分期、肩部 MRI 影像学表现进行分析。**结果:**100 例肩周炎中,风寒湿型最多为 40%,其次为瘀滞型为 21%;肩周炎证候分型中年龄、疾病分期、影像学改变的差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**本研究的结果表明,肩周炎的中医辨证类型分布有年龄差异,寒湿型和瘀滞型的患者较年轻;风寒湿型多见于肩周炎各期,气血虚和肝肾虚型多见于粘连期和缓解期。MRI 显示风寒湿型和瘀滞型多见滑囊及关节腔积液表现,气血虚型和肝肾虚型多见肌腱变性改变。研究肩周炎证型的规律可进一步认识肩周炎的病机发展规律,为肩周炎的辨证治疗提供依据。

【关键词】 肩周炎;中医证型;症候;病机

【中图分类号】 R274.39 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2017)09-0058-03

肩关节周围炎简称肩周炎,又称“冻结肩”“漏肩风”“肩凝症”等,属中医学“痹证”范畴。中国医学文献最早记载类似肩周炎的医家为晋代皇甫谧(215—282 年),其所著《针灸甲乙经》描述“肩胛周痹,曲垣主之”。Duplay 1872 年首次提出肩关节周围炎的病名。肩周炎发病女性多于男性^[1,2],年龄最多见 40~60 岁之间^[3],此年龄人群发病率为 2%~5%。

临床上肩关节周围炎的中医辨证分型的类型很多:郭维淮^[4]将该病分为气虚型、风寒湿型、损伤型、气滞型,翁军^[5]将肩周炎为普通型、风寒湿型、瘀滞型,陆念祖^[6]根据病因病机将肩周炎分为损伤型、肝肾亏虚型、风寒型、经脉痹阻型,但对于肩周炎中医证候分布规律研究较少。本研究按照中医证型诊断标准,选择临床常见的基本证型,对 100 例住院肩周炎病例进行归类以及分类统计,采用回顾性研究方法并通过资料的收集整理,总结肩周炎的中医证型规律,完善肩周炎的辨证规律,并且可以客观分析肩周炎的中医病机,在肩周炎临床研究上具有实际意义,现报告如下。

1 临床资料

1.1 资料来源

收集自 2013 年 1 月至 2014 年 6 月在上海市静安区中心医院中医伤科收治的肩周炎住院患者 100 例,所有病例均行肩部 X 线片和肩关节 MRI 检查。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]:1)肩部周围疼痛,有时夜间较剧烈,可因气候变化或劳累而诱发,肩部功能障碍逐渐出现;2)肩部肌肉可有萎缩,肩部前、后、外侧压痛,外展功能受限明显,出现典型的“扛肩”现象;3)X 线检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。

1.2.2 西医诊断标准 美国骨科医师学会关于冻结肩^[8]的诊断标准:逐渐加剧的肩部疼痛,肩关节功能障碍和僵硬,肩峰下滑囊、肱二头肌长头、喙突及结节间沟广泛压痛,可有肩部肌肉萎缩。X 线检查多无异常,排除肩袖撕裂、骨折、盂肱关节炎。

1.2.3 中医证候标准 结合《中医病证诊断疗效标准》^[7]和文献书籍^[9-11]肩周炎的辨证诊断标准。

1) 风寒湿型

主症:(1)肩部串痛、沉重或肩部疼痛剧烈,痛有定处;(2)肩部疼痛,遇风寒痛增,得温痛缓。

次症:(1)畏寒恶风;(2)昼轻夜重。

舌脉象:舌质淡,苔薄白或腻,脉弦滑或弦紧。

诊断:主症 2 项+舌脉或主症 1 项+次症 1 项+舌脉。

2) 瘀滞型

主症:(1)肩部疼痛;(2)局部肿胀;(3)疼痛拒按。

次症:痛以夜间为甚。

舌脉象:舌质暗或有瘀斑,舌苔白或薄黄,脉弦或细涩。

¹ 上海市静安区中心医院中医伤科(上海,200040)

诊断:主症 2 项+舌脉或主症 1 项+次症 1 项+舌脉。

3)气血虚型
主症:(1)肩部酸痛,劳累后疼痛加重;(2)肩部疼痛,伴肢体麻木、颤动。

次症:(1)头晕目眩;(2)面色恍白;(3)气短懒言;(4)心悸失眠;(5)四肢乏力。

舌脉象:舌质淡,苔少或白,脉细弱或沉。
诊断:主症 2 项+舌脉或主症 1 项+次症 1 项+舌脉。

4)肝肾虚型
主症:(1)病程较长,肩部疼痛绵绵,遇劳加重;(2)肩部疼痛僵硬,肌肉瘦削,腰膝酸软或畏寒肢冷,阳痿遗精。

次症:(1)气短懒言,四肢乏力,舌咽干燥;(2)头晕眼花,不胜劳倦,伴有眩晕耳鸣

舌脉象:舌红,苔薄白,脉细数无力。
诊断:主症 2 项+舌脉或主症 1 项+次症 1 项+舌脉。

分期标准:将肩周炎分为急性疼痛期,慢性粘连期,缓解恢复期^[12]。

1.3 排除标准

1)排除合并损伤性、风湿免疫性、感染性、反应性等特异性肩关节病变和盂肱关节骨关节。2)肩袖撕裂。3)钙化性肌腱炎。4)肩部周围严重创伤如骨折、脱位后,以及涉及肩部周围的手术,致继发性肩关节粘连。

2 方法

2.1 资料收集

1)调查表格的制定:根据临床经验和文献查阅^[13-15],编制了《肩周炎证型及相关因素记录表》。主要包括:(1)一般情况:姓名、年龄、性别;(2)肩周炎的分期、影像学描述;(3)辨证类型为风寒湿型,瘀滞型,气血虚型,肝肾虚型。

2)调查方法:由上海市静安区中心医院 2 名主治医师担任调查员,并经过专题培训。调查人员采用统一制定的调查表格,通过面对面问卷及调查员填写的方式进行资料的收集。

2.2 统计学方法

应用 Excel2007 建立数据库,通过 SPSS18.0 软件进行统计分析,用双向无序分类资料的关联性检验,组间率的比较用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验(Mann-Whitney 检验)。

3 结果

3.1 证型分布统计

肩周炎中风寒湿型 42 例占 42%,瘀滞型 21 例占 21%,气血虚型 16 例占 16%,肝肾虚型 21 例占 21%,

见表 1。

表 1 证型分布统计

证型	例数	百分比(%)
风寒湿型	40	40
瘀滞型	21	21
气血虚型	16	16
肝肾虚型	23	23
合计	100	100.0

3.2 证型与性别的相关性

证型与性别之间的关系无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 证型与性别的相关性

性别	证型				合计
	风寒湿型	瘀滞型	气血虚型	肝肾虚型	
男性	13	9	7	9	38
女性	27	12	9	14	62
合计	40	21	16	23	100

注: $\chi^2=0.961,P=0.811$

3.3 各证型与年龄的相关性

从数据上显示风寒湿型和瘀滞型在<45 年龄段出现比例最高,随着年龄段的增加气血虚型和肝肾虚型出现比例也逐渐增加,在>65 年龄段气血虚型和肝肾虚型出现比例最高,见表 3。

表 3 证型与年龄相关性[n(%)]

证型	年龄段(岁)				合计
	<45	45~54	55~64	≥65	
风寒湿(%)	4(80)	13(54.2)	21(35.6)	2(16.7)	40
瘀滞型(%)	1(20)	6(25.0)	12(20.3)	2(16.7)	21
气血虚(%)	0(0)	3(12.5)	8(13.6)	5(41.7)	16
肝肾虚(%)	0(0)	2(8.3)	18(30.5)	3(25)	23
合计	5	24	59	12	100

注: $\chi^2=10.782,P=0.013$ 。

3.4 证型与肩周炎分期的相关性

从数据上显示风寒湿型和瘀滞型在疼痛期出现比例最高,缓解期常见的证型为气血虚和肝肾虚型,见表 4。

表 4 证型与肩周炎分期相关性[n(%)]

证型	分期			合计(%)
	疼痛期	粘连期	缓解期	
风寒湿(%)	16(53)	18(38)	6(26)	40
瘀滞型(%)	9(30)	10(22)	2(9)	21
气血虚(%)	1(3)	8(17)	7(30)	16
肝肾虚(%)	4(14)	11(23)	8(35)	23
合计	30	47	23	100

注: $\chi^2=13.942,P=0.03$ 。

3.5 肩周炎证型与影像学表现

数据显示 MRI 表现中三角肌下滑囊积液和肱二头肌肌腱变性与中医证型的分类有相关性,其他表现未见明显相关,见表 5。

表 5 肩周炎证型与影像学表现相关性

MRI 表现		风寒湿型	瘀滞型	气血虚	肝肾虚	χ^2	P
冈上肌腱变性	有	35	18	14	20	0.043	0.998
	无	5	3	2	3		
冈下肌腱变性	有	7	4	8	3	8.964	0.03
	无	33	17	8	20		
肱二头肌肌腱变性	有	4	2	7	9	13.60	0.003
	无	36	19	9	14		
三角肌下滑囊积液	有	30	12	5	7	15.661	0.001
	无	10	9	11	16		
盂肱关节及周围积液	有	19	8	7	6	2.918	0.404
	无	21	13	9	17		

4 讨论

中医认为肩周炎属“痹证”范畴,为肝肾亏虚、气血不足、复感风寒湿外邪所致。《诸病源候论》载:“此由体虚,腠理开,风邪在于筋骨也……邪客关机,则使筋挛。”气血不和,感受风寒湿邪,痹阻经络,致局部粘连,从而出现局部疼痛,活动受限。肩周炎主要有风寒湿痹、气血不足,经络气滞、肝肾不足等证候。本研究显示肩周炎中风寒湿型占比最多,肝肾虚型次之,气血虚型最少;分别为风寒湿型占 40%,肝肾虚型占 23%,瘀滞型占 21%,气血虚型占 16%。证型分布在性别上未见明显差异,在年龄分布的差异则具有统计学意义,从数据上可以看出一定的趋势变化和规律:风寒湿型和瘀滞型在<45 岁年龄段出现比例最高,随着年龄段的增加气血虚型和肝肾虚型出现比例也逐渐增加,在≥65 岁年龄段气血虚型和肝肾虚型出现比例最高。肩周炎患者的辨证分型以风寒湿型为主,其次为肝肾虚型、瘀滞型、气血虚性等;在年龄上的差异体现在:相对年轻的肩周炎患者以实证较多,65 岁以上年老患者常见虚证型。所谓经曰“七八肝气衰……肾脏衰,形体皆极”,这体现了肩周炎的发病有“年轻多实,年老多虚”的特点。

肩周炎的病因病理尚未被确定,一般认为肩周炎的病变部位主要涉及盂肱关节囊及其周围滑囊和周围包裹的肌腱。喙肱韧带和肩袖间隙的挛缩与增厚、肱二头肌长头腱鞘的粘连或闭塞均与肩周炎有关^[16],研究者通过对肩周炎的组织病理研究^[17],肩关节僵硬症状的病理基础是关节囊的纤维化,但纤维化病变并没有解释发病早期肩周炎的急性疼痛。病因病理的不确切给诊断和治疗带来困难,目前 MRI 检查对肩周炎的确诊和排除诊断具有较高敏感性^[18]。

此次研究显示肩部 MRI 结果显示在肩周炎的四类辨证分型中,冈上肌腱的变性在所有分型中都可可见到,关节周围滑囊和腱鞘积液在风寒湿型和瘀滞型多见,其中三角肌下滑囊积液在风寒湿型占比做多,与其他分型差别明显,显示肩周炎的疼痛和滑囊的积液有密切关系。冈下肌和二头肌肌腱在气血虚型和肝肾虚型中多见,在临床上亦可提示“筋”的病变在气血肝肾不足的病理基础上容易发生,纤维化可以认为是“筋”

的病变。冈上肌腱变性 with 盂肱关节的病变在各型中没有差别,可以认为冈上肌和盂肱关节的病变贯穿肩周炎整个病变过程和类型。

本研究阐述了肩周炎的辩证分型与肩周炎相关因素(年龄、病理分期、影像学表现)都有一定的关联性,从中医病因角度阐述疾病的发病:正气不足、脏腑虚弱之人,五脏正气不能内守,外邪由经络向内穿,故为内因;如人过七八之数,气血渐亏,肝肾不足;气虚则不能温煦全身,抵御外邪,血虚则脏腑、机体、筋经关节营养与润泽不足,当风寒湿外邪侵入肩部及周围空窍可产生肩部的痉挛痹痛。辨证分型是通过四诊合参认识疾病内规律的方法,是中医学的特点和优势。在通过肩周炎的证型观察与其他因素和现代影像学证据相互印证,可进一步认识肩周炎的病机:既有实邪,又有正虚;寒证多见、热证少见;感受风寒湿等外邪为标,但所谓“邪之所凑,其气必虚”,年老体弱,肝肾不足,脾胃虚弱,气血化源不足,不能生化而继见血少,以致气血两虚,筋失所养,故外邪可乘虚而入,故气血、肝肾的亏虚为本,肩周炎实属本虚标实之证。

参考文献

[1] Hand C, Clipsham K, Rees JL, et al. Long-term outcome of frozen shoulder[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2008, 17(2):231-236.

[2] Hand GCR, Athanasou NA, Matthews T, et al. The pathology of frozen shoulder[J]. J Bone J Surg British Volume, 2007(7):928-932.

[3] Guler-Uysal F, Kozanoglu E. Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis[J]. Swiss Med Wkly, 2004, 134(23-24):353-358.

[4] 郭艳锦. 名老中医郭维淮治疗肩凝症的经验[J]. 中医正骨, 2000, 12(5):44.

[5] 翁军. 辨证分型推拿治疗肩周炎 90 例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(10):88-89.

[6] 陆念祖. 陆氏银质针温针灸配合手法治疗肩周炎 2089 例临床观察[J]. 上海中医药杂志, 1994, (6):27-29.

[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京中医药大学出版社, 1994:190.

(上接第 60 页)

- [8] Galatz, Leesa. Orthopaedic knowledge update: shoulder and elbow 3. american academy of orthopaedic surgeons, 2008.
- [9] 施杞,王和鸣. 骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:956.
- [10] 中医药学会中医诊断学分会. 中医常见证诊断标准(上)[J]. 湖南中医药大学学报,2008,28(5):3-8.
- [11] 中医药学会中医诊断学分会. 中医常见证诊断标准(下)[J]. 湖南中医药大学学报,2008,28(6):3-8.
- [12] 张伯勋,王岩. 现代颈肩腰腿痛诊断与治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2004.
- [13] 李伟,詹红生,陆念祖,等. 原发性冻结肩危险因素的病例对照研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2015,23(12):20-24.
- [14] Wang K, Ho V, Hunter-Smith DJ, et al. Risk factors in idiopathic adhesive capsulitis: a case control study[J]. J Shoulder Elbow Surg,2013,22(7):24-29.
- [15] Li W, Lu N, Xu H, et al. Case control study of risk factors for frozen shoulder in China[J]. Int J Rheum Dis,2014,18(5):508-513.
- [16] 明宇,郑晓风,王洪兴. 肩周炎发病机制的功能解剖基础[J]. 中国现代医药杂志,2009,11(11):131-132.
- [17] Hand C, clipsham K, Rees JL, et al. Long-term outcome of frozen shoulder[J]. J Shoulder Elbow Surg,2008,17(2):231-236.
- [18] Mengiardi B, Pfirrmann CW, Gerber C, et al. Frozen shoulder: MR arthrographic findings[J]. Radiology,2004,233(2):486-492.

(收稿日期:2017-03-16)