

魏氏伤科“肩六步”手法结合导引治疗冻结肩的临床研究

李辉¹ 刘涛^{2△} 胡大佑²

[摘要] 目的:观察魏氏伤科“肩六步”手法结合导引治疗冻结肩的临床疗效。方法:选取冻结肩患者 120 例,随机分成三组,即手法结合导引组(结合组)、手法组、导引组,每组各 40 例。比较三组患者治疗前、治疗后第 4 周和第 8 周疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、Constant-Murley 肩关节功能量表(CMS)评分、肩关节活动度(ROM)变化,评价三组患者治疗后总体疗效。结果:110 例患者完成全部治疗及随访。治疗前三组患者疼痛 VAS 评分、CMS 评分及肩关节活动度差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后第 4 周,疼痛 VAS 评分结合组与手法组比较差异无统计学意义($P>0.05$),结合组 VAS 评分显著小于导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);CMS 评分结合组显著大于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.05$)。肩关节活动度比较:前屈、后伸、外展、外旋活动结合组与手法组差异无统计学意义($P>0.05$);结合组显著大于导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);内收、内旋结合组与手法组和导引组差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后第 8 周,结合组疼痛 VAS 评分显著低于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.001$),VAS 评分手法组显著低于导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);CMS 评分结合组显著高于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.05$),CMS 评分手法组显著高于导引组,差异有统计学意义($P<0.001$)。肩关节活动度比较,结合组显著大于手法组及导引组,差异有统计学意义($P<0.001$)。三组疗效比较:总体疗效三组差异有统计学意义($P<0.05$),两两比较结合组优于手法组和导引组($P<0.05$),手法组与导引组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:魏氏伤科“肩六步”手法结合导引能更快速有效治疗冻结肩,改善肩关节的整体功能。

[关键词] 冻结肩;魏氏伤科;手法;导引

[中图分类号] R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2024)08-0007-06

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.240802

Clinical Study of Combining “Six-Step Shoulder Manipulation” of Wei’s Traumatology with Daoyin Exercise to Treat Frozen Shoulders

LI Hui¹ LIU Tao^{2△} HU Dayou²

¹ Jing’an District Zhabei Central Hospital, Shanghai 200070, China;

² Ruijing Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China.

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy of combining “Six-Step Shoulder Manipulation” of Wei’s traumatology with Daoyin exercise on the treatment of stiffened frozen shoulders. **Methods:** 120 patients with frozen shoulders were selected and randomly divided into three groups, i. e. the manipulation combined with Daoyin exercise group (combination group), the manipulation group and the Daoyin exercise group. 40 patients were included in each group in the clinical trial. The visual analogue scale (VAS) pain simulation score, shoulder functional evaluation (Constant-Murley shoulder function scale (CMS)) score, range of motion (ROM), and overall efficacy evaluation were used in this study. The VAS pain simulation score and CMS score were compared among the three groups at pre-treatment and at 4 and 8 weeks post-treatment.

The overall efficacy was evaluated at 8 weeks post-treatment. **Results:** 110 patients completed all treatment and follow-up. Prior to treatment initiation, the three groups displayed no significant differences in pain VAS scores, shoulder joint function (as measured by CMS), or range of shoulder joint motion ($P>0.05$). At 4 weeks after treatment, there

基金项目:2021 年上海市静安区医学科研课题(中医 2021ZY03)

¹ 上海市静安区闸北中心医院(上海,200070)

² 上海交通大学医学院附属瑞金医院

[△]通信作者 E-mail:Echo_It@126.com

was no significant difference in pain VAS scores between the combination group and the manipulation group ($P>0.05$), and the VAS scores of combination group was significantly smaller than those of the Daoyin exercise group ($P<0.05$). Significant improvements were noted across all groups in terms of shoulder joint function. Notably, the combination group experienced superior outcomes compared to both the manipulation and Daoyin exercise groups ($P<0.05$). Regarding range of motion, no significant disparity was found between the combination and manipulation groups in flexion, extension, abduction, and external rotation ($P>0.05$). However, the combination group exhibited significantly greater enhancements than the Daoyin exercise group in these same movements ($P<0.05$). Adduction and internal rotation did not show any significant difference when the combination group was compared with the manipulation and Daoyin exercise groups ($P>0.05$). By the eight-week mark, the combination group's pain VAS scores were significantly lower than those of the manipulation and Daoyin exercise groups ($P<0.001$), with the manipulation group also scoring significantly lower than the Daoyin exercise group ($P<0.05$). Furthermore, shoulder joint function scores were significantly higher in the combination group compared to the other two groups ($P<0.05$), with the manipulation group outperforming the Daoyin exercise group ($P<0.001$). In terms of range of motion, the combination group demonstrated significantly greater improvements than both the manipulation and Daoyin exercise groups ($P<0.001$). An overall comparison of therapeutic efficacy among the three groups indicated significant variances ($P<0.05$). The combination group was found to be superior to both the manipulation and Daoyin exercise groups ($P<0.05$), whereas no significant difference was detected between the manipulation and the Daoyin exercise groups ($P>0.05$). **Conclusion:** Combining "Six-Step Shoulder Manipulation" of Wei's traumatology with Daoyin exercise can effectively treat frozen shoulders and improve the overall function of shoulder joints.

Keywords: frozen shoulders; Wei's traumatology; manipulation; Daoyin exercise

冻结肩又称“五十肩”，是指肩关节周围软组织（包括肩周肌、肌腱、滑囊和关节囊等）病变引起肩痛和活动功能障碍为特征的疾病^[1]。普通人群发病率约为2%~5%^[2]，糖尿病患者发病率高于正常人群^[3]。海派中医魏氏伤科外治法以手法、导引见长^[4-5]，临床发现魏氏伤科手法能快速改善肩关节活动度^[6]，魏氏导引也常用于冻结肩康复治疗^[7]。本研究对魏氏手法结合导引治疗冻结肩进行临床疗效观察，现报告如下。

1 研究对象和方法

1.1 研究对象

观察对象全部为2020年7月至2023年1月在上海市静安区闸北中心医院伤科门诊就诊、符合本研究纳入标准的冻结肩患者。按照随机数字表法随机分为三组，即结合组、手法组和导引组，每组各40例。本研究方案经上海市静安区闸北中心医院伦理委员会审核通过，治疗前向患者详细说明治疗方案，患者自愿同意参与研究，试验前均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]确定：1)慢性劳损，外伤筋骨，气血不足复风寒湿邪；2)易发年龄在50岁左右，女性发病率高于男性，右肩多于左肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病；3)肩周疼痛，夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍；4)肩部肌肉萎缩，肩前、肩后、肩外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现“扛肩”现象；5)X线检查未见明显异常，病久者可见骨质疏松。

1.3 纳入标准

1)符合上述诊断标准；2)男女不限，年龄为40~70岁；3)以僵硬期症状为主要表现，肩关节功能活动受限明显；4)知情自愿参加并签署知情同意书，愿意听从医师安排。

1.4 排除标准

1)不符合纳入标准；2)有消化道出血及严重消化道溃疡、肿瘤病史；3)确诊颈椎退变或颈椎间盘突出症、骨肿瘤、骨结核、骨折或韧带断裂、类风湿或风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等疾病引起的肩周疼痛和功能活动受限；4)合并严重的心脑血管、肝、肾等其他系统性疾病，不宜接受相应治疗的精神病患者；5)长期发热或施术部位皮肤破损、感染者；6)不愿意配合临床治疗和观察者。

1.5 脱落、剔除标准

1)纳入后才发现不符合试验条件的病例；2)纳入后反悔不配合治疗的病例；3)试验期间自行接受其他治疗或服用其他药物，可能对研究结果造成干扰的病例。

1.6 方法

1.6.1 治疗方法

1.6.1.1 手法组：1)手法准备：患者坐位或仰卧位，医者先对颈背棘突、肩胛部点揉，找出压痛点，推揉肩胛周围、脊柱两侧肌群，以升高局部皮温。拇指垂直肌腱方向弹拨肩前大结节区域、肱二头肌肌腱。最后对患者肩贞、肩髃、肩髃、天宗穴位进行点揉刺激，准备手法完成后予“肩六步”手法治疗。2)内收揉肩法：医者立患者身后，将患侧手部放在对侧肩部，医者一手托住

患者肘部,持续向健侧拉动,并逐步加大内收角度。另一手点揉肩后肩胛骨冈上、冈下肌群及内侧缘,推动肩胛下角内外活动,患侧上肢内收活动极点位置给予向内扳动。3)旋后推肩法:医者一手握患侧腕关节置患肩身后,肘部屈曲,以腰背部棘突为尺度向上逐步抬举,另一手点揉患者肩前部痛点。患肩后伸上抬到关节活动极点位置进行抖动、扳动。该手法刺激比较大,手法后再用掌根揉肩前,推揉上臂外侧 5~10 次。4)拉肩摇膀法:医者一手下压固定患者肩上部,一手握住患者前臂慢慢向上拔伸,并同时行顺时针、逆时针摇转 5~10 次,然后再用拇指和掌根揉肩部与上臂疼痛点。5)上举扳肩法:医者一手置患者髂前上棘部,一手握住患者前臂,逐渐使患肢前屈到最高限度,医者缓慢推扳肩部 5~10 次,逐步增加肩关节前屈活动度。6)平抬外展法:医者一手压住患者肩上部,勿使其肩部耸起,一手握住患侧腕部,徐徐将患肢外展,外展极点位进行松解扳动,同时对肩前部进行点揉、掌根揉。推揉三角肌区域,缓解外展松解疼痛导致的患者抵抗。7)轮肩法:医者立于患者身后,一手固定并下压健侧肩上部,一手握住患侧腕部,带动患者肩部进行顺时针、逆时针轮转,各绕转 4~6 次,轮转绕圈从小半径逐步增大。本手法完成共计 20~25 min,每周 2 次,持续 8 周;手法治疗后指导患者进行前屈、外展“爬墙”、后伸功能训练,3 次/d。

1.6.1.2 导引组:1)插掌反臂导引:患者站立两足分开稍宽于肩,两手臂下垂,肘部伸直。两手用较快的速度尽力前屈上举过顶,当举到最高位置时,两手臂从正中位移向前旋位,而后两臂同时向两侧的外后方向横平放下,直到两臂交叉附于肩胛下部为止,重复 5~10 次。2)横平抬臂导引:患者两手臂自然垂于两侧,逐步外展;抬到极度位置,轻微抖动即放下;放下的同时作两手交叉内收,重复 5~10 次。3)轮肩导引:患者两腿前后位站立,降低重心;开始活动时,健侧手撑住腰部,患侧手握拳,肘关节伸直不要屈曲,先由前向后有节奏地轮转 10 圈,而后再由后向前,如此反复锻炼;轮转的幅度根据患者的病情体质逐渐地由小到大。4)作揖导引:患者站立与肩同宽,两手十指交叉扣紧,俯身两肘伸直,两臂用力向上抬举,极限位即轻轻放下;抬起时身体稍向后仰,使手臂利用身体俯仰活动尽量举高,重复 5~10 次。5)反扯导引:患侧手臂放到身后,而后用

健侧手握住患侧手,将患侧手臂向健侧牵拉活动约 10 次;牵拉活动时肩部有疼痛感,以患者能忍受为宜,牵扯范围逐步增大。6)双展翅导引:患者两手掌交叉在腕部,两肘伸直,两手臂同时向上抬高超过头顶,而后手心外反逐渐向两边下落到两大腿中部为止;整个动作使两手臂旋转一圈,活动范围逐步增大,重复 5~10 次。6 个导引动作全部完成作为一节,每次锻炼 5~10 节,每天锻炼 3 次,持续 8 周。

1.6.1.3 结合组:给予“肩六步”手法结合魏氏肩部导引治疗,步骤、频次及治疗内容分别同手法组和导引组。

1.6.2 观察指标

治疗前、治疗后第 4 周和第 8 周,课题组成员采集患者数据,主要内容:1)患者疼痛视觉模拟量表(VAS)评分:在表示无痛/剧痛之间一条长线(10 cm)上画叉,距离越大代表疼痛越严重。2)Constant-Murley 肩功能量表(CMS)评分:总分 100 分,包含疼痛 15 分、活动能力 20 分、关节活动 40 分、肌力 25 分,评分越高恢复越好。3)肩关节活动度测量:采用高精度数显关节活动角度测量尺,对患者主动前屈、后伸、外展、内收、内旋、外旋六个关节活动度进行测量。

1.6.3 疗效评价方法

根据治疗后 Constant-Murley 评分结合《中医病证诊断疗效标准》^[8],分为治愈(≥ 90 分)、显效($\geq 70\sim 89$ 分)、有效($\geq 45\sim 69$ 分)、无效(< 45 分)4 个级别。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计软件包进行数据分析,计数资料采用卡方检验,计量资料比较采用单因素方差分析;疼痛 VAS 评分和 Constant-Murley 肩关节功能评分采用 3×3 重复测量方差分析;关节活动度测量结果采用 $3\times 3\times 6$ 重复测量方差分析;总体疗效评价采用 Kruskal-Wallis H 检验,Bonferroni 法校正并进行两两比较,双侧检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

共计 110 例患者完成临床试验研究,结合组 38 例,手法组 37 例,导引组 35 例进入临床试验。三组患者性别、年龄、病程、病侧、合并糖尿病差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

2.2 疼痛 VAS 评分比较

表 1 三组患者基线资料比较

组别	例数/例	性别		年龄/岁 ($\bar{x}\pm s$)	病程/周 ($\bar{x}\pm s$)	侧别		合并糖尿病	
		男/例	女/例			左/例	右/例	是/例	否/例
结合组	38	15	23	50.71 \pm 1.595	10.89 \pm 0.950	23	15	6	32
手法组	37	18	19	48.43 \pm 1.579	10.70 \pm 0.990	20	17	4	33
导引组	35	14	21	48.34 \pm 1.198	12.91 \pm 1.110	19	16	7	28
统计检验值		$\chi^2=0.801$		$F=1.120$	$F=0.142$	$\chi^2=0.409$		$\chi^2=1.167$	
P		0.670		0.330	0.246	0.815		0.558	

VAS 评分治疗前后不同时间点比较,治疗后第 8 周显著小于治疗后第 4 周及治疗前;组间比较,VAS 评分结合组显著小于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.001$),存在分组效应;进一步两两比较,治疗后第 4 周结合组与手法组 VAS 评分差异无统计学

意义($P>0.05$),结合组显著小于导引组,差异有统计学意义($P<0.001$);治疗后第 8 周 VAS 评分,结合组显著小于手法组和导引组,手法组小于导引组,差异有统计学意义($P<0.001$),时间因素与分组因素存在交互效应,见表 2。

表 2 三组患者 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前/分	治疗后第 4 周/分	治疗后第 8 周/分	合计/分	<i>F</i>	<i>P</i>
结合组	38	6.76±0.168	4.13±0.156	2.13±0.155	4.34±0.104	209.87	<0.001
手法组	37	6.84±0.170	4.35±0.158	2.89±0.157	4.69±0.106	155.39	<0.001
导引组	35	6.78±0.175	5.00±0.162	3.34±0.162	5.02±0.109	101.08	<0.001
合计	110	6.78±0.099	4.49±0.092	2.789±0.091	4.69±0.061	529.14 ¹⁾	<0.001 ¹⁾
<i>F</i>		0.085	7.956	15.057		10.389 ¹⁾	4.980 ²⁾
<i>P</i>		0.918	0.001	<0.001		<0.001 ¹⁾	0.001 ²⁾

注:1)主效应的 *F* 值与 *P* 值;2)交互效应的 *F* 值与 *P* 值。

2.3 Constant-Murley 肩关节功能量表评分比较

治疗后第 8 周三组患者 CMS 评分显著大于治疗后第 4 周和治疗前;组间比较,结合组 CMS 评分显著大于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);进一步两两比较,治疗后第 4 周,结合组 CMS

评分显著大于手法组和导引组,手法组显著大于导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后第 8 周,结合组 CMS 评分显著大于手法组和导引组,差异有统计学意义($P<0.001$),存在时间因素与分组因素交互效应,见表 3。

表 3 三组患者 Constant-Murley 肩关节功能量表评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前/分	治疗后第 4 周/分	治疗后第 8 周/分	<i>F</i>	<i>P</i>
结合组	38	35.53±1.172	67.42±1.053	80.05±0.874	447.106	<0.001
手法组	37	36.86±1.187	64.32±1.067	74.49±0.885	302.757	<0.001
导引组	35	34.34±1.221	55.34±1.097	71.40±0.910	283.593	<0.001
合计	110	35.58±0.689	62.36±0.619	75.08±0.514	1 293.170 ¹⁾	<0.001 ¹⁾
<i>F</i>		1.100	33.680	32.980		10.555 ²⁾
<i>P</i>		0.337	<0.001	<0.001		<0.001 ²⁾

注:1)主效应的 *F* 值与 *P* 值;2)交互效应的 *F* 值与 *P* 值。

2.4 肩关节活动度比较

治疗后第 8 周各组患者肩关节活动度(ROM)显著大于治疗后第 4 周及治疗前;组间比较,总体上结合组肩关节活动度显著大于手法组和导引组,存在分组效应。对 6 个活动度不同时间点进行组间两两比较,治疗后第 4 周,前屈、后伸、外展、外旋结合组与手法组差异无统计学意义($P>0.05$);结合组活动度显著大于导引

组,差异有统计学意义($P<0.05$);内收、内旋三组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后第 8 周,前屈、后伸、外展、内收、外旋、内旋结合组活动度显著大于手法组和导引组,内旋手法组活动度显著大于导引组,差异有统计学意义($P<0.05$);后伸、外展、内收、前屈、外旋手法组活动度与导引组差异无统计学意义($P>0.05$),角度、时间因素、组别因素交互效应显著,见表 4。

表 4 三组患者关节活动度比较 ($\bar{x}\pm s$,°)

组别	时间	前屈	后伸	外展	内收	内旋	外旋
结合组	治疗前	80.21±3.582	20.05±1.339	78.82±2.661	25.29±1.250	32.32±1.409	34.32±1.406
	治疗后第 4 周	113.68±2.839	30.32±0.931	100.89±1.800	31.76±0.957	39.08±1.315	47.61±1.415
	治疗后第 8 周	133.42±2.078	45.45±1.099	119.44±2.092	44.32±1.017	59.50±1.261	58.58±1.689
手法组	治疗前	82.41±3.630	22.05±1.357	79.73±2.697	23.35±1.267	29.86±1.428	32.43±1.425
	治疗后第 4 周	107.97±2.877	27.57±0.943	96.35±1.825	31.38±0.970	36.38±1.333	43.75±1.434
	治疗后第 8 周	117.70±2.106	39.57±1.130	108.65±2.120	39.57±1.030	55.92±1.278	51.76±1.712
导引组	治疗前	83.94±3.732	18.40±1.396	75.77±2.773	23.80±1.303	30.83±1.468	33.14±1.465
	治疗后第 4 周	102.71±2.958	24.11±0.970	90.29±1.876	29.77±0.997	37.34±1.371	43.14±1.475
	治疗后第 8 周	113.57±2.166	38.63±1.145	104.14±2.180	37.29±1.059	52.17±1.314	50.97±1.706
<i>F</i>		$F_{\text{时间}}=1\,448.175, F_{\text{组别}}=29.462, F_{\text{时间}\times\text{组别交互效应}}=30.472, F_{\text{角度}\times\text{时间}\times\text{组别交互效应}}=2.226$					
<i>P</i>		$P_{\text{时间}}<0.001, P_{\text{组别}}<0.001, P_{\text{时间}\times\text{组别交互效应}}<0.001, P_{\text{角度}\times\text{时间}\times\text{组别交互效应}}=0.002$					

2.5 疗效比较

经秩和检验,三组患者疗效比较差异有统计学意

义,进一步进行两两比较,结合组患者疗效显著优于手法组($P=0.044$)和导引组($P=0.011$),手法组与导引

组比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 5。

表 5 三组患者疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	H	P
结合组	38	11	18	7	2	11.340	<0.05
手法组	37	6	11	15	5		
导引组	35	5	9	13	8		
合计	110	22	38	35	15		

3 讨论

冻结肩主要病理改变是盂肱关节囊、肩袖间隙、喙肱韧带挛缩粘连^[9-10],同时伴随关节腔容积减少^[11]。慢性肩袖损伤导致的冻结肩有研究者定义为内源性继发性粘连性关节囊炎^[12],临床更为多见。冻结肩保守治疗多采用非甾体类、皮质激素类药物治​​疗及针刺治疗、物理治疗、冲击波治疗等,但是基于病变部位及病因病理的复杂性,治疗效果并不稳定。关节镜下松解^[13]、关节腔扩张术^[14]、麻醉下关节松解^[15]可以直接松解关节周围粘连,但并不能缓解冻结肩存在的肌肉痉挛、肌肉萎缩及拮抗肌群失衡状态^[16]。无痛条件下关节松动对于操作者有很高的要求,容易导致医源性损伤^[17],术后也往往缺乏康复指导及管理。中医传统手法在发挥松解作用的同时重视理筋手法,结合中医康复治疗临床效果稳定,也更容易被患者所接受。

冻结肩属痹证范畴^[1],以筋的病损为主,筋发挥“束骨而利机关”的作用。“束骨”指筋须具有相应的强度和拮抗平衡性,“利机关”则需要筋有良好的弹性和顺应性。动态看冻结肩“筋”的病理变化,早期以剧烈疼痛为主证,筋的病理表现为“筋挛”“筋急”。筋的拘挛引起肩关节轻度错位,导致“骨错缝”。冻结肩中后阶段,筋的病理改变逐步向“筋结”“筋弛”发展^[18];“筋结”“筋弛”伴随长期关节错缝逐步发为“肩凝”,所以冻结肩“理筋”手法需要突出“正筋”作用。“正筋”强调通过手法使筋回归原位,纠正“筋出槽”继而调整“骨错缝”^[19]。平乐正骨流派从“筋滞骨错”理论出发,采用理筋和松解手法治疗冻结肩取得良好疗效^[20]。名医施杞认为冻结肩“动力失衡为先、静力失衡为主”,主张手法调气血、调筋骨平衡^[21]。严隽陶主张冻结肩从筋论治,提出手法应动静结合,配合功法训练^[22]。魏氏伤科针对不同疾病和部位形成手法治疗体系^[23],并认为手法具有“开通郁闭气机、使瘀血行散、经络气血顺达、开气窍引血归经”的作用^[24]。基础研究发现手法可以减少肌成纤维细胞的产生,促进肌成纤维细胞的凋亡^[25]。通过手法可以修复扭曲的纤维样增生组织,恢复纤维有序结构^[26],手法还有降低关节炎症水平的作用^[27]。

“肩六步”手法源自魏氏肩部手法,该手法的特点如下:1)诊断与治疗结合。魏氏伤科提出“轻摸皮、重摸骨、不轻不重摸筋肉”,强调手法的诊断作用。术中利用摸法确定肩部痛点,结合关节活动障碍方向确定

冻结肩主要病因,并对其他疾病引起的肩痛做出鉴别诊断。临床发现关节囊挛缩导致的冻结肩一般压痛点广泛且存在比较严重的全方向关节活动障碍,肩袖、肱二头肌腱等腱性因素导致的冻结肩多见肩前、喙突、肩峰部压痛;肩关节活动以外展、前屈受限为主。颈椎病引起的肩痛以上臂“放射痛”为主,手法检查多见“三边孔”“四边孔”部位压痛,而肩关节活动受限并不明显。2)“点、线、面”结合。对颈肩部筋结点引起疼痛,侧重“点”上的手法,以点揉手法为主,点揉手法发挥点压和弹拨作用;针对肌肉、肌腱疼痛多带有方向性,应加强“线”上的手法,多以点揉、推揉为主;对痛点不清、面积较大的,采用“面”上手法,多采用大面积掌根揉为主,也用于手法开始与结束。通过手法升高皮温,提高痛阈,起到祛风散寒、引血归经的作用^[28]。3)“理筋法”与“松解法”并重,整体调理。手法先以“点揉”“掌揉”“推揉”等理筋手法刺激肩、颈部痛点,弹拨肩胛带肌群,推动肩胛胸壁关节内外旋活动。肩胛胸壁关节的活动正常有利于稳定肱骨头与关节盂的对位稳定关系。“肩六步”手法松解关节囊-韧带复合体粘连,滑利肱骨头囊内活动。理筋与松解交替操作,松解手法循序渐进,逐步改善肩部活动度,同时避免损伤关节孟唇。

用运动康复技术治疗冻结肩通过牵张训练、肌肉主动抗阻训练等方法刺激本体感受器以改善关节活动度^[29]。导引是中国传统运动疗法,目前临床报道采用八段锦^[30]、五禽戏^[31]、太极拳^[32]、易筋经功法^[33]作为冻结肩康复方法。“导引”既包含呼吸吐纳的静功,也有肢体关节运动的动功。动功强调肢体关节的牵张、拉伸。魏氏伤科认为导引通过“摇筋骨,动肢节”起到“舒筋利节”“活血荣筋”“祛风散寒”的作用^[34]。本法采用魏氏导引在肩关节前屈、后伸、外展、内收、内旋、外旋六个功能方向主动运动,配合手法松解关节囊,恢复协调肩胛带肌群为核心的拮抗失衡。导引须根据手法治疗进度,维持并增加关节活动度,防止手法治疗后粘连反复。对于导引治疗,临床应用需要注意对于患者的日常监督与管理,以提高患者的依从性。

根据临床试验结果,三种治疗方法治疗冻结肩均有效。结合组与手法组和导引组比较,在改善疼痛、增加肩关节活动度、改善关节功能及临床疗效方面更具优势。两两比较,结合组与手法组治疗效果优于导引组。治疗后第 4 周,结合组与手法组对疼痛及功能的改善优于导引组,导引在对手法疗效维持及疗效进一步提升方面存在优势。试验结果显示治疗后第 8 周,结合组在疼痛、关节活动度、关节功能三个方面改善明显优于手法组和导引组。最终疗效评估,结合组优于手法组和导引组,手法组与导引组无显著差异。

肩关节作为人体最灵活的关节,存在灵活性和稳

定性的动态平衡。笔者认为肩关节类似人体一个“器官”，其整体功能的康复是临床疗效的衡量标准。恢复肩关节活动度是治疗冻结肩的最终目的，魏氏伤科手法与导引相结合，既有关节的被动治疗，又结合了患者的主动训练，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华中医药学会骨伤科分会. 中医骨伤科临床诊疗指南·肩关节周围炎: T/CACM 1179-2019[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(3): 1-5.
- [2] KWAEES T A, CHARALAMBOUS C P. Rates of surgery for frozen shoulder: an experience in England[J]. Muscles, Ligaments and Tendons Journal, 2015, 5(4): 276-279.
- [3] COHEN C, TORTATO S, SILVA O B S, et al. Association between frozen shoulder and thyroid diseases: strengthening the evidences [J]. Revista Brasileira De Ortopedia, 2020, 55(4): 483-489.
- [4] 编辑部. 上海交通大学附属瑞金医院“魏氏伤科”被列入上海市非物质文化遗产[J]. 上海交通大学学报(哲学社会科学版), 2011, 19(5): 96.
- [5] 杜炯, 李飞跃. 魏氏伤科学术经验概论[J]. 中外医学研究, 2010, 8(28): 117-118.
- [6] 李辉, 刘涛, 胡大佑. 胡大佑三联外治法治疗冻结肩经验介绍[J]. 新中医, 2020, 52(11): 208-210.
- [7] 陈朝蔚, 魏贤振, 李飞跃, 等. 魏氏伤科导引联合关节镜手术治疗原发性冻结肩的疗效分析[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(5): 1042-1044.
- [8] 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: 190-191.
- [9] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 1995: 1439-1441.
- [10] LHO Y M, HA E, CHO C H, et al. Inflammatory cytokines are overexpressed in the subacromial bursa of frozen shoulder[J]. Journal of Shoulder and Elbow Surgery, 2013, 22(5): 666-672.
- [11] 张涛, 梁英, 高敏, 等. 孟肱关节腔容量的测量对冻结肩临床分期及治疗影响的研究[J]. 中华老年骨科与康复电子杂志, 2020, 6(6): 346-350.
- [12] PARK G Y, KWON D R, CHO H K, et al. Clinical impairments and rotator cuff tendon pathology in primary and intrinsic secondary adhesive capsulitis[J]. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 2024, 103(4): 340-345.
- [13] 方业汉, 周钢, 黄晖, 等. 关节镜下同期治疗肩袖损伤与冻结肩的临床分析[J]. 中国运动医学杂志, 2018, 37(7): 565-569.
- [14] 周玉兰, 袁德超, 吴超, 等. 超声引导下肩关节腔注射联合液压扩张治疗不同临床分期冻结肩[J]. 华西医学, 2021, 36(12): 1679-1685.
- [15] 邱文聪, 魏锦强, 曹学伟, 等. 关节镜下松解与麻醉下手法松解治疗冻结肩疗效比较的 Meta 分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2022, 37(2): 113-117.
- [16] COOLS A M, WITVROUW E E, DECLERCQ G A, et al. Scapular muscle recruitment patterns: trapezius muscle latency with and without impingement symptoms[J]. The American Journal of Sports Medicine, 2003, 31(4): 542-549.
- [17] WOODS D A, LOGANATHAN K. Recurrence of frozen shoulder after manipulation under anaesthetic (MUA): the results of repeating the MUA[J]. The Bone & Joint Journal, 2017, 99-B(6): 812-817.
- [18] 刘丹, 李武, 潘杰灵, 等. 推拿治疗筋痹的理论探析[J]. 中医药导报, 2023, 29(5): 124-127.
- [19] 姜昆, 罗素兰, 李志远, 等. 罗氏正筋八法理论探讨及应用[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(12): 5551-5554.
- [20] 赵明宇, 杨超凡, 秦庆广, 等. 平乐正骨“筋滞骨错”理论指导下手法治疗冻结肩的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3846-3848.
- [21] 方仪德, 许金海, 叶洁, 等. 国医大师施杞整肩三步九法治疗肩周炎的学术思想及临证经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2022, 30(10): 74-75.
- [22] 艾买提·依米尔, 闫慧新, 杨林浩, 等. 严隽陶从筋论治肩关节周围炎学术经验撷英[J]. 上海中医药杂志, 2023, 57(3): 34-37.
- [23] 薛彬, 李飞跃. 李国衡教授对魏氏伤科治伤手法的学术贡献初探[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(12): 77-78.
- [24] 刘涛, 谢贤斐, 张昊. 魏氏伤科传统手法作用初探[J]. 中医文献杂志, 2018, 36(2): 36-38.
- [25] 谢辉, 唐成林, 陈晓琳, 等. 按摩促进骨骼肌损伤后肌纤维再生机理的研究[J]. 重庆医科大学学报, 2015, 40(2): 171-175.
- [26] 张芷齐, 赵娜, 庞庚, 等. 按揉法对骨骼肌钝挫伤大鼠肌肉纤维化的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(3): 197-199.
- [27] 郑宽广, 陈志标, 许美珍, 等. 运动式推拿疗法联合关节松动术对冻结肩患者疼痛、肩关节活动及血清炎症指标的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(3): 372-375.
- [28] 刘光明, 李飞跃. 李飞跃治疗冻结肩经验拾萃[J]. 中医文献杂志, 2020, 38(6): 57-60.
- [29] 杨铎, 程国杰, 唐文献. 运动疗法治疗冻结肩的临床进展[J]. 新疆中医药, 2023, 41(6): 133-136.
- [30] 张怀志, 陈白, 黄肖海, 等. 八段锦运动治疗肩周炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(21): 85-87.
- [31] 杨佳昕, 邵东旭. 五禽戏对冻结肩关节功能恢复的疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(11): 65-68.
- [32] 周超, 刘彦, 李伟. 关节松动术、太极拳、 β -7叶皂甙钠静脉滴注联合治疗肩关节周围炎[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(8): 527-528.
- [33] 付士芳, 李跃彤, 任凤蛟, 等. 中医传统功法易筋经在骨伤科疾病康复中的研究进展[J]. 天津中医药, 2022, 39(5): 675-680.
- [34] 李飞跃. 魏氏伤科治疗学: 治伤手法、导引疗法及用药[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2015: 23-26.

(收稿日期: 2024-02-04)