



中国针灸学会标准

ZJ/T E 013-2015

循证针灸临床实践指南 肩周炎

Evidence-based Guidelines of Clinical Practice with
Acupuncture and Moxibustion
Scapulohumeral Periarthritis

2015-07-10发布

2015-07-10实施

中国中医药出版社



中国针灸学会标准

ZJ/T E 013-2015

循证针灸临床实践指南 肩周炎

**Evidence-based Guidelines of Clinical Practice with
Acupuncture and Moxibustion
Scapulohumeral Periarthritis**

2015-07-10发布

2015-07-10实施

中国中医药出版社

图书在版编目(CIP)数据

循证针灸临床实践指南：肩周炎/中国针灸学会. —北京：中国中医药出版社，2015.7
ISBN 978-7-5132-2520-5

I. ①循… II. ①中… III. ①肩关节周围炎-针灸疗法-指南 IV. ①R245-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第112320号

中国针灸学会
循证针灸临床实践指南：肩周炎
ZJ/T E013-2015

*

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路28号易亨大厦16层
邮政编码100013

网址 www.cptcm.com

传真 010 64405750

三河双峰印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 880×1230 1/16 印张 5 字数 157千字
2015年7月第1版 2015年7月第1次印刷

*

书号 ISBN 978-7-5132-2520-5 定价 39.00元

*

如有质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究
社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 84042153
书店网址 csln.net/qksd/

前 言

《循证针灸临床实践指南》包括：带状疱疹、贝尔面瘫、抑郁症、中风后假性球麻痹、偏头痛、神经根型颈椎病、慢性便秘、腰痛、原发性痛经、坐骨神经痛、失眠、成人支气管哮喘、肩周炎、膝骨关节炎、慢性萎缩性胃炎、过敏性鼻炎、突发性耳聋、原发性三叉神经痛、糖尿病周围神经病变、单纯性肥胖病等病症的循证针灸临床实践指南。

本部分为《循证针灸临床实践指南》的肩周炎部分。

本部分受国家中医药管理局指导与委托。

本部分由中国针灸学会提出。

本部分由中国针灸学会标准化工作委员会归口。

本部分起草单位：中国中医科学院针灸研究所。

本部分主要起草人：杨金生。

本部分参加起草人：陈滢如、王莹莹、王亮、杨金洪、李彩芬、杨莉、程凯、高海波、屈建峰、田浩、吴远、刘海华。

本部分专家组成员：刘保延、武晓冬、赵宏、房繁恭、赵吉平、赵百孝、高景华、吴泰相、陈枫、吴中朝、姜爱萍、余曙光、郭义、杨骏、赵京生、杨华元、储浩然、石现、王富春、王麟鹏、贾春生、高希言、常小荣、张洪涛、吕明庄、王玲玲、宣丽华、翟伟、东贵荣、王华、刘清国、刘智斌、曹炆、高树中、杨永清、朱江、何薇、杨宇洋、岗卫娟、王昕、董国峰、王芳。

引 言

《循证针灸临床实践指南》是根据针灸临床优势，针对特定临床情况，参照古代文献、名医经验以及现代最佳临床研究证据，结合患者价值观和意愿，系统研制的帮助临床医生和患者做出恰当针灸处理的指导性意见。

《循证针灸临床实践指南》制定的总体思路是：在针灸实践与临床研究的基础上，遵循循证医学的理念与方法，紧紧围绕针灸临床的特色优势，综合专家经验、目前最佳证据以及患者价值观，将国际公认的证据质量评价与推荐方案分级的规范与古代、前人、名老针灸专家临床证据相结合，并将临床研究证据与大范围专家共识相结合，旨在制定出能保障针灸临床疗效和安全性，并具有科学性与实用性的有效指导针灸临床实践的指导性意见。

在《循证针灸临床实践指南》的制定过程中，各专家组共同参与，还完成了国家标准《针灸临床实践指南制定与评估规范》（以下简称《规范》）的送审稿。《规范》参照了国际上临床实践指南制定的要求和经验，根据中国国情以及针灸的发展状况，对《循证针灸临床实践指南》制定的组织、人员、过程、采用证据质量评价、推荐方案等级划分、专家共识形成方式、制定与更新的内容和时间等进行了规范。这些规范性要求在《循证针灸临床实践指南》制定中都得到了充分考量与完善。《规范》与《循证针灸临床实践指南》相辅相成，《规范》是《循证针灸临床实践指南》制定的指导，《循证针灸临床实践指南》又是《规范》适用性的验证实例。

《循证针灸临床实践指南》推荐等级主要采用世界卫生组织（WHO）等推荐的 GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）系统，即推荐分级的评价、制定与评估的系统，其中推荐等级分为强推荐与弱推荐两级。强推荐的方案是估计变化可能性较小、个性化程度低的方案，而弱推荐方案则是估计变化可能性较大、个性化程度高、患者价值观差异大的方案。对于古代文献和名医经验的证据质量评价，目前课题组还在进一步研制中，《循证针灸临床实践指南》仅将古代文献和名医经验作为证据之一附列在现代证据之后，供《循证针灸临床实践指南》使用者参考。

2008年，在WHO西太区的项目资助下，由中国中医科学院牵头、中国针灸学会标准化工作委员会组织完成了针灸治疗带状疱疹、贝尔面瘫、抑郁症、中风后假性球麻痹和偏头痛5种病症的指南研制工作。在这5种病症的指南研制过程中，课题组初步提出了《循证针灸临床实践指南》的研究方法和建议，建立了《循证针灸临床实践指南》的体例、研究模式与技术路线。2010年12月，《临床病症中医临床实践指南·针灸分册》由中国中医药出版社正式出版发行。

2009年至2013年，在国家中医药管理局立项支持下，中国针灸学会标准化工作委员会又先后分3批启动了15种病症的指南研制工作。为了保证《循证针灸临床实践指南》高质量地完成，在总课题组的组织下，由四川大学华西医院吴泰相教授在京举办2次GRADE方法学培训会议，全国11家临床及科研单位的100多位学员接受了培训。随后，总课题组又组织了15个疾病临床指南制定课题组和1个方法学课题组中的17位研究人员，赴华西医院循证医学中心接受了为期3个月的Meta分析和GRADE方法学专题培训，参训研究人员系统学习并掌握了GRADE系统证据质量评价和推荐意见形成的方法。

本次出版的《循证针灸临床实践指南》共有20个部分，包括对2010年版5部分指南的修订再版

和 2013 年完成的 15 部分指南的首次出版。《循证针灸临床实践指南》的适用对象为从事针灸临床与科研的专业人员。

《循证针灸临床实践指南》的证据质量分级和推荐强度等级如下：

◇证据质量分级

证据质量高：A

证据质量中：B

证据质量低：C

证据质量极低：D

◇推荐强度等级

支持使用某项干预措施的强推荐：1

支持使用某项干预措施的弱推荐：2

《循证针灸临床实践指南》的编写，凝聚着全国针灸标准化科研人员和管理人员的辛勤汗水，是参与研制各方集体智慧的结晶，是辨证论治的个体化诊疗模式与循证医学有机结合的创造性探索。《循证针灸临床实践指南》在研制过程中，得到了兰州大学循证医学中心杨克虎教授、陈耀龙博士以及北京大学循证医学中心詹思延教授在方法学上的大力支持和帮助，在此深表感谢。同时，还要感谢国家中医药管理局政策法规与监督司领导的热心指导与大力支持，感谢各位专家的通力合作。此外，在《循证针灸临床实践指南》的出版过程中，中国中医药出版社表现出了很高的专业水平，在此一并致谢。

目 次

| | |
|--------------------|---------|
| 前言 | (I) |
| 引言 | (III) |
| 摘要 | (1) |
| 1 治疗原则 | (1) |
| 2 主要推荐意见 | (1) |
| 简介 | (2) |
| 1 本《指南》制定的目标 | (2) |
| 2 本《指南》制定的目的 | (2) |
| 3 本《指南》的适用人群 | (2) |
| 4 本《指南》适用的疾病范围 | (2) |
| 概述 | (3) |
| 1 定义 | (3) |
| 2 发病率及人群分布情况 | (3) |
| 临床特点 | (4) |
| 1 病史 | (4) |
| 2 症状及体征 | (4) |
| 3 辅助检查 | (5) |
| 诊断标准 | (6) |
| 1 西医诊断标准及分期 | (6) |
| 2 中医诊断标准及分型 | (7) |
| 针灸治疗概况 | (8) |
| 1 现代文献 | (8) |
| 2 古代文献 | (8) |
| 3 名医经验 | (8) |
| 针灸治疗和推荐方案 | (9) |
| 1 针灸治疗的原则和方法 | (9) |
| 2 主要结局指标 | (9) |
| 3 注意事项 | (10) |
| 4 患者自我护理 | (10) |
| 5 推荐方案 | (10) |
| 附件：肩周炎针灸治疗流程图 | (18) |
| 参考文献 | (19) |
| 附录 | (23) |
| 1 本《指南》专家组成员和编写组成员 | (23) |
| 2 临床问题 | (23) |
| 3 疗效评价指标的分级 | (24) |
| 4 检索范围、检索策略和结果 | (27) |
| 5 文献质量评估结论 | (33) |
| 6 本《指南》推荐方案的形成过程 | (64) |
| 7 本《指南》推荐方案征求意见稿 | (65) |
| 8 专家意见征集过程、结果汇总及处理 | (65) |
| 9 会议纪要 | (71) |

摘 要

1 治疗原则

针灸治疗肩周炎应分期施治。急性期（冻结进行期）以缓解疼痛为主，针灸治疗取穴以远端腧穴为主，或远端腧穴配合局部腧穴、阿是穴；慢性期（冻结期）及功能恢复期以纠正肩关节功能活动障碍为主，针灸治疗取穴以局部邻近腧穴、阿是穴为主，配合远端腧穴。

针灸治疗急性期肩周炎，以循经选取远端腧穴为主，强刺激，并配合局部腧穴。

针灸治疗慢性期及功能恢复期肩周炎，应结合病因辨证，分为风寒湿型、瘀滞型、气血虚型，以局部腧穴为主，配合循经及病因辨证取穴。

2 主要推荐意见

| 推荐意见 | 推荐级别 |
|-----------------------------------------|------|
| 急性期肩周炎 | |
| (1) 建议采用毫针刺法、远端取穴、泻法强刺激针灸治疗 | 强推荐 |
| ①选取远端腧穴条口穴透刺，用泻法，强刺激，配合运动针法 | 强推荐 |
| ②选取远端腧穴条口穴针刺治疗的同时，与其他针刺及辅助治疗方案配合使用 | 强推荐 |
| (2) 可采用穴位注射治疗 | 弱推荐 |
| (3) 即刻镇痛，可采用耳穴透刺治疗 | 弱推荐 |
| 慢性期及功能恢复期肩周炎 | |
| (1) 针灸治疗建议采用毫针刺法或配合电针，以局部取穴为主，配合循经及辨证取穴 | 强推荐 |
| ①风寒湿型肩周炎可采用火针疗法或配合灸法 | 弱推荐 |
| ②气血虚型肩周炎建议配合灸法 | 强推荐 |
| ③瘀滞型肩周炎建议配合刺络拔罐疗法 | 强推荐 |
| ④建议辅以肢体功能锻炼 | 强推荐 |
| (2) 可采用刮痧治疗 | 弱推荐 |

简 介

《循证针灸临床实践指南：肩周炎》（以下简称《指南》）简介如下：

1 本《指南》制定的目标

本《指南》制定的目标是为临床医生提供可选择的、证据可靠的肩周炎针灸治疗方案。

2 本《指南》制定的目的

本《指南》制定的目的是规范肩周炎的针灸治疗方案，提高临床疗效，为临床治疗肩周炎提供可靠证据，确保治疗的安全性和有效性。包括以下三个方面内容：确定肩周炎针灸诊治原则；提出肩周炎针灸推荐方案及相关证据；明确肩周炎针灸治疗操作方法及注意事项。

本《指南》使用时应考虑到各地区的特殊性。

3 本《指南》的适用人群

本《指南》的适用人群主要为执业（助理）医师（包括经规范中医药培训的临床类别医师）、护理人员、患者、医学院校从事中医药教育的老师和学生、中医药科研机构相关人员。

本《指南》应用的目标环境包括国内各级医院针灸科门诊部、住院部，有针灸专业医师的医院科室、社区医院，有针灸专业的大学、学院，各针灸相关的科研及评价机构。

4 本《指南》适用的疾病范围

本《指南》主要适用于西医诊断的狭义肩周炎，即盂肱关节粘连性关节炎（冻结肩）。同时，广义肩周炎中肩周滑囊病变、肌腱及腱鞘退行性变分类下的肱二头肌长头腱炎及腱鞘炎、喙突炎、肩峰下滑囊炎、钙化性肌腱炎等疾病，亦可参考本《指南》。

概 述

1 定义

1.1 西医

肩关节周围炎 (scapulohumeral periarthritis), 简称“肩周炎”, 系因肩关节周围肌腱、腱鞘、滑囊和关节囊等软组织慢性炎症粘连, 限制肩关节活动, 引起肩部疼痛、活动障碍的病症^[1]。因其主要特征为肩活动障碍, 临床中又有“冻结肩” (frozen shoulder)、“粘连性肩周炎” (adhesive periarthritis of shoulder) 之称^[2]。

1.2 中医

肩关节周围炎属于中医“肩痹”的范畴, 因多发生在 50 岁左右, 故称“五十肩”。因体虚、劳损而风寒侵袭肩部, 使经气不利, 以肩部长固定疼痛、活动受限为主要表现的肢体痹病类疾病, 称为肩痹^[3]。中医学根据其发病原因、临床表现和发病年龄等特点而有“漏肩风”“肩凝症”之称^[4]。

2 发病率及人群分布情况

国内外目前尚缺乏大规模普通人群肩周炎流行病学的研究报道。国外初步研究报道, 肩周炎好发于 40 ~ 70 岁的中老年人, 在此年龄段的发病率为 2% ~ 5%, 女性多于男性^[5]。大约 10% 的肩周炎患者在第一次发病的 5 年内, 对侧肩关节也会再次罹患“肩周炎”^[6]。国内文献资料显示, 肩周炎在城市的发病率约占人口总数的 8%^[7], 占肩部疾患的 42%。据统计, 约 2% 的成年人曾发生过肩周炎, 40 ~ 60 岁为多发期, 多发生于左肩, 双肩同时发生者为 5% ~ 8%, 女性患者多于男性^[1]。

临床特点

1 病史^[8,9]

详尽准确的病史是肩周炎鉴别诊断的关键,根据病史分析,有助于进一步恰当地选用一些特殊的检查手段,以协助诊断。

1.1 外伤史

1.1.1 致伤过程

包括了解外力的大小与方向,损伤的部位,损伤时肩关节的位置。

1.1.2 损伤程度

包括伤后是即刻出现疼痛还是晚期才出现,伤后是否能参加工作、做家务或生活自理。

1.1.3 治疗情况

包括使用药物、方法及对治疗的反应。

1.2 疾病特点

1.2.1 疼痛

不同程度的慢性肩痛,突然变为剧烈,多见于冈上肌钙化肌腱炎;肩外侧钝痛,前举及外展动作加重,多见于撞击综合征;肩痛呈现钝痛、刀割样疼痛,夜间加重,并伴各方向的活动受限,多见于粘连性肩关节炎;持续性肩部钝痛,活动过量则加重,多见于骨性关节炎。

1.2.2 年龄

15~35岁,以撞击综合征Ⅰ期、肩关节半脱位、肩关节脱位、肩锁关节损伤及肩部扭伤多见。

35~55岁,以撞击综合征Ⅱ期、粘连性关节囊炎、钙化性肌腱炎多见。

55岁以上,以撞击综合征Ⅰ期和Ⅱ期、肩锁关节炎、胸锁关节炎、骨性关节炎、类风湿性关节炎、粘连性关节炎多见。

1.2.3 全身性疾病

类风湿性关节炎、糖尿病、转移癌可引起粘连性关节炎;一些血清隐形脊柱关节病可累及盂肱关节;甲状腺功能亢进、心血管疾病等可增加罹患粘连性关节炎的风险。

1.3 其他病史

家族史,如血友病性关节炎有遗传倾向。此外,还有职业史、运动史。

2 症状及体征

2.1 症状

慢性起病者开始症状轻微,仅有肩部不适及钝痛,活动增多时疼痛,患者常未特别注意。少数患者可急性发病,疼痛严重,夜间更甚,影响睡眠,甚至惧怕睡眠,不敢患侧卧位。发病1年左右最重,1年半后疼痛减轻^[1],影响日常生活,如穿衣、洗脸、取物、驾车、睡眠等。

肩周炎患者常诉患侧肩部疼痛,以夜间明显,严重者影响睡眠;除肩痛外,患者还诉患肩活动受限,如手不能上举、不能摸后背、不能梳头、不能摸裤后袋、大小便后不能用患侧手料理个人卫生等^[10]。肩周炎的严重程度及各期持续时间,个体间有很大的差异,平均整个病程2~3年,有的较短,有的持续数年^[1]。

2.2 体征

患者自述痛点在臂上部,可感应到手,但无感觉障碍。疼痛严重者,盂肱关节几乎完全不能活动。压痛点广泛,显性压痛点集中在肩胛冈三角肌附着处,隐性压痛点也分布于头颈背部,亦可在肩峰下大结节及结节间沟处、前方的喙突、肩峰下肩袖间隙^[6]触及痛点。有时因并发上肢血液循环障

碍或血管痉挛而出现手部肿胀、发凉，手指活动疼痛不适等。急性期因疼痛而不敢活动，慢性期（冻结期）关节粘连，肩关节主动或被动活动皆受限；肩部外展至一定程度有阻挡感；可见肩胛肌、冈上肌、冈下肌及三角肌萎缩。

3 辅助检查

3.1 肩关节功能检查

门诊检查患者的活动受限程度，可用摸背及摸口两个常用动作判断^[1]。

3.1.1 摸背或摸肩胛试验（hand-to-shoulder blade test）

此为肩内收内旋动作。正常情况下，中指尖可经背后触及对侧肩胛下角。轻度受限时，肘关节仅可屈 90°，中指能过背中线；中度受限时，中指达不到背中线；重度受限时，仅能过同侧腋后线。

3.1.2 摸口试验（mouth-wrap-around test）

正常情况下，在肩外展上举时，中指尖可触及对侧口角。轻度受限时，仅触及对侧耳翼；中度受限时，仅触到顶枕部；重度受限时，达不到顶枕部。

3.2 X 线检查

影像学检查一般无明显异常^[6]。早期阴性，日久可显示肩峰、大结节骨质疏松及囊样变，偶有肩袖钙化。

3.3 肩关节造影

可有关节囊挛缩，关节囊下部皱褶消失。关节腔容量减少至 5~15mL（正常为 20~30mL）。

3.4 关节镜检查

急性期滑膜充血，绒毛肥厚增殖，充填于孟肱下滑膜皱襞间隙，肱二头肌腱被血管翳覆盖。

慢性期孟肱关节容积缩小，囊壁增厚，孟肱下滑膜皱襞闭锁，关节腔内粘连，有纤维条索浮游。

诊断标准

1 西医诊断标准及分期

肩关节周围炎（冻结肩）（ICD-10 编码：M75.017）目前尚无严格统一的诊断标准，其诊断基本参照经典的 Codman 五项标准。

1.1 诊断标准^[1,11,12]

①起病缓慢。

②肩部疼痛（肩关节三角肌止点周围），初起呈阵发性，之后逐渐加重，夜间加重，气候变化或劳累后加重。

③肩关节各个方向主动、被动活动均受限，以外展、上举、内旋、外旋更为明显。

④三角肌、冈上肌等肩周肌肉早期可出现痉挛，晚期可发生失用性肌萎缩，出现肩峰突起、上举不利等典型症状。

⑤X 线检查多为阴性，病程久者可见骨质疏松。

1.2 分期^[1,6,8,9]

根据肩周炎的临床表现，一般可分为三期。

1.2.1 急性期（冻结进行期）

起病急骤，疼痛剧烈，肌肉痉挛，关节活动受限，夜间疼痛加重，难以入眠。压痛范围广泛，喙突、喙肱韧带、肩峰下、冈上肌、肱二头肌长头腱、四边孔等部位均可出现压痛。X 线检查无异常，持续 2~9 个月。

1.2.2 慢性期（冻结期）

疼痛症状相对减轻，但压痛范围仍较为广泛，由于急性期肌肉保护性痉挛造成关节功能受限，可发展到关节挛缩性功能障碍。X 线检查偶见肩峰、大结节骨质疏松及囊样变，持续 4~12 个月。

1.2.3 功能恢复期

疼痛及僵硬逐渐消失，关节功能逐渐恢复至正常，持续 5~12 个月。

1.3 鉴别诊断

1.3.1 肩碰撞综合征

肩碰撞综合征（ICD-10 编码：M75.415）导致的肩痛与本病类似，应注意鉴别。肩碰撞综合征导致肩痛时，患侧肩关节的活动度也有一定程度的降低，而被动活动度常大于主动活动度，且外旋活动多正常。因而，当肩痛病例出现被动外旋活动度明显下降时，应考虑原发性或继发性肩周炎的诊断^[6]。

1.3.2 胸廓出口综合征

胸廓出口综合征（ICD-10 编码：G54.003），是指臂丛神经、锁骨下动静脉在胸廓出口处受到颈肋或痉挛肥厚的前、中斜角肌等的压迫而产生的血管或神经受压引起的症候群。多表现为臂丛神经受压症状：颈、肩臂麻木、疼痛、乏力，尤以尺神经受累为主，常可因肩、上肢抬高而使症状加剧，但麻木、疼痛并不按根性痛分布。有的可表现为锁骨下动脉受压而出现肢体苍白、发冷；有的则表现为锁骨下静脉受压而出现肢体间歇性肿胀，静脉瘀血青紫。Adson 试验阳性，肋锁压迫试验阳性，过度外展试验阳性。X 线检查可排除是否有颈肋、第 7 颈椎横突肥大，是否有锁骨及第 1、2 肋骨畸形^[13]。

1.3.3 肩黏液囊炎

肩峰下滑囊炎属于肩黏液囊炎（ICD-10 编码：M75.515），多为继发于相邻组织的病变，特别是冈上肌腱炎或冈上肌膜断裂后。原发性肩峰下滑囊炎多因急性外伤引起，也可起于积累性劳损，患者多为青年人，肩部疼痛，疼痛部位多在肩峰下，有局限性隆起，有囊性波动感。在三角肌前后缘处

向外突出，在前边加压力，则三角肌后边膨大突出，反之则三角肌前缘膨出。压痛点多在肱骨大结节处，肩关节外展及旋转受限明显。肩周炎多无直接外伤，50岁前后的老年人患病居多，疼痛多在肩肱关节及其周围的软组织，三角肌前后无局限性隆起包块，三角肌前后缘加压，局部无前后膨大突出表现，压痛多在肩肱关节及周围的软组织，肩关节各个方向活动均受限制^[13]。

1.3.4 肱二头肌长头肌腱炎

肱二头肌长头肌腱炎（ICD-10 编码：M75.225）也存在肩部的疼痛，以肩关节外展后伸时痛重为特征，关节外展外旋运动受限，其他方向运动并不受限。肩周炎以肩部局限隐痛为主，肩部上举、外展及旋转活动时疼痛明显加重，以肩关节各方向活动功能障碍为主。肩周炎检查时，局部压痛点在肩峰下滑囊、喙突、肱二头肌长头腱、冈上肌附着点等处，常见肩部广泛压痛而无局限性压痛点；肱二头肌长头肌腱炎检查时，肩前相当于肱骨结节间沟内的肱二头肌腱长头部位局限性深压痛，无其他部位压痛点。肱二头肌长头肌腱炎有特殊的阳性体征，即肱二头肌抗阻力试验阳性，而肩周炎患者一般无此体征。肩周炎有自愈倾向，部分患者可自愈，而肱二头肌长头肌腱炎无此特点^[13]。

2 中医诊断标准及分型

肩关节周围炎又称“肩周炎”，中医学称为“漏肩风”“肩痹”“肩凝症”“五十肩”。

2.1 诊断标准^[14,15]

慢性劳损，外伤筋骨，气血不足，复感风寒湿邪所致。

好发年龄在50岁左右，女性的发病率高于男性，右肩多于左肩，多见于体力劳动者，多为慢性发病。

肩周疼痛，以夜间为甚，常因天气变化及劳累而诱发，肩关节活动功能障碍。

肩部肌肉萎缩，肩前、肩后、外侧均有压痛，外展功能受限明显，出现典型的“扛肩”现象。

X线检查多为阴性，病程久者可见骨质疏松。

注：所谓外展“扛肩”现象，是指肩周炎患者肩关节主动或被动外展时，患侧肩胛骨亦随之向外上方移动，肩部随之高耸，形成“扛肩”现象。多因肩关节周围出现广泛粘连，肩肱关节与肩胸关节之间的运动比例失调，肩关节外展功能受限所致。

2.2 证候分类

2.2.1 病因辨证^[14]

2.2.1.1 风寒湿型

肩部窜痛，遇风寒痛增，得温痛减，畏风恶寒，或肩部有沉重感。舌质淡，苔薄白或腻，脉弦滑或弦紧。

2.2.1.2 瘀滞型

肩部肿胀，疼痛拒按，以夜间为甚。舌质暗或有瘀斑，苔白或薄黄，脉弦或细涩。

2.2.1.3 气血虚型

肩部酸痛，劳累后疼痛加重，伴头晕目眩，气短懒言，心悸失眠，四肢乏力。舌质淡，苔少或白，脉细弱或沉。

2.2.2 经络辨证^[16]

2.2.2.1 手太阴经

疼痛特点：以肩前内侧痛为主，后伸疼痛加重。

2.2.2.2 手阳明经

疼痛特点：以肩前痛为主，外展疼痛加剧。

2.2.2.3 手少阳经

疼痛特点：以肩外侧痛为主，外展疼痛加剧。

2.2.2.4 手太阳经

疼痛特点：以肩后侧痛为主，内收疼痛加剧。

针灸治疗概况

肩关节周围炎简称“肩周炎”，属于中医“肩痹”的范畴，分别于1979年及1996年被WHO列为针灸适宜病种。针灸疗法可显著改善肩周炎患者的肩部疼痛及肩关节功能活动受限^[17,18]，在临床中应用广泛。在古代文献、现代文献中有大量关于针灸治疗肩周炎的报道。

1 现代文献

现代针灸治疗肩周炎，主要根据肩周炎的疾病分期，再结合病因辨证和经络辨证，分别确定不同的针灸治疗方案。

1.1 急性期

以缓解疼痛为主，针灸治疗以远端腧穴运动针法为主，毫针刺法、泻法强刺激为主，可以辅助TDP照射、拔罐等疗法，同时配合选用局部腧穴、阿是穴。治疗特点为取穴少，具有明确的即时止痛效果。

1.2 慢性期及功能恢复期

以纠正肩关节功能活动障碍为主，针灸治疗以病因辨证为主，分为风寒湿型、瘀滞型、气血虚型等证型，可根据不同的中医证型选用不同的腧穴。在此基础上，辅以经络辨证取穴。取穴以局部腧穴为主，配合远端腧穴。针灸治疗方法多采用毫针刺法、电针、火针、灸法、刺络放血、拔罐、耳针、腕踝针、穴位注射、针刀等。对于慢性期及功能恢复期肩周炎患者，针灸治疗可显著改善肩关节功能活动受限，促进肩关节功能恢复。目前尚无综合治疗方法与单纯针灸疗法进行疗效比较的研究报道，同时亦缺乏不同针灸疗法适用特点的相关研究。

2 古代文献

古代文献中记载针灸治疗肩周炎的处方多以单穴为主，与现代文献以多穴为主有较大的不同。古代文献中，选用的腧穴归经以手太阳小肠经和手少阳三焦经为主；用穴类型以局部腧穴居多。在针灸方法的选择上，多用毫针刺法、火针疗法。古代文献中对于针灸治疗肩周炎的记载过于简单，仅提及选用腧穴和刺灸方法，较少涉及辨证分型的相关内容。

3 名医经验

近现代名医经验的记载中，较少涉及肩周炎的分期及经络辨证，治疗选穴多从病因辨证入手。对于疼痛明显者（急性期），针灸取穴多以远端、单穴为主，强调重手法、强刺激，可配合刺络疗法、拔罐疗法、火针疗法；对于功能活动受限明显者（慢性期），针灸取穴以局部腧穴、阿是穴为主，配合远端腧穴，以穴组治疗为主，针灸方法多样。

目前尚无针灸治疗肩周炎的严重临床不良事件报道。

针灸治疗和推荐方案

1 针灸治疗的原则和方法

1.1 治疗原则

针灸治疗肩周炎应分期治疗^[19-21]。急性期（冻结进行期）以缓解疼痛为主，针灸治疗取穴以远端腧穴为主，或远端腧穴配合局部腧穴、阿是穴；慢性期（冻结期）及功能恢复期以纠正肩关节功能活动障碍为主，针灸治疗取穴以局部邻近腧穴、阿是穴为主，配合远端腧穴。

针灸治疗急性期肩周炎，以循经选取远端腧穴为主，强刺激，并配合局部腧穴。

针灸治疗慢性期及功能恢复期肩周炎，应结合病因辨证，分为风寒湿型、瘀滞型、气血虚型，以局部腧穴为主，配合循经及病因辨证取穴。

1.2 选穴处方

1.2.1 急性期

急性期建议选取远端腧穴条口穴透刺，用泻法，强刺激，配合运动针法。

选取远端腧穴条口穴针刺治疗的同时，建议与其他针刺及辅助治疗方案配合使用。

1.2.2 慢性期及功能恢复期

慢性期及功能恢复期建议采用毫针刺法或配合电针，以局部取穴为主，配合循经及辨证取穴。

疼痛以肩前内侧痛为主者，为手太阴经证，建议选取该经局部及邻近腧穴。

疼痛以肩前痛为主者，为手阳明经证，建议选取该经局部及邻近腧穴。

疼痛以肩外侧痛为主者，为手少阳经证，建议选取该经局部及邻近腧穴。

疼痛以肩后痛为主者，为手太阳经证，建议选取该经局部及邻近腧穴。

1.3 刺灸方法

1.3.1 急性期

建议采用毫针刺法、强刺激、泻法治疗，配合运动针法。

在毫针刺法的基础上，建议辅以电针、TDP 照射治疗。

可采用穴位注射疗法。

即刻镇痛可采用耳穴透刺疗法。

1.3.2 慢性期及功能恢复期

建议采用毫针刺法或配合电针，以局部取穴为主，配合循经及辨证取穴。风寒湿型可采用火针疗法或配合灸法；气血虚型建议配合灸法；瘀滞型建议配合刺络拔罐疗法。

可采用刮痧治疗。

建议辅以肢体功能锻炼。

1.4 干预时机

针灸治疗肩周炎应早期介入，能缩短病程，缓解症状，改善患者预后。在急性期，针灸能明显缓解患者的局部疼痛，改善肩关节功能活动^[22-26]；在慢性期及功能恢复期，针灸能促进肩关节功能恢复。

1.5 治疗特点

针灸治疗肩周炎的镇痛作用明显且安全。毫针刺法、电针、经皮穴位电刺激等对疼痛性疾病的治疗在临床中得到广泛应用，其部分机制已得到验证^[27]，得到针灸治疗肩周炎安全有效的结论。

2 主要结局指标

肩周炎疗效评价的关键指标为肩部疼痛评价、肩关节功能活动评价；MRI 检查、生活质量评价

等为次要指标。

2.1 关键结局指标

2.1.1 肩部疼痛评价

肩部疼痛评价指标,可采用视觉模拟评分法(VAS)、简式 McGill 疼痛评分量表(SF-MPQ)、口述分级评分法(VRS)、数字疼痛评分法(NPRS)等,其中VAS、SF-MPQ在临床中应用最为广泛。同时,止痛药物摄入剂量的增减也是较好的辅助评价指标。对于急性期患者,应关注其夜间疼痛改善程度的评价。

2.1.2 肩关节功能活动评价

肩关节功能活动评价指标,可采用Rowe评分法(关节稳定性、关节活动度、疼痛三者的综合评价)、Constant-Murley评分法(疼痛、ADL、ROM、肌力四者的综合评价)、杨树萱肩周炎功能评价方案、美国肩与肘协会评分系统(ASES)、Mallet评分、Gillbert肩关节分级、日本整形外科肩关节疾患治疗成绩判定标准(JOA)等,其中杨树萱肩周炎功能评价方案已进行过本土信度、效度验证,同时也是目前临床中使用频率较高的评价方法。

2.2 次要结局指标

2.2.1 MRI 检查

以肩关节MRI检查作为次要指标,主要用于协助鉴别诊断和临床疗效的判断。

2.2.2 生活质量评价

目前缺少针对肩周炎患者生活质量评价的相关量表,建议可参考WHO通用的生活质量量表进行评价。

2.2.3 卫生经济学评价

根据检索得到的文献,目前尚无针灸治疗肩周炎卫生经济学的分析和描述。

2.2.4 不良反应

在针灸治疗肩周炎的临床报道中,不良反应记录很少,报道事件主要集中在晕针、针刺后血肿等方面^[23]。

3 注意事项

急性期肩周炎针灸治疗时,应配合局部的被动及主动运动,同时医生应密切注意患者的反应,防止出现晕针或其他不良反应。

患肢的运动范围应以患者能耐受的最大幅度为度,循序渐进,避免暴力牵拉而造成组织损伤。

4 患者自我护理

4.1 治疗期间护理

患者于家中需要进行上举高爬、俯身划圈等常规功能锻炼^[12,28]。

注意局部保暖,夏季尽量避免吹空调、风扇,夜间需穿长袖睡衣。

清淡饮食,保持心情舒畅。

4.2 预防和早期发现

初起时肩部疼痛,呈阵发性,多为慢性发作,疼痛逐步加重,日轻夜重,局部畏寒喜温。肩袖间隙处喙肱韧带明显压痛,肩关节被动外旋时疼痛加重,可能是肩周炎早期的特征性表现^[29]。应重视肩周炎的早期临床症状,争取早期发现、早期干预治疗,以缓解疼痛及防止功能受限进一步加重。

5 推荐方案

5.1 急性期(冻结进行期)

5.1.1 毫针刺法

文献证据^[1,24,30-33]表明,毫针刺法有较好的临床疗效。其治疗特点为取穴少,以远端腧穴为主,并根据疼痛部位所属经络配合选取局部、邻近腧穴及阿是穴。其疗效特点为明显缓解肩部疼痛,进而