

肩周炎中西医结合诊疗专家共识

世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会 上海中医药大学附属龙华医院
中日友好医院 教育部筋骨理论与治法重点实验室

摘要 肩周炎是一种严重影响中老年人生命质量的慢性退行性疾病,属中医“痹证”范畴。作为中医骨伤科的优势病种之一,中医药治疗方法在肩周炎的临床治疗中发挥了重要作用,西医治疗手段除手术介入之外,多以镇痛药物内服、封闭注射治疗,其疗效欠佳,为明确中西医结合在肩周炎诊疗中的作用,提高中西医结合诊疗水平,世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会组织专家,成立编写组,充分利用肩周炎的诊疗成果,分析循证医学证据,结合临床经验,经过多次讨论形成推荐意见,制定了肩周炎中西医结合诊疗专家共识。

关键词 肩周炎;中西医结合;辨证论治;专家共识

Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Periarthritis of the Shoulder with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Osteoporosis Professional Committee of the World Federation of Chinese Medicine Societies, Longhua Hospital
Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China-Japan Friendship Hospital, Key Laboratory
of Muscle and Bone Theory and Treatment of Ministry of Education

Abstract Periarthritis of the shoulder is a chronic degenerative disease that seriously affects the quality of life of middle-aged and elderly people and falls under the category of “Bi syndrome” in traditional Chinese medicine (TCM). TCM treatment methods have played an important role in the clinical treatment of periarthritis of the shoulder, one of the diseases responding specially to orthopedics in TCM. In addition to surgical intervention, western medicine treatment methods mainly rely on oral analgesics and closed injection therapy, and the curative effect is not good. To clarify the role of integrated traditional Chinese and western medicine in the diagnosis and treatment of periarthritis of the shoulder and improve the level of integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment, the Specialized Committee on Bone and Joint Diseases of World Federation of Chinese Medicine Societies organized a group of experts to formulate an expert consensus on diagnosis and treatment of periarthritis of the shoulder with integrated traditional Chinese and western medicine by fully utilizing the achievements of periarthritis of the shoulder diagnosis and treatment, analyzing evidence-based medical evidence, and combining clinical experience through multiple rounds of discussions.

Keywords Periarthritis of the shoulder; Integrated traditional Chinese and western medicine; Treatment based on syndrome differentiation; Expert consensus

中图分类号:R274 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2023.07.004

1 概述

肩周炎 (Periarthritis Humeroscapularis) 是指肩关节周围软组织无菌性炎症引起的以肩部疼痛和活动功能障碍为主要特点的疾病,肩周炎在中医中属“痹病”,又称“五十肩”“漏肩风”。根据美国肩肘外科医师学会的定义,肩周炎是一类引起肩关节僵硬的粘连性关节囊炎,表现为肩关节周围疼痛,夜间加重,肩关节各个方向的主动和被动活动度降低,且进行性加重,造成肩关节活动受限。好发于 50 岁以上的中老年人,发病常是因睡眠时肩部受凉等引起,但在现代社会,由于生活环境的改变以及手持智能设

备等因素,很多人出现了由于长时间固定姿势所致肩关节囊炎症、硬化、挛缩等症状,进而发展成肩周炎。肩周炎在临床上主要表现为疼痛、肩关节运动受限等症状,病程长、容易反复发作,随着病情发展,还会导致关节内外粘连,在工作中和生活中都给患者带来了极大的不便^[1]。目前西医治疗手段除手术介入之外,多以镇痛药物内服、封闭注射治疗为主,其疗效欠佳,而中西医结合在西医治疗的基础上增加了针灸、手法、火罐、针刀,以及理疗、液压扩张等治疗,中西医结合治疗肩周炎有着明显的特色和优势。

基金项目:国家重点研发计划(2018YFC1704300);国家自然科学基金重点项目(81730107,81930116,81920108032,81873321);国家中医药“传承创新团队”计划项目(ZYYCXTD-C-202202);国家科技部重点领域“创新团队”计划项目(2015RA4002);国家教育部“创新团队”计划项目(IRT1270);上海市市级科技重大专项(2017SHZDZX01);上海市促进市级医院临床技能与临床创新三年行动计划重大临床研究项目(SHDC2020CR1010A);上海高水平地方高校创新团队计划项目(沪教委人[2022]3号);上海市长宁区卫生与计划生育委员会光华卓越PI工程(2016-01,2016-06)

通信作者:阎小萍(1945.08—),女,主任医师,教授,全国名中医,首都国医名师,研究方向:中西医结合治疗关节炎等风湿免疫疾病的临床研究,E-mail:yanxiaoping1688@126.com;王拥军(1965.09—),男,主任医师,教授,研究员,研究方向:中医药防治慢性筋骨病基础与临床研究,E-mail:yjwang8888@126.com

世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会分析近年来肩周炎最新诊疗研究进展,参考国内外指南和最新循证医学证据,经过专家多次讨论制定专家共识,规范中西医结合诊疗流程,进一步发挥中医和西医在诊疗肩周炎方面优势互补的作用。

2 流行病学

肩周炎的发病原因尚未明确,临床研究表明许多因素与肩周炎发病相关,包括颈椎病、糖尿病、甲状腺功能异常、心血管疾病等^[2-3]。一般人群中粘连性关节囊炎的发病率为3%~5%,但糖尿病患者高达20%,通常涉及非优势肢体,尽管据报道双侧受累的病例多达40%~50%。肩周炎通常被认为是一种自限性疾病,可在1~3年内消退。然而,各种研究表明,20%~50%的患者可能继续发展为持久性症状。研究显示,糖尿病是导致肩周炎的重要原因之一,这可能与糖尿病能引起微血管病变和内分泌紊乱等一系列改变有关,上述变化可导致肌肉、肌腱、筋膜、关节囊等软组织病变,从而加重肩关节纤维化反应,多种细胞因子升高导致肩关节滑膜和肩关节囊韧带复合体出现炎症和纤维化。肩周炎与各种心脏、神经系统疾病也有一定关系。肩周炎患者的甲状腺疾病发病率为10.0%,心脏病发病率为3.3%,高血压发病率为71.0%,帕金森病发病率为12.7%。遗传因素的研究颇有争议,在一项涉及同卵双胞胎的研究中,双胞胎肩周炎的发病率是普通人群的2~3倍,但不能排除环境因素。另外,掌腱膜挛缩(Dupuytren Contracture)又称迪皮特朗挛缩,是一种侵犯掌腱膜,并延伸至手指筋膜,最终导致掌指及指间关节挛缩的进行性疾病,该类疾病患者发生肩周炎的概率是普通人群的8.27倍^[4]。

3 诊断

3.1 临床表现 肩周炎以肩关节周围疼痛、活动受限为主要特征。肩关节疼痛一般是肩周炎首发症状,疼痛隐隐,活动牵制,疼痛逐步加重,严重时疼痛持续,影响夜间睡眠,中后期疼痛与肩关节活动密切相关。肩关节活动受限以外展外旋及内旋后伸时最为严重,主要临床表现为肩部关节僵硬,手臂无法高出肩部,活动肩关节时会出现疼痛,无法做到梳头摸脸等动作,严重影响生命质量。一般会先出现肩部疼痛,接着继发关节僵硬,随着病程的变长,以上2种症状逐渐缓解。肩周炎可分为三期:疼痛期、僵硬期、缓解期。疼痛期一般病程持续时间在2~9个月,患者主要症状为肩部疼痛,且夜间加重,此外还会伴随肩部逐渐僵硬,但并不显著,随着病情进展,

夜间加重的肩部疼痛可逐渐变为全天持续的疼痛。僵硬期一般病程可长达4~12个月,在病程期间患者的肩关节疼痛会逐渐改善,但肩关节僵硬症状仍存在,并且可能会加重,肩关节的活动范围较前缩小。缓解期一般长达5~26个月,部分患者可在1~1.5的病程内完全恢复正常,在缓解期中患者肩部的僵硬情况会有所好转,肩关节的活动范围也会逐渐恢复,但也有患者不能完全康复,肩部疼痛及僵硬持续数年,或仍有部分肩关节活动受限^[5]。

3.2 影像学检查 1) X线检查:结果多为阴性,后期部分患者可有骨质疏松或软组织内钙化表现,行X线检查主要为了排除肩部骨折、脱位,骨性关节炎及肩部肿瘤等疾病。2) MRI检查:对明确诊断与鉴别诊断具有临床意义,可以确定肩关节周围结构是否正常及有无炎症,可见肩袖间隙喙肱韧带和关节囊增厚,喙突下脂肪三角完全闭塞(喙突下三角征),肩关节核磁检查还能排除肩袖损伤或其他损伤,可以作为鉴别诊断及确定病变部位的有效方法。

肩关节造影:因其有创性,目前极少使用,该检查可显示关节囊容量明显减少,或区域性关节囊扩张不佳(此项检查MRI难以判断),可见肩胛下滑囊消失,肩关节腔缩小、下隐窝消失等肩周炎特征性表现。近年来超声被用来检查肩关节,超声可显示大部分肩关节腔空间结构,可以观察肩袖结构厚度以及测量喙肱韧带的厚度,但不同人群的组织结构厚度尚无统一标准^[2]。

3.3 实验室检查 肩周炎尚无特殊外周血检查,主要根据影像学进行诊断。

3.4 体格检查 主要详细检查肩关节周围的压痛点具体位置,如盂肱关节周围、锁骨关节、肩峰下间隙、喙突周围、腋下等压痛情况,肩关节的上举、外展、外旋、前屈和内旋等活动角度,尤其是被动外展和外旋受限,并检查三角肌、冈上肌有无痉挛或萎缩,有无肩峰撞击征表现。晚期可发生失用性肌萎缩,应注意检查疼痛弧、落臂试验等肩袖损伤相关检查予以鉴别诊断。

3.5 鉴别诊断

肩周炎的鉴别诊断有很多疾病,凡是引起肩关节周围疼痛的疾病,都需要与肩周炎进行鉴别。肩周炎是指五十肩、凝肩或者是粘连性的肩关节囊炎,不明原因造成肩关节周围的韧带、肌肉、关节囊、肌腱发生挛缩,从而限制肩关节的活动,所以有2个特别重要的特征,一个是活动受限,另一个是疼痛,可以做出以下鉴别。

3.5.1 颈椎病 颈椎病会引起肩关节的疼痛,但是它是属于放射性疼痛,所以不伴有肩关节活动障碍,这是最重要的鉴别特点。

3.5.2 肩袖损伤、肩峰下撞击征 这些疾病也会造成肩关节周围的疼痛、肩峰的撞击,存在一个疼痛弧,所以在肩关节活动的时候,尤其是外展到一定角度会产生疼痛,因为撞击损伤了肩袖组织,从而引起冈上肌腱的撕裂。肩袖组织损伤也会引起继发性的肩周炎,所以要对肩周炎的原因进行鉴别。

3.5.3 一些肺部的肿瘤、颈部的肿瘤,也可能引起肩周的疼痛 这些软组织的肿瘤有可能造成一些骨组织遭受侵犯,所以产生的疼痛,需要与肩周炎进行鉴别,通过CT等影像学的检查能够确定肿瘤的大小形态和位置,能够有效作出鉴别诊断。

3.5.4 一些外伤、感染炎症等也需要与肩周炎进行鉴别诊断。

4 中医诊断

按照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]:1)好发年龄在50岁左右,女多于男,右肩多于左肩,多为慢性发病。2)肩周疼痛,以夜间为甚,常被痛醒,但较少肿胀;肩关节活动明显受限,甚则肩臂肌肉萎缩。查体:肩峰下广泛压痛,肩关节外展上举、外旋、后伸、后背上抬动作受限,不能做脱衣、梳头、洗脸等动作。3)有慢性劳损、感受风寒或外伤史。4)X线摄片多为阴性,病情久者可见骨质疏松。见图1。

从中医角度看,年老体弱,肝肾渐衰,气血亏虚,筋肉失养为其发病基础,而外感风寒湿邪,或慢性劳损或外伤失治等会导致寒凝筋脉,肌肉痉挛,肩部筋脉不通,气血凝滞,而诱发本病^[1]。

患者症状较轻,表现为肩周不适,感觉迟钝、受凉后肩部疼痛,遇暖则缓,关节活动范围受限,局部沉重感。舌质淡白,舌苔薄白或白腻,脉弦滑或弦紧或濡缓。推荐方剂:蠲痹汤(《医学心悟》)加减,药物组成:羌活、独活、桂心、秦艽、当归、川芎、甘草、海风藤、桑枝、乳香、木香。

气血瘀滞型表现:1)肩周固定部位剧烈刺痛;2)关节活动幅度减小、僵硬,偶伴关节肿胀;3)舌色较暗,瘀斑时见,薄黄苔,脉象细、弦、涩。少数患者有过外伤史。符合1)、2),加3)。活血行气、祛瘀通络、通痹止痛。可用身痛逐瘀汤《医林改错注释》加减,组成:秦艽、川芎、桃仁、红花、甘草、羌活、没药、当归、五灵脂、香附、牛膝、地龙。

气血亏虚型表现:1)肩周以随气候影响的酸痛为主;2)轻重变化,人较消瘦,容易疲乏,头晕目眩,气短懒言,心悸失眠,四肢乏力,卧则减轻,喜按喜揉,常反复发作;3)舌质淡,少苔或舌苔白,脉细弱或沉^[4]。符合1)、2),加3)。益气补血。可用八珍汤加味《瑞竹堂经验方》人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍药、熟地黄、甘草、青风藤、鸡血藤、桑枝、落得打、伸筋草。

5 中西医结合治疗

5.1 分模式治疗

肩周炎的治疗原则是针对肩周炎的不同时期,或是其不同症状的严重程度采取相应的治疗措施。目前,中西医结合治疗肩周炎主要有以下3种分期模式,具体实施方案基于诊疗场所的条件限制、患者病情状态及患者对功能恢复要求等方面进行选择。

本模式适用于西医医院,其诊疗理念由西医医师为主导,适用于关节功能受限较轻的患者,其模式按照分期具体方式。

5.1.1 疼痛期及缓解期 西医予以口服抗炎镇痛药物配合肩关节冷敷短期制动,配合膏药局部贴敷可选用肩关节局部理疗,对疼痛严重者可升级镇痛治疗,口服中枢镇痛药物,若控制无效则选择局部封闭及肩关节腔内注射。对应中医证型:气血瘀滞型。中医予以活血止痛胶囊^[6](主要成分:当归、三七、醋乳香、冰片、土鳖虫、煅自然铜)。用法用量:用温黄酒或温开水送服,3粒/次,2次/d,配合口服抗炎镇痛药物,加以中药外敷熏洗等促进局部气血调和,配

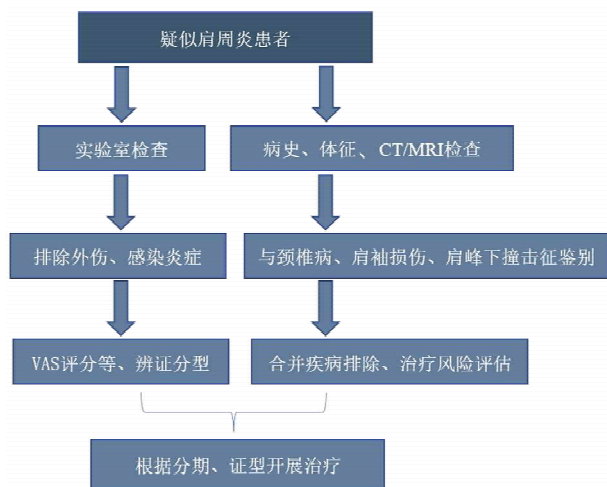


图1 肩周炎诊断流程

注:Visual Analogue Scale (VAS):视觉模拟评分法

需要根据具体中医证型进行辨证论治。本共识辨证论治部分主要参考肩周炎的中医治疗进展为主要标准,以临床随机对照试验研究、中医文献典籍记载及专家临证经验为主要依据。肩周炎的病因病机

合针灸促进经络气血畅通,可以砭针或小针刀等局部减压,以手法调整肩关节肌肉、关节囊张力及协调状态,可选用局部理疗、局部封闭及肩关节腔内注射。

5.1.2 僵硬期 该类患者肩关节活动轻度受限或者严重功能受限但拒绝手术者,予以口服抗炎镇痛药物配合麻醉下松解手法。对应中医证型:气血亏虚型。中医予以八珍丸(主要成分:党参、炒白术、茯苓、甘草、当归、白芍、川芎、熟地黄,辅料为蜂蜜)。用法用量:口服。大蜜丸1丸/次,2次/d。配合口服抗炎镇痛药物,必须运用手法松解肩关节状态,调整肩关节肌肉、关节囊张力及协调状态。可配合中药外敷熏洗等,促进局部气血调和,配合针灸促进经络气血畅通,以小针刀等局部松解,可选麻醉下松解手法。

5.1.3 围手术期 对于重度关节活动受限患者,经3个月以上非手术治疗无效者,或肩关节活动受限反见加重者,可建议行肩关节镜下松解手术,目前临床尚无明确肩周炎中西医结合诊疗规范,因此,在我们临床前期探索经验基础上,建议围手术期中西医结合治疗模式如下:1)关节镜手术前:使用痛舒胶囊^[7](主要成分:七叶莲、灯盏细辛、玉葡萄根、三七、珠子参、栀子、重楼、甘草。用法用量:口服。3~4粒/次,3次/d)。结合局部手法理筋,调整肩关节局部肌肉状态,可有效预防术后感染及肿胀不退状态。2)关节镜术后:术后3d内,予以补中益气丸[主要成分:黄芪(蜜炙)、党参、白术(炒)、当归、升麻、柴胡、陈皮、甘草(蜜炙)、生姜、大枣。辅料为糊精、滑石粉、虫白蜡。用法用量:口服,8~10丸/次,3次/d]。鼓励肩关节自然甩肩活动,若肿胀严重可适当冷敷,视疼痛情况,可短期予抗炎镇痛药物;术后1周内,可选局部理疗、循经针灸、手法理筋治疗;术后2周,可鼓励患者加强功能锻炼基础上,加强中药内服益气活血续筋接骨,加强肩关节自主性功能锻炼,加强针灸及手法治疗,可配合局部中药熏洗或热敷。

因肩关节周围组织及颈部病理状态影响导致类似肩周炎症状,故术前必须详细检查明确诊断。因肩周炎不存在关节内结构破坏,故不建议进行人工关节置换。

5.2 其他治疗

5.2.1 非手术治疗

急性期以疼痛为主,应当使用药物以控制疼痛;冻结期以活动受限为主,采用物理疗法以改善肩关节活动范围;缓解期疼痛与活动受限症状逐渐改善,

但肩关节周围肌肉萎缩,加强肩关节周围肌肉康复更为重要^[8]。

5.2.1.1 药物治疗 药物治疗是较常用的保守治疗方式,包括口服药物治疗和关节内注射药物治疗。采用肿痛气雾剂(主要成分:七叶莲、滇草乌、三七、雪上一枝蒿、金铁锁、火把花根、八角莲、金叶子、玉葡萄根、披麻草、重楼、灯盏细辛、栀子、白芷、白及、薄荷脑、甘草、冰片、人工麝香),用法用量:外用,摇匀后喷于患处,2~3次/d。吡罗美辛贴片(主要成分:吡罗美辛、丙烯酸酯压敏胶、薄荷脑、肉豆蔻酸异丙酯、萘烯树脂),用法用量:外用。贴敷于患处,1次/d。等单纯外用药物治疗对快速缓解肩周炎的疼痛症状有较好效果,此外中药熏洗配合肩关节镜下松解术有利于提高肩关节功能,具有较高的临床价值^[9]。非甾体抗炎药仅可用于对症治疗缓解症状,并不能阻止肩周炎自然病情进展。此外,口服类固醇激素或糖皮质激素亦是一种有效方法。口服药物效果不明显时,可以考虑关节内注射糖皮质激素。关节内透明质酸钠注射可以得到与皮质醇激素注射相类似的结果,对早期恢复关节活动度有重要作用,而关节内注射非甾体抗炎药较透明质酸钠 UCLA 肩关节评分改善更明显^[10-11]。对于注射部位,无论是关节内注射还是肩峰下注射均可达到较好的临床结果。

5.2.1.2 物理治疗 物理治疗可以作为肩周炎的一线治疗方式,也是最常用的非手术治疗方式。广义的物理治疗包括:外源性刺激(激光、高压氧、微波、超声等)、手法治疗和主动功能锻炼。研究指出,物理治疗应在疼痛完全消失的冻结期进行^[12]。急性期在进行运动前可使用冷敷或热敷的方法缓解疼痛,随后进行轻度的肩关节活动训练(如钟摆运动等);冻结期在逐渐加大上述训练范围的同时应重视胸部和肩后群肌肉的训练;解冻期可进行更大范围的抗阻训练。手法治疗中最常见的2种方式是被动关节活动和拉伸训练。此外,体外冲击波治疗、射频脉冲治疗等外源性刺激治疗对于肩周炎有较好的治疗效果,然而冷冻疗法、激光、电疗、超声疗法对于肩周炎的治疗效果仍有争议^[13]。因此,在临床中将物理治疗作为其他治疗的联合治疗或辅助治疗,将会得到更有效的临床效果。

5.2.1.3 关节液压扩张法 液压扩张技术也称关节造影液压扩张技术,是指在超声引导下,首先向关节腔注入造影剂以观察肩关节腔容积大小、肩关节囊及肩袖有无破损。随后注入生理盐水或糖皮质激素

素或局麻药,通过液体压力增加,使关节囊扩张撕裂从而缓解粘连与挛缩。以前的研究表明,与麻醉下手手法松解相比,液压扩张技术功能评分改善更明显,患者满意度更高。与关节内和肩峰下注射技术相比,液压扩张技术在短期内疼痛改善和前屈及外旋活动改善方面更优^[14]。尽管有较多临床研究证明液压扩张技术临床效果好,但由于缺少高质量随机对照研究,本技术仍存在争议。

5.2.1.4 神经阻滞麻醉 最常选择阻滞的神经是肩胛上神经。由于打破疼痛与肩关节僵硬之间的共生关系对于治疗肩周炎至关重要,且肩关节70%的感觉纤维都来源于肩胛上神经,故肩胛上神经阻滞具有临床意义。由于肩胛上神经常于肩胛上切迹和肩胛冈孟切迹处发生卡压,且毗邻肩胛上动脉,故在超声引导下精确定位神经位置对于准确阻滞神经以及避免血管损伤均有重要意义。

5.2.2 手术治疗

5.2.2.1 麻醉下手手法松解(Manipulation Under Anesthesia, MUA) MUA是一种通过提高疼痛阈值,使患者处于对疼痛反馈不敏感的情况下运用手法牵拉以撕开关节囊粘连皱缩部分从而达到改善肩关节功能的治疗方法。最新研究表明MUA适应证包括保守治疗无效、处于冻结期的肩周炎;强烈要求减轻痛苦的急性期患者;外旋比对侧肩部减少 $\geq 50\%$;症状持续 ≥ 3 个月;对关节内注激素等药物无反应^[15]。麻醉方式包括全身麻醉和局部麻醉,尽管全麻方式疗效较好,近年来也有一些研究提出经肌间沟臂丛神经阻滞麻醉(Translational Manipulation Under Anesthesia, tMUA)和超声引导下颈神经根阻滞麻醉(Manipulation Under Ultrasound-guided Cervical Nerveroot Block, MUC)可得到不逊于全麻方式的临床疗效^[16-17]。对于MUA干预时间尚无统一结论,但VASTAMÄKI等^[18]认为MUA的最佳时间是症状开始后的6~9个月内。对于进行首次MUA后症状复发或预后较差的。患者在行二次MUA治疗后症状明显改善,但糖尿病肩周炎患者应当慎重^[19]。尽管如此,MUA在肩周炎治疗作用仍有争议,因为MUA术后有0.4%的概率出现并发症:诸如肱骨骨折、孟肱关节脱位、臂丛神经牵拉伤、软骨损伤、肩袖撕裂等。

5.2.2.2 关节镜下肩关节囊松解(Arthroscopic Capsular Release, ACR) 尽管保守治疗对于肩周炎仍是最主要的治疗,但对于保守治疗无效的难治性肩周炎,ACR便是一种常见而有效的手术治疗,其

不仅可以通过关节镜直视下操作,从而精确定位粘连位置且避免血管神经损伤,还拥有小切口、创伤小、失血少,有利于后期康复。自ACR被提出以来,部分学者认为将其对肩周炎患者进行早期干预可以较好地提高临床疗效。相较于其他介入性治疗如液压扩张、关节内注射类固醇激素等,ACR均有更优秀的临床疗效^[20]。影响ACR临床效果和术后恢复程度的危险因素包括:继发性肩周炎、有糖尿病病史、术前病程 > 12 个月。

5.2.2.3 开放手术松解 随着关节镜技术的逐渐成熟,且由于开放性关节囊松解术存在松解不彻底、术中出血量多、术后康复时间长等弊端,此技术现今已经较少使用。但当患者存在以下几种情况时,仍可考虑使用此技术:存在关节镜手术禁忌、不能耐受术后补液、心肾功能不全、存在内固定的肩关节僵硬和镜下松解效果不理想。常用的开放性手术技术包括:肱二头肌长头腱切断或固定术、移位术、喙肱韧带切开术等。

在经上述手术治疗后可应用中成药关节通片(主要成分:透骨草、薏苡仁、三七、丹参、独活、桑枝、乳香、没药、沉香、木香、丁香、当归、川芎、赤芍、生地、黄、蛇床子、牡丹皮、大黄、怀牛膝、甘草、土鳖虫、骨碎补),5片/次,3次/d,连续服用15d,并且在患者术后恢复行动后指导其肩部功能的锻炼,促进患处的血液循环,加速患者的恢复速度^[12]。

5.3 中医外治法

5.3.1 针灸疗法 研究表明,推拿及拔罐治疗是肩周炎中医治疗最常用的方法,经络辨证、经验取穴、艾灸及走罐等均有着不错的疗效^[21]。临床上既有单纯推拿,也常采取推拿手法配合其他治疗手段治疗肩周炎。针灸治疗遵循分期治疗的原则。急性期(冻结活动性期)应先缓解疼痛,沿经络选择远端穴位,结合局部穴位和阿是穴,进行强刺激。慢性期(冻结期)及功能恢复期,应先矫正肩关节运动障碍,并采取病因模式辨证,沿经络结合阿是穴局部邻近选穴。肩周炎的针灸治疗应在早期进行,可以缩短病程,减轻症状,改善患者预后。在急性期,针灸可以缓解局部疼痛,改善肩关节功能。在慢性期和恢复期,针灸可促进肩关节功能的恢复。针灸治疗肩周炎有明显的镇痛作用。针刺、电针和经皮穴位电刺激治疗疼痛性疾病在临床上已被广泛应用,其中一些机制已被证实。

5.3.2 针刀疗法 小针刀疗法可通过松解肌肉、切割粘连病灶等方法治疗肩周炎,采取针刀闭合松解

配合麻醉推拿手法这种新型的中西医结合特色疗法治疗肩周炎有着操作时间短、快速缓解痛苦的优势。选择性使用针刀疗法。

5.3.3 功法锻炼

在肩周炎病程中功法锻炼对于肩关节功能恢复有着不可或缺的作用,在被动治疗的基础上加上主动功法锻炼可以增强疗效减少复发,相较于现代康复训练,传统功法锻炼在动作的基础上加上了呼吸及意念的锻炼要求,是一种更高层次的训练方法^[21]。

5.3.3.1 太极拳 太极拳可以起到改善关节活动功能,促进关节软骨与韧带等局部组织的新陈代谢,有效防止关节退化的作用。

5.3.3.2 八段锦 现代研究表明,八段锦运动量与中等运动强度的有氧运动相当,可以全面改善人体功能,特别是上肢的拉伸、旋转等动作,可以有效地拉伸肌肉及肌腱,刺激运动神经,使局部血液循环和淋巴回流更加顺畅,对中老年肩周炎有一定的治疗效果^[21]。

5.3.3.3 易筋经 易筋经主要通过持续性习练促进人体血气运行,调节和改善体内的各大系统,达到壮内腑、强筋骨,提高人体潜在功能,促使人体保持健康状态。该功法是一种以动养形、以静养心、平衡协调、柔和匀称、伸筋拔骨、肢体舒展、注重脊柱,及整体肌体的功能性训练。

5.3.3.4 五禽戏 五禽戏由东汉著名中医学大家华佗所创,是一种以强身保健为主要目的的导引方法,主要通过参照虎、鹿、熊、猿、鸟这5种动物的神态和外部肢体动作,并模仿编创而成。其治疗功效与中医学的脏腑学说相对应,比如虎戏可壮肾益精、强筋健骨;鹿戏有平肝潜阳、调和气血的作用;熊戏易健脾消食、益气和胃;猿戏有养心补脑、通窍益智之效;鸟戏可以起到补心益肺、疏通经络的功效。

6 康复

6.1 肩关节的被动松解 首先要做的是请专业人士对肩关节周围的肌肉、韧带进行放松,缓解关节的僵硬。

6.2 改善肩关节活动度的主动练习 肩关节周围相关组织结构被动地松解或松动之后,患者的肩膀会变得灵活一点。这时趁热打铁,可以进行一些自己能够独立完成的主动练习动作。或者在患者肩部症状较轻的情况下,练习以下改善肩关节活动度的动作。1)站姿:右肩向上抬起的活动(前屈活动度)受限,有疼痛。手拿小哑铃(或装满水的矿泉水

瓶);俯身画圈,牵拉放松肩关节囊。2)侧卧:患侧肩关节抬高90°,屈肘90°;对侧手握住患侧手腕,向下(朝向地面)缓慢用力。3)侧卧:患侧肩关节抬高90°,屈肘90°;对侧手握住手腕背面,向后(朝向脚部)缓慢用力。4)将圆球(或气球)放在床上(或桌上);手掌扶球,缓慢进行顺时针、逆时针的画圈;带动肩关节进行环转活动。5)面向墙壁,保持约一臂的距离;手臂向前抬起,手指触墙;通过手指的交替移动,缓缓向上抬肩;抬至自己的最大幅度,然后缓缓向下;重复进行。6)将浴巾纵向卷成棍状;症状较轻一侧的手,抓住浴巾一端,从背后垂下;症状明显一侧的手,从下面握住浴巾;上面的手缓慢上拉,带动下面的手向上。

7 预防调摄

7.1 自我调摄 1)在日常生活中,要注意肩颈部的防寒保暖,在日常工作中注意避免空调冷风直吹头颈肩部;2)正确的生活姿势,有利于减轻肩部及颈部的压力,需在生活中保持胸肩背正确的弧度,避免维持一个姿势太久,对肩颈部肌肉造成较大的负担。当工作或学习了一段时间后需起立活动全身。3)保持健康的生活方式,避免强力抬举重物、避免跌扑外伤,不熬夜以避免内分泌失调,长期坚持适度锻炼。

7.2 中医调护 避免风寒,调畅情志,注意饮食,起居合宜。

8 预后

肩周炎是自限性的疾病,一般在自然发病的6~24个月可以自愈,但有部分患者会出现疼痛消失但无法恢复正常的肩关节功能水平变形,因此,如长期存在肩关节疼痛及功能障碍等,应积极予以正规治疗及主动功能锻炼。

9 结语

临床中对肩周炎的诊断不仅依赖于临床症状与体征,为提高诊断率,必要的影像学及实验室检查也至关重要。同时对于肩周炎的治疗,中西医均有各自的优势与劣势,临床医师应当在准确把握适应证的情况下灵活使用各种治疗方式,且应当多种疗法联合使用。

本共识仅为学术性指导意见,适用于各等级医院的临床执业医师参考,以明确肩周炎的中医辨证论治诊断、中西医诊疗方案等,实施时应结合临床具体情况综合考虑。

利益冲突声明:专家委员会所有成员均声明不存在利益冲突。

《肩周炎中西医结合诊疗专家共识》编写委员会

牵头专家:王拥军(上海中医药大学附属龙华医院)、阎小萍(中日友好医院)。

顾问专家:施杞(上海中医药大学)。

执笔专家:梁倩倩(上海中医药大学附属龙华医院)、张霆(上海中医药大学附属龙华医院)。

参与本共识编写的专家名单(按姓氏汉语拼音排序):曹月龙(上海中医药大学附属曙光医院)、陈锋(广西中医药大学附属瑞康医院)、陈岗(江西中医药大学附属医院)、陈雄生(海军军医大学第二附属医院,上海长征医院)、方锐(新疆维吾尔自治区中医医院)、黄桂成(南京中医药大学)、黄俊卿(河南中医药大学)、贾育松(北京中医药大学附属东直门医院)、李永津(广东省中医院)、林燕萍(福建中医药大学)、刘振峰(无锡市第九人民医院)、马勇(江苏省中医院)、聂伟志(山东省文登整骨医院)、宋敏(甘肃中医药大学)、谢兴文(甘肃中医药大学附属医院)、修忠标(福建省人民医院)、徐西林(黑龙江省中医院)、王平(天津中医药大学第一附属医院)、王旭凯(吉林省中医院)、王一品(辽宁省中医院)、吴毅(复旦大学附属华东医院)、张开伟(贵州中医药大学第一附属医院)、张莉(厦门医学院)、朱越峰(复旦大学附属华东医院)。

学术秘书:刘韩森(上海中医药大学附属龙华医院)、林越(上海中医药大学附属龙华医院)。

参考文献

- [1] 韩春莉. 肩周炎的中医治疗进展[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(9):157-159.
- [2] WHELTON C, PEACH CA. Review of diabetic frozen shoulder[J]. Eur J Orthop Surg Traumatol, 2018, 28(3):363-371.
- [3] SCHIEFER M, TEIXEIRA P, FONTENELLE C, et al. Prevalence of hypothyroidism in patients with frozen shoulder[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2017, 26(1):49-55.
- [4] 李伟, 詹红生, 陆念祖. 肩周炎国内外研究进展[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(22):44-46.
- [5] 马服胜, 范后宝. 活血止痛胶囊配合臭氧在肩周炎治疗中的应用[J]. 中国现代药物应用, 2011, 5(11):67-68.
- [6] 窦蓉芳. 推拿配合痛舒胶囊治疗肩周炎 36 例[J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33(6):82.
- [7] CHO CH, BAE KC, KIM DH. Treatment Strategy for Frozen Shoulder [J]. Clin Orthop Surg. 2019, 11(3):249-257.
- [8] 刘凤祥. 中药熏洗配合肩关节镜下松解术治疗冻结期肩周炎的临床研究[J]. 贵州医药, 2019, 43(12):1949-1950.
- [9] PAPALIA R, TECAME A, VADALÀ G, et al. The use of hyaluronic acid in the treatment of shoulder capsulitis: a system aticreview [J]. J Biol Regul Homeost Agents, 2017, 31(4):23-32.
- [10] CHEEMA OI, NADEEM MR. Comparison of intra articular NSAID (ketorolac) injection versus hyaluronic acid injection for the mean decrease of pain score (according to UCLA shoulder rating scale) in the management of adhesive capsulitis [J]. Pak J Pharm Sci, 2019, 32(3):953-956.
- [11] ITOIE, ARCEG, BAINGI, et al. Shoulder Stiffness: Current Concept-sand Concerns [J]. Arthroscopy, 2016, 32(7):1402-1414.
- [12] REDLER LH, DENNIS ER. Treatment of Adhesive Capsulitis of the Shoulder [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2019, 27(12):e544-e554.
- [13] YOON JP, CHUNG SW, KIM JE, et al. Intra-articular injection, sub-acromial injection, and hydrodilatation for primary frozen shoulder: a randomized clinic altrial [J]. JShoulder Elbow Surg, 2016, 25(3):376-383.
- [14] KRAAL T, BEIMERS L, THE B, et al. Manipulation under anaesthesia for frozen shoulders: outdated technique or well-established quick fix? [J]. EFORT Open Rev, 2019, 4(3):98-109.
- [15] RENDEIRO DG, DEYLE GD, GILL NW 3RD, et al. Effectiveness of translational manipulation under interscalene block for the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: A nonrandomized clinical trial [J]. Physiother Theory Pract, 2019, 35(8):703-723.
- [16] SAITO T, SASANUMA H, IJIMA Y, et al. Short-term clinical results of frozen shoulder treated with shoulder manipulation under ultrasound-guided cervical nerve root block at outpatient setting: A case series [J]. J Orthop Sci, 2017, 22(2):275-280.
- [17] VASTAMÄKI H, VARJONEN L, VASTAMÄKI M. Optimal time for manipulation of frozen shoulder may be between 6 and 9 months [J]. Scand J Surg, 2015, 104(4):260-266.
- [18] WOODS DA, LOGANATHAN K. Recurrence of frozen shoulder after manipulation under anaesthetic (MUA): the results of repeating the MUA [J]. Bone Joint J, 2017, 99-B(6):812-817.
- [19] GALLACHER S, BEAZLEY JC, EVANS J, et al. A randomized controlled trial of arthroscopic capsular release versus hydrodilatation in the treatment of primary frozen shoulder [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2018, 27(8):1401-1406.
- [21] 卢通, 张万翔, 郭菲宇, 等. 肩关节针刀闭合松解麻醉推拿术治疗肩周炎的临床研究 [J]. 医学综述, 2020, 26(11):2235-2239, 2245.

(2023-02-10 收稿 本文编辑:吴珊)