

经穴疏导推拿对肩袖损伤修补术后患者功能康复的影响

戴焱¹ 高扬^{2△} 李文清² 李彦锦¹ 胡艳平²

[摘要] **目的:**探讨肩袖损伤修补术后运用经穴疏导推拿配合常规康复治疗促进肩关节功能恢复的机理。**方法:**64 例关节镜下单肩袖损伤修补术后患者随机分为两组,A 组 32 例使用常规康复方法治疗,B 组 32 例运用经穴疏导推拿配合常规康复方法治疗,各组均脱落 2 例。同时采用疼痛视觉模拟评分(VAS)、Constant-Murely 肩关节功能评分(CMS)和美国加州大学洛杉矶分校肩关节评分(UCLA)分别于治疗前、治疗后 2 周、治疗后 6 周和治疗后 3 个月,对两组患者肩关节功能和疼痛进行评估。**结果:**治疗 2 周后两组组间比较显示 UCLA 疼痛项目 B 组评分较 A 组高;治疗 6 周后 VAS 评分、CMS 和 UCLA 疼痛项目评分 B 组与 A 组差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗 3 个月后,CMS 评分 B 组与 A 组差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论:**经穴疏导推拿对肩袖损伤患者缓解术后康复疼痛,恢复术后功能有明显效果,为中医推拿手法干预肩关节康复治疗提供了新思路。

[关键词] 经穴疏导推拿;肩袖损伤;修补术;术后康复

[中图分类号] R274.39 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)07-0067-03

关节镜下肩袖损伤修补术后功能康复不仅是巩固手术效果的重要保证,更是快速恢复肩关节功能的重要手段^[1,2],给予患者术后规范化、标准化的康复治疗,对改善症状、早日恢复功能尤为重要^[3]。但是,协调术后制动缓解疼痛与早日锻炼恢复功能是术后康复难点,同时借助口服药物和局部理疗解决存在局限性。结合目前本院经穴疏导推拿治疗肩关节疾病的前期基础^[4,5],本文对该手法在肩袖损伤修补术后康复中的治疗效果进行探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集本院 2015 年 5 月至 2018 年 12 月符合标准患者 64 例,运用随机数字表法分成 A 组和 B 组,每组 32 例。本研究通过本院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《实用骨科学》^[6]符合肩袖损伤诊断并符合肩袖关节镜下修补术的手术适应证。

1.2.2 中医诊断标准 参照《针灸治疗学》^[7]手阳明

型、手少阳型、手太阳型和手太阴型,表现为肩前外后侧部(肩髃穴、肩髃穴、肩贞穴、中府穴)疼痛及压痛为主,肩外展、后伸和内收疼痛加重。

1.3 纳入标准

符合肩袖损伤诊断标准并接受肩袖关节镜下修补术,手术由同一组医师完成,手术方式为单侧肩袖损伤关节镜下带线生物锚钉修补术。愿意接受跨度 3 个月的手术后推拿治疗和相关评分,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

合并严重肝肾功能等基础疾病,重度骨质疏松,盂肱关节退变和盂唇损伤,臂丛神经损伤,不能耐受推拿手法治疗,不能完成研究的患者。

2 方法

2.1 治疗方法

A 组采用常规术后康复治疗,所有患者在临床医师与康复医师联合指导下进行,根据肩袖撕裂程度及肱骨骨质情况,制定术后康复计划,提高患者术后功能康复认知度,并阶段性执行康复方案计划^[8]。以下动作均为 20 次/组,3 组/d. 1)术后 6 周以内,上肢佩戴肩关节外展支具。术后 3 d 内患肩制动配合冰敷,行手指关节主动的抓握及屈伸活动、行腕关节主动屈伸活动;术后第 4 天至术后 2 周无痛范围内行肩关节的被动活动(例如钟摆运动);术后 2~6 周,肩关节屈伸、外展、内旋、外旋等逐步功能锻炼,均为 15 次/组,3 组/d. 2)术后 6~8 周,可行肩关节半主动运动(如拧毛

基金项目:武汉市 2016 年黄鹤英才(专项)计划(武人才办 2017-2 号)

湖北省知识创新专项(自然科学基金)项目(2017CFB485)

¹ 武汉市中医医院骨伤科(武汉,430014)

² 武汉市中医医院推拿科

△通信作者 E-mail:919758827@qq.com

巾、拖地、穿脱衣服),外展及前屈均不超过 90°;术后 8~12 周逐渐行上肢滑轮及上肢爬墙等康复锻炼。

B 组采用常规术后康复加经穴疏导推拿治疗,还需要同组推拿医师进行推拿手法治疗。每次操作 20 min,3 次/周。方法如下^[9]:肩袖修补术后 2 周内经穴疏导推拿避开伤口操作,以放松远端肢体肌肉为主,用点揉、拿捏、掌推、弹拨等手法循手阳明经、手少阳经、手太阳经和手太阴经走行方向推拿操作,术后 2 周以后先对患侧肩周肌肉进行揉法放松,再依次对患侧肩部穴位(肩贞、肩髃、肩髃、肩井、臑腧、天宗等)循手阳明经、手少阳经、手太阳经和手太阴经走行方向推拿操作,以明显得气酸胀感且忍受力度为佳,手法和缓轻柔,渗透均匀有力,最后医师双手捂抱揉压患肩,利用手掌热度透皮活血通络祛瘀。

2.2 疗效评定方法

采用疼痛视觉模拟评分(VAS)^[10],Constant-Murely 肩关节功能评分(CMS)^[11]和美国加州大学洛杉矶分校肩关节评分(UCLA)^[12]分别在治疗前、治疗 2 周后、治疗 6 周后和治疗 3 个月后对两组患者肩功能和疼痛进行评估。

2.3 统计学方法

采用 SPSS22.0 进行统计分析。以 $\bar{x} \pm s$ 表示计

量资料,以频数表示定性资料。使用两独立样本 t 检验计量资料,若方差不齐采用 t 检验或秩和检验,采用卡方检验比较计数资料, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 一般资料

纳入研究 64 例,其中男 24 例,女 40 例,脱落 4 例,年龄 46~70 岁。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	性别比 (男/女)	发病部位 (左/右)
A 组	32	58.31±5.09	12/18	14/16
B 组	32	57.97±5.28	12/22	14/20
统计检验值		$t=0.187$	$\chi^2=1.158$	$\chi^2=1.415$
P		0.798	0.241	0.175

3.2 肩关节 VAS 评分比较

治疗 2 周后,两组患者 VAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 6 周后,两组组间 VAS 评分差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗 3 个月后,两组组间 VAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),说明治疗组在缓解近期疼痛方面优于对照组,见表 2。

表 2 两组患者 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 6 周	治疗后 3 个月
A 组	30	7.19±0.51	5.11±1.31	4.77±1.32	1.59±0.64
B 组	30	7.13±0.57	5.31±0.84	2.81±1.32	1.69±0.70
t		0.165	0.229	8.986	0.287
P		0.832	0.692	0.001	0.598

3.3 肩关节 CMS 评分比较

治疗 2 周后,对两组患者进行 CMS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 6 周后,对比两组 CMS 评分,差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗 3 个

月后,两组 CMS 评分差异有统计学意义($P < 0.01$),说明治疗组在改善肩关节功能的近期、远期疗效均优于对照组,见表 3。

表 3 两组患者 CMS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 6 周	治疗后 3 个月
A 组	30	38.25±11.03	58.11±4.09	68.31±5.22	72.07±4.21
B 组	30	38.81±10.21	59.31±3.49	80.76±4.65	85.46±4.69
t		0.256	3.441	9.217	7.309
P		0.643	0.288	0.001	0.001

3.4 肩关节 UCLA 评分比较

治疗 2 周后对两组患者进行比较,各项指标差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 6 周后,对比两组评分差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗 3 个月后,对比两

组评分差异有统计学意义($P < 0.05$),说明经穴疏导推拿配合术后康复训练治疗可以明显缓解疼痛,恢复功能,见表 4。

表 4 两组患者 UCLA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别		例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 6 周	治疗后 3 个月
UCLA 疼痛	A 组	30	2.42±0.78	3.01±0.54	5.11±0.74	8.46±1.29
	B 组	30	2.46±0.82	4.22±0.86	7.02±3.09	9.58±0.73
	<i>t</i>		0.251	3.817	5.449	0.793
	<i>P</i>		0.839	0.041	0.009	0.139

(续表 4)

组别		例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 6 周	治疗后 3 个月
UCLA 功能	A 组	30	3.45±1.12	4.09±0.97	6.15±0.75	7.21±0.78
	B 组	30	3.68±1.14	4.97±1.05	7.53±2.17	9.56±0.88
	<i>t</i>		0.486	1.972	1.772	4229
	<i>P</i>		0.622	0.194	0.186	0.032
UCLA 总评	A 组	30	12.81±2.46	14.22±2.99	21.38±3.07	23.1±1.42
	B 组	30	13.42±2.02	16.09±3.27	26.33±2.98	33.46±1.21
	<i>t</i>		0.551	2.186	3.377	5.001
	<i>P</i>		0.592	0.159	0.043	0.019

4 讨论

虽然肩袖损伤关节镜下修补具有创伤小优点,但是仍然容易造成关节局部肿胀疼痛,加之防止肩袖再撕裂需要术后关节制动再次导致关节僵硬粘连^[13],因此如何早期缓解疼痛、加快腱骨愈合、保护盂肱关节稳定、协调肩袖肌群功能、促进肩关节生理活动、提高患者的满意度,成为肩袖修补术后康复的目标^[14]。目前,术后康复过程中缓解疼痛主要依靠口服药物(非甾体镇痛消炎药)以及局部物理治疗,存在药物不良反应和局部作用不持久的缺点^[15]。

中医古籍《医林改错》中将肩痛归为痹症范畴^[16],认为其病机为“不通则痛”,造成局部筋脉受损,瘀血内阻,气机不畅,故而发为疼痛。晋朝皇甫谧所著《针灸甲乙经》提出“肩背痹不举,血瘀肩中,不能动摇”,认为肩痛是瘀血所致,不通则痛^[17]。本院高扬主任认为经穴疏导推拿的治疗机理是通过疏导肩关节附近肩贞、肩井、肩髃、肩髃、秉风、天宗、臑腧及远端的合谷、曲池等穴的刺激,利用经络气血与痛点的辨证,舒筋通络,去瘀散结。经穴疏导推拿在肩袖损伤术后治疗的过程中运用轻度掌揉疏通肩关节整体经络,运用整体与局部的辩证关系,调节脏腑经络气血,最后达到全身疏导,引导全身气血运行^[18],促进肩关节术后功能康复。

本研究将经穴疏导推拿运用到肩关节术后康复,研究显示经穴疏导推拿配合康复训练与康复训练两种方法与治疗前比较,在 VAS,UCLA 和 CMS 评分方面差异均有统计学意义,说明两种疗法均可改善肩袖关节镜下修补术后引起的疼痛症状和肩关节的功能;两组治疗后比较,在 VAS 和 CMS 评分上差异有统计学意义,在 UCLA 评分上,其中功能项目比较两组差异无统计学意义,但在疼痛项目评分上经穴疏导推拿配合康复训练的评分则明显优于单纯康复训练,表明在缓解术后疼痛方面,经穴疏导推拿配合康复训练存在明显的优势。现代解剖学研究表明,肩髃穴归属于手阳明大肠经,位于三角肌上部中央,皮下主要有三角肌下囊、冈上肌肌腱等解剖结构;肩髃为手少阳三焦经上穴位,穴位深处为三角肌后部、冈上肌肌腱、肩峰下滑囊、三角肌下滑囊等解剖结构;肩贞为手太阳小肠经穴位,穴位下解剖结构包括三角肌后束、肱三头肌、大小圆肌;天宗穴、肩贞穴两个穴位都归属手太阳小肠经,

主要对应冈下肌,以上穴位涵盖了肩关节周围所有的肌肉以及经络^[19]。本文研究表明尤其在术后 2 周和 6 周时,推拿手法使肩关节疼痛缓解明显,可能是经穴疏导推拿手法对经络上穴位气血的引导,对该穴位所在的经络瘀滞改善有重要的作用^[20],功效在于解除痉挛、改善循环、促进代谢,尤其是对深层肌肉、肌腱、滑膜等组织的松解^[21-24],有较强的活血化瘀、行气止痛的作用。

因此,经穴疏导推拿治疗主要通过缓解患者早期疼痛症状,增加了患者术后康复训练的依从性,为肩关节功能恢复提供了有力的保证,为中医推拿手法干预肩关节术后康复治疗提供了新思路。

参考文献

[1] 庄晓珊,俞霞,周辉. 阶段式康复锻炼对关节镜下肩袖修补术后肩关节功能恢复的影响[J]. 浙江医学,2015,37(23):1951-1952.

[2] 武文帅,陈崇民. 肩袖损伤诊疗进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(10):208-212.

[3] 钟珊,刘晓华,覃鼎文,等. 肩袖损伤关节镜修复术后的康复临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(1):40-43.

[4] 王松,高扬. 重点刺激肩贞穴推拿治疗肩周炎[J]. 湖北中医杂志,2016,38(4):65-66.

[5] 胡艳平,高扬. 经穴疏导配合痛点揉拨手法治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 湖北中医杂志,2016,38(3):60-62.

[6] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 北京:人民军医出版社,2012:1678.

[7] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:34-35.

[8] 张一翀,陈建海. 美国肩肘外科治疗师协会:关于肩关节镜下肩袖修复术后康复共识声明[J],中华肩肘外科电子杂志,2018,6(1):59-63.

[9] 高扬,杨文广,李乾,等. 经穴疏导加痛点揉拨推拿手法配合牵引治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 湖北中医药大学学报,2015,17(5):35-37.

[10] 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志:电子版,2014(2):34-35.

[11] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.

- [12] VOIGT C, BOSSE C, VOSSHENRICH R, et al. Arthroscopic supraspinatus tendon repair with suture-bridging technique functional outcome and magnetic resonance imaging[J]. American Journal of Sports Medicine, 2010, 38(5):983-986.
- [13] 王艳华, 陈建海. 凝肩: ISAKOS 上肢委员会专家共识(上)[J]. 中华肩肘外科电子杂志, 2016, 4(4):236-242.
- [14] 余刚, 徐斌, 涂俊. 关节镜肩袖修补术后快速康复与延迟康复的 Meta 分析[J]. 中国运动医学杂志, 2016, 35(9):887-894.
- [15] 巴婷, 王睿, 詹强, 等. 活血散冰敷对冻结肩臂丛麻醉下手法松解术后疼痛的改善作用[J]. 新中医, 2017, 49(9):131-133.
- [16] 陈传榜, 李满意, 王淑静, 等. 肩痹的源流及相关历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎, 2015, 5(12):49-56.
- [17] 李伟, 徐洪亮, 王慧芳, 等. 100 例肩周炎的中医证型规律分析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(9):58-60.
- [18] 李军, 胡赞霞. 中药外敷联合推拿、运动疗法治疗肩周炎的临床研究[J]. 中医药通报, 2016, 15(4):46-48.
- [19] 华兴, 郭燕丽, 何芸. 以局部解剖学知识为基础带教肩关节超声检查[J]. 局解手术学杂志, 2014, 21(2):212-213.
- [20] 张盛君, 孙风凡, 徐福. 温针灸肩三针配合康复训练对肩袖修补术后恢复疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(6):735-738.
- [21] HUBERTY D P, SCHOOLFIELD J D, BRADY P C, et al. Incidence and treatment of postoperative stiffness following arthroscopic rotator cuff repair[J]. Arthroscopy, 2009, 25(8):880-890.
- [22] CUFF D J, PUPELLO D R. Prospective randomized study of arthroscopic rotator cuff repair using an early versus delayed postoperative physical therapy protocol [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2012, 21(11):1450-1455.
- [23] HA E, LHO Y M, SEO H J, et al. Melatonin plays a role as a mediator of nocturnal pain in patients with shoulder disorders[J]. Journal of Bone & Joint Surgery: American Volume, 2014, 96(13):e108.
- [24] KEENER J D, GALATZ L M, STOBBS-CUCCHI G, et al. Rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair: a prospective randomized trial of immobilization compared with early motion[J]. J Bone Joint Surg Am, 2014, 96(1):11-19.

(收稿日期:2019-04-12)