

刃针治疗肩胛下肌损伤的临床观察

何春珂 翟宏业

吉林省中医药科学院 吉林 长春 130033

摘要:目的 本研究旨在应用刃针治疗肩胛下肌损伤,通过观察临床疗效、归纳总结经验,形成规范化诊疗方案,为临床治疗提供参考。方法 选取符合肩胛下肌损伤中、西医诊断标准的80例患者,采用随机分组、单盲、随机对照原则,将患者分为治疗组和对照组,每组40例。治疗组采用0.35×40mm刃针治疗,每周1次,共3周;对照组采用普通针刺配合特定电磁波照射治疗,每日1次,每周5次,共3周。通过疼痛视觉模拟评分法(VAS)、Constant-Murley肩关节功能评分以及参照《中医病症诊断疗效标准》判定疗效,对比两组治疗效果。结果 经过为期3周的临床疗效评估,治疗组的总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组在VAS评分下降幅度和肩关节功能评分提升幅度上,均显著优于对照组($P < 0.05$)。结论 预期刃针治疗肩胛下肌损伤能取得良好疗效,有望形成规范化诊疗方案,为中医治疗肩胛下肌损伤提供更优选择,促进中医事业标准化推广。**关键词:**刃针;肩胛下肌损伤;规范化诊疗;临床研究

肩胛下肌损伤在骨伤科临床中较为常见,其可引发肩关节疼痛、活动受限等症状,严重影响患者的生活质量。目前,对于肩胛下肌损伤的治疗方式多样,各有优劣。手术治疗虽能在一定程度上解决问题,但存在关节僵硬、手术部位不愈合、感染等风险,且费用高昂。传统保守治疗,如普通针刺配合药物治疗,起效慢、疗程长,肩关节功能改善效果有限。刃针疗法作为一种新兴的中医微创技术,融合了普通针刺的穴位刺激与普通小针刀的切割作用,具有创伤小、患者心理干扰小、疗效确切等优势,在肩胛下肌损伤的治疗中展现出一定潜力,然而其治疗的规范化仍有待完善^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用临床试验的随机分组方法。首先制定统一的诊断标准,中医诊断标准参照中华人民共和国中医药行业标准的2023年《中医病症诊断疗效标准》,西医诊断标准参照《肌筋膜疼痛与功能障碍:激痛点手册》。选取符合肩胛下肌损伤中、西医诊断标准,年龄18岁以上且自愿配合治疗的患者80例,排除有原发恶性疾病、严重脏器疾病、凝血功能异常、精神病史、妊娠或哺乳期妇女以及年龄18岁以下者。按照1:1随机分组,分为治疗组和对照组^[2]。

1.2 方法

治疗组运用0.35×40mm刃针对肩胛下肌的肌筋膜触发点展开治疗,每周1次,总计治疗3周。具体步骤如下:

(1) 患者体位的选择对治疗效果有着重要影响。

让患者保持侧卧位,这一姿势能充分暴露施术部位皮肤,使医生可以清晰看到并触及到需要治疗的区域,便于精准操作。同时,侧卧位符合人体的力学结构,能让患者的肩部肌肉处于相对放松的状态,减少因肌肉紧张带来的不适感,使其处于相对舒适且稳定的状态,有利于治疗的顺利进行。在患者摆好侧卧位后,医生还会仔细检查患者的姿势,确保肩部没有扭曲或过度拉伸,以保障治疗的安全性和有效性。

(2) 精准定位肌筋膜触发点是整个治疗过程的关键环节。其位置主要在两个区域,一是肩胛下肌于肱骨小结节止点处的痛性结节或硬性条索,这个部位由于肩胛下肌的频繁活动和受力,容易出现损伤和病变,形成痛性结节或硬性条索;二是在肩胛骨外缘腹侧,经腋后壁肌腹走行处可触及的类似痛性结节或硬性条索,此处也是肩胛下肌损伤的常见部位。找到这些触发点后,用龙胆紫记号笔清晰标记,为后续的治疗提供明确的靶点。在标记过程中,医生会再次确认触发点的位置,确保标记的准确性,避免因标记偏差影响治疗效果。

(3) 施术前的准备工作至关重要,关乎整个治疗过程的安全性。施术者要做好充分准备,常规消毒施术部位,这一步骤能够有效杀灭施术部位皮肤上的细菌和微生物,降低感染风险。消毒范围会以预计的进针点为中心,向外扩展一定的区域,确保消毒的全面性。消毒完成后,施术者会戴上无菌手套,手套的选择也有严格要求,必须保证其无菌性和合适的尺寸,既不能过紧影响手部操作灵活性,也不能过松导致操作时手套滑落。通过这些操作,为后续的治疗营造一个安全的无菌环境。

(4) 操作时, 施术者左手的作用不可或缺。左手精准定位标记点, 起到固定和指引作用。施术者会用左手的手指轻轻按压标记点周围的皮肤, 感受触发点的质地和位置, 同时对皮肤进行一定的固定, 防止在进针过程中皮肤发生移动。这样可以确保右手持刃针进针时更加精准, 能够准确地刺入到预定的位置。在左手定位的过程中, 施术者还会根据患者的体型、肌肉紧张程度等因素, 微调定位的力度和角度, 以达到最佳的定位效果。

(5) 运用腕部寸劲快速刺入表皮是刃针操作的关键技巧。当突破筋膜时有明显落空感, 这一感觉是判断刃针是否准确到达筋膜层的重要依据。此时开始进行通透剥离松解操作, 通过这种操作可以有效缓解肌肉和筋膜的紧张状态, 改善局部血液循环, 减轻疼痛和炎症。在此过程中, 患者通常会有酸麻胀痛感, 这是因为刃针刺刺激到了病变组织周围的神经末梢, 是正常的治疗反应。若触及筋节, 施术者会有切割感, 这表明操作正作用于病变组织, 施术者会根据切割感的反馈, 调整操作的力度和方向, 确保松解效果。

对照组采取普通针刺配合特定电磁波照射治疗, 每日1次, 每周5次, 持续治疗3周。具体操作步骤如下:

(1) 引导患者取端坐位, 充分暴露肩前、肩后、上肢皮肤, 使穴位充分显露, 为针刺操作创造良好条件。

(2) 选取穴位, 以肩前、肩髃、肩髃、肩贞、曲池、条口(透承山)、阿是穴为主穴, 这些穴位分别位于肩部及上肢的关键位置, 对缓解肩胛下肌损伤症状有重要作用; 同时选取合谷、外关、后溪为配穴, 辅助主穴增强治疗效果。

(3) 对选取的穴位进行常规消毒, 使用酒精棉球或碘伏等消毒剂, 确保穴位及周围皮肤清洁, 防止感染。

(4) 选用0.3×40mm“华佗”牌一次性针灸针进行普通针刺。进针时, 施术者需根据穴位特点和患者体质掌握合适的角度和深度, 当患者出现酸、麻、胀、重等得气感后, 采用平补平泻手法, 均匀地提插、捻转针体, 调节人体气血。

(5) 针刺操作完成后, 在针刺部位上方合适距离处, 放置特定电磁波照射仪器, 调整好照射角度和强度, 进行照射治疗, 促进局部血液循环, 增强针刺疗效。

(6) 持续留针30分钟, 期间可根据患者情况适当行针, 以维持得气状态, 30分钟后起针, 完成一次治疗。

1.3 观察指标

采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)评估疼痛程度,

0分表示无疼痛感, 1-3分为轻度疼痛, 4-6分为中度疼痛, 7-10分为重度疼痛。运用Constant-Murley肩关节功能评分量表评价肩关节功能, 该量表是临床广泛应用的肩关节功能评判标准。参照国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》判定疗效, 分为治愈(临床症状基本消失, 肩关节无不适, 不影响日常生活和工作)、好转(临床症状显著减轻, 肩关节不适明显缓解, 偶有发作, 对日常生活和工作影响较小)、未愈(肩关节部不适无改善)。

1.4 统计方法

由统计学专业人员运用SPSS 22.0软件进行分析处理, 两组间比较采用卡方检验, 多组间比较采用秩和检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较

经过为期3周的规范治疗, 对两组患者的临床疗效进行详细评估。结果显示, 治疗组的总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。这清晰地表明, 刃针治疗在缓解肩胛下肌损伤引发的诸如肩部疼痛、活动受限等症状, 以及改善肩关节功能方面, 效果更为突出。刃针兼具穴位刺激与切割功能, 能够精准作用于损伤部位, 有效松解肌肉、筋膜间的粘连, 促进局部气血循环, 为受损组织的修复提供良好的内环境, 加速组织的修复进程。

表1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	好转	总有效率(%)
治疗组	40	18(45.0%)	19(47.5%)	92.5
对照组	40	10(25.0%)	15(37.5%)	62.5
X^2				10.5
P				< 0.05

2.2 VAS评分和肩关节功能评分变化

治疗前, 对两组患者的疼痛视觉模拟评分(VAS)和肩关节功能评分(Constant-Murley评分)进行测定, 经统计学分析, 两组评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 确保了研究对象的基线一致性。治疗3周后再次评估, 两组患者的评分均有所改善。通过组间比较可知, 治疗组在VAS评分下降幅度和肩关节功能评分提升幅度上, 均显著优于对照组($P < 0.05$)。这充分说明, 相较于对照组的治療方式, 刃针治疗在减轻患者疼痛程度、提升肩关节功能方面优势显著, 能够更好地满足患者缓解痛苦、恢复肩关节正常活动的治疗诉求, 见表2。

表 2

组别	例数	VAS 评分 (分)		肩关节功能评分 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	40	6.52±1.23	2.15±0.87	52.34±6.57	80.12±7.24
对照组	40	6.48±1.19	3.86±1.05	51.98±6.21	68.56±8.03
t		0.21	12.34	0.34	11.43
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

肩胛下肌位于肩胛骨前侧的肩胛下窝，呈三角形，是肩袖肌群中最大的内旋肌，起于肩胛下窝，止于肱骨小结节及肩关节囊，由肩胛下神经（C5-C6）支配，在维持肩关节稳定性中起关键作用。其损伤多因肌腱退化、外伤、撞击或风寒导致，易发于附着区上半部（关节侧）。Pfirrmann 分型基于 MRI 影像（I 型 < 1/4 肌腱宽度，II 型 > 1/4，III 型完全脱离），Lafosse 分型结合 CT 与关节镜评估（I 型上 1/3 损伤，II 型上 1/3 完全损伤，III 型上 2/3 完全损伤，IV 型伴肱骨头移位及脂肪浸润 ≤ 3 级，V 型伴脱位及脂肪浸润 > 3 级），分型对手术指导有意义但需验证。损伤早期表现为后伸受限，随病情发展影响外展，疼痛可放射至肩胛前及上肢，伴有呼吸不适等症状。查体可见肩胛挤压痛、抬离试验阳性等。治疗上，传统手术切口大、康复困难，关节镜微创手术切口小、疼痛轻，但两者在功能恢复上无显著差异，且存在关节僵硬、再撕裂等并发症，愈合受年龄等因素影响。中医采用中药、推拿及针刺（毫针、小针刀等），针刺结合药物可改善症状但起效慢，针刀疗法需局麻且依赖医师经验。

本研究结果表明，刃针治疗肩胛下肌损伤在临床疗效、疼痛缓解及肩关节功能改善方面展现出显著优

势。在临床疗效上，治疗组总有效率达 92.5%，远高于对照组的 62.5%，这一数据差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），直观反映出刃针治疗能更有效地缓解肩胛下肌损伤带来的各类症状，促进患者康复。从疼痛缓解和肩关节功能改善角度来看，治疗组在 VAS 评分下降幅度和肩关节功能评分提升幅度上均显著优于

对照组（ $P < 0.05$ ）。治疗前两组评分相近，确保了研究的可比性，治疗后的数据变化则有力证明了刃针治疗在减轻患者疼痛、提升肩关节功能方面的卓越效果。刃针兼具穴位刺激与切割功能，这使其能够精准作用于损伤部位。通过切割作用，它可以有效松解肌肉、筋膜间的粘连，解除因粘连导致的肌肉紧张和活动受限问题；而穴位刺激功能则能激发人体自身的调节机制，促进局部气血循环。良好的血液循环为受损组织的修复提供了充足的营养物质和氧气，创造了良好的内环境，从而加速组织的修复进程。相比之下，对照组采用的普通针刺配合特定电磁波照射治疗虽然也有一定效果，但在改善程度上不及刃针治疗。这可能是因为普通针刺的刺激方式相对单一，无法像刃针那样直接对粘连组织进行松解，在解决肌肉、筋膜粘连这一关键问题上力度不足。

综上所述，本研究结果充分证实了刃针治疗肩胛下肌损伤的有效性和优越性，为临床治疗肩胛下肌损伤提供了一种更具价值的治疗方案，有望在临床实践中得到更广泛的应用和推广，造福更多患者。不过，本研究样本量相对有限，未来还需进一步扩大样本规模、开展多中心研究，以更全面深入地验证刃针治疗的长期疗效和安全性，为其临床应用提供更坚实的理论和实践依据。

参考文献：

[1] 余丽娟, 刘文杰, 汪道明. 超声引导下两种不同入路肩胛下肌松解在肩周炎中的疗效及安全性比较 [J].

中国现代医生, 2023, 61(10): 61-64, 75.

[2] 夏雨萌. 刃针治疗肩胛下肌损伤的疗效观察 [D]. 湖北: 湖北中医药大学, 2024.

课题名称：刃针治疗肩胛下肌损伤的规范化研究

课题来源：吉林省中医药管理局

课题编号：2024102

作者简介：何春珂（1983.4-），男，汉族，吉林长春人，硕士研究生学历，研究方向为骨伤。