针刺联合首尾穴治疗肩痹的疗效观察

马 涛 徐 盛 张啟航 杨碧云 刘梦欣

宣城中医院针灸康复科 安徽 宣城 242000

【摘 要】：目的：分析首尾取穴针刺方案用于肩痹病例的干预效果。方法：收集 2024 年 5 月—2025 年 11 月于宣城中医院针灸康复科就诊的 86 例肩痹病例，借助随机数字表法划分为两组，均 43 例。对照组施以局部腧穴常规针刺干预，观察组在常规针刺干预前提下联合经络首尾穴腧穴刺疗。每日 1 回，每周 6d，每 12 次作为 1 个疗期，共开展 2 个疗期的干预。比对两组施治前后视觉模拟评分(VAS)、肩关节 Melle 功能积分、日常活动能力（ADL）评分及临床总有效率。结果：治疗后，两组全部测评指标相较施治前均显著好转，观察组 VAS、Melle 评分低于对照组，ADL 评分、临床总有效占比优于对照组（P＜0.05）。结论：针刺联合首尾穴治疗肩痹效果确切，可减轻肩痛、改善关节活动、提升生活质量，适合临床推广。

【关键词】：肩痹；首尾穴；针刺疗法；肩关节功能

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.027

Observation of the Therapeutic Effect of Acupuncture Combined with Shouwei Points in Treating Shoulder Bi Syndrome

Ma Tao Xu Sheng Zhang Qi hang Yang Bi yun Liu Meng xin

Department of Acupuncture and Rehabilitation Xuancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine (Xuancheng Anhui) 242000

Abstract：Objective：To analyze the intervention effect of acupuncture with head-tail acupoint selection on patients with shoulder bi syndrome.Methods:A total of 86 patients with shoulder bi syndrome treated in the Department of Acupuncture and Rehabilitation,Xuancheng Hospital of Traditional Chinese Medicine from May 2024 to November 2025 were enrolled and divided into two groups by the random number table method,with 43 cases in each group.The control group received conventional acupuncture at local acupoints,while the observation group was treated with acupuncture at head-tail acupoints of meridians on the basis of conventional acupuncture.The treatment was performed once daily,six days a week,with 12 sessions as one treatment course,and two courses of intervention in total.Visual Analogue Scale(VAS),Melle shoulder joint function score,Activity of Daily Living(ADL)score and overall clinical effective rate were compared between the two groups before and after treatment.Results:After intervention,all indicators in both groups were significantly improved compared with baseline.The observation group obtained lower VAS and Melle scores,as well as higher ADL scores and overall clinical effective rate than the control group(P<0.05).Conclusion:Acupuncture combined with the first and last acupoints is effective in treating shoulder periarthritis,effectively reducing shoulder pain,improving joint mobility,and enhancing quality of life,making it suitable for clinical application and promotion.

Keywords：Shoulder periarthritis；First and last acupoints；Acupuncture therapy；Shoulder joint function

引言

肩痹是针灸康复科常见筋脉痹阻类疾患，对应现代医学肩周炎、肩袖损伤、肩峰撞击等肩部病变，以肩部持续性疼痛、肩关节活动受限为主要表现。本病多见于 40～60 岁中老年人，伏案久坐等不良习惯使发病日趋年轻化，病情易反复，久则筋肉粘连、肌肉萎缩，降低患者生活质量[1]。

中医认为本病病机为正气亏虚、外感寒湿、劳损瘀阻，气血筋脉失养、经络痹阻。常规局部针刺仅着眼肩部痛点，短期止痛尚可，但难以疏通整条经络，慢性肩痹整体疗效有限，复发风险偏高[2-3]。首尾穴取穴法选取经脉起止穴，贯通整条经络，激发经气、疏通气血，兼顾标本[4-5]。针灸还能改善局部微循环，促进炎症吸收，松解肌肉粘连[6]。本研究对比观察常规针刺联合首尾穴疗法治疗肩痹的临床效果与肩关节功能改善情况。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2024 年 5 月—2025 年 11 月宣城中医院针灸康复科收治的 86 例肩痹就诊病例，借助随机数字表法分派为对照组与观察组，均 43 例。对照组男 20 名，女 23 名；年纪 38～65 岁，均值（51.26±6.35）岁；病程 1～18 个月，平均（9.52±2.16）个月；单侧发病 39 例，双侧发病 4 例。观察组男 19 例，女 24 例；年龄 36～66 岁，平均（50.84±6.52）岁；病程 1.5～19 个月，平均（9.86±2.31）个月；单侧发病 38 例，双侧发病 5 例。

两组受试者男女、年纪、病程、病变部位等资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05）。本研究获本院医学伦理委员会核

准，所有受试者知情知晓研究内容，自愿入组并签署知情同意文书。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

参照十三五《针灸学》教材及相关文献[7]制定：①肩周酸痛，夜间加重，劳累、天气变化可诱发，肩周压痛；②肩关节主动、被动活动明显受限，疼痛可放射至颈、上肢；③病程久可出现肩周肌肉萎缩，早期以疼痛为主，后期以关节活动受限为特征。

1.2.2 现代医学确诊准则

依据《临床诊疗指南·疼痛学分册》[8]制定：①肩部弥漫性疼痛，夜间及活动后加重，可向颈臂放射；②肩关节多方向活动障碍；③肩峰、肱骨大结节等处压痛，伴肌肉痉挛或萎缩；④无肩部外伤、手术史。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医肩痹诊断标准；②VAS评分≥4分；③年龄38～65岁；④肩部无外伤、手术史；⑤近1个月未接受相关治疗；⑥签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并肩部器质性病变、风湿、痛风性关节炎；②凝血异常，严重心肝肾疾病、精神疾患；③妊娠、哺乳期女性；④存在针刺禁忌；⑤依从性差，不能完成全程治疗。

1.5 治疗方法

两组患者治疗期间均嘱避风寒、避免肩部过度负重、纠正不良姿势，配合适度肩关节功能锻炼，禁止使用其他对症治疗药物及疗法。

1.5.1 对照组

采用常规局部针刺。取肩髃、肩髎、肩贞、天宗、阿是穴，常规消毒，0.25mm×40mm毫针进针，平补平泻，得气后留针30min。每日1次，每周6次，12次为1疗程，共治疗2疗程。

1.5.2 观察组

观察组

在对照组基础上加用经络首尾穴针刺，根据疼痛部位归经取穴：

①手太阴肺经：中府、少商；②手阳明大肠经：商阳、迎香；③手少阳三焦经：关冲、丝竹空；④手太阳小肠经：少泽、听宫。首尾穴先行快速轻刺激、小幅捻转，嘱患者活动患肩；井穴采用0.18mm×13mm毫针浅刺2mm减轻痛感。所有穴位同步留针30min，疗程同对照组。

1.6 观察指标

①疼痛程度：借助视觉模拟测评法（VAS）测评，计分范围0～10分，0分示无痛，10分代表剧痛，测评分值越高，痛感越显著；

②肩关节功能：采用Melle肩关节功能评分，包含外展、外旋、内旋、后伸4项，总分0～15分，分值越高肩关节功能障碍越严重；

③日常生活能力：采用ADL评分评估患者穿衣、梳头、抬臂、负重等日常活动能力，总分0～100分，分值越高生活能力越好；

④临床疗效：根据患者症状、体征改善情况制定疗效标准；

1.7 疗效判定标准

治愈：肩痛完全消失，活动正常，可正常劳作，无复发；

显效：肩痛基本消失，活动明显好转，仅过度活动后轻微酸胀，不影响日常生活；

有效：肩部疼痛减轻，肩关节活动轻度改善，仍存在轻度活动受限；

无效：疼痛、肩关节活动受限症状无减轻甚至加重。

临床总获益率＝（痊愈病例＋显效病例＋有效病例）÷纳入总病例数×100%

1.8 统计学处理

依托SPSS 25.0统计分析软件，计量资料以均值±标准差（$\bar{x}\pm s$）表征，组间差异经方差分析予以判定；计数资料以百分构成比（%）呈现，比较用χ^2检验。P＜0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组施治前后VAS、Melle、ADL测评指标比较

施治前两组VAS、Melle、ADL测评分值不存在统计学差异（P＞0.05）；施治后两组VAS、Melle分值明显回落，ADL分值提升，观察组指标改善幅度优于对照组（P＜0.05），如表1。

表1 两组治疗前后各项评分对比（$\bar{x}\pm s$，分）

分组	数量	时间	VAS评分	Melle评分	ADL评分
对照组	43	治疗前	6.85±1.24	10.36±2.15	52.36±8.52
对照组	43	治疗后	3.26±0.85[#]	6.12±1.34[#]	76.52±7.36[#]
观察	43	治疗	6.92±1.18	10.42±2.08	51.89±8.65

组		前			
观察组	43	治疗后	1.58±0.62^{#*}	3.85±1.06^{#*}	89.65±6.84^{#*}

（注：续表 1）

注：与本组治疗前对比，[#]P＜0.05；相较对照组施治后检测结果，[*]P＜0.05。

2.2 两组临床总获益情况比对

综合施治结局方面，观察组的获益程度更占优势（P＜0.05）。见表 2。

表 2 两组临床施治结局比对[n（%）]

分组	数量	痊愈	效佳	好转	未改善	综合获益占比
对照组	43	12（27.91）	16（37.21）	7（16.28）	8（18.60）	35（81.40）
观察组	43	21（48.84）	15（34.88）	5（11.63）	2（4.65）	41（95.35）[*]

注：与对照组对比，[*]P＜0.05。

3 讨论

肩痹归属于中医痹证、肩凝症范畴，《素问·痹论》记载风寒湿邪相合发为痹。本病多因年老肝肾亏虚、气血不足，叠加外感寒湿、长期劳损或旧伤迁延，造成手太阴肺经及手三阳经气血瘀滞、筋脉失养，引发肩痛、关节僵硬拘挛。肩部前后外侧均由上述四条经脉循行所过，单纯局部取穴仅能改善病灶区域气血，难以清除整条经络深部瘀滞，这也是常规针刺疗效有限、病症容易复发的主要原因。

首尾穴取穴法属于循经特色取穴，秉承“经络所过，主治所及”理论，选取病变经脉的起始、终止穴位配伍，贯通整条经络气机，疏通瘀滞，起到通络止痛、滑利关节的作用。已有研究证实首尾穴针刺镇痛效果确切。本研究依据疼痛位置辨证归经：手太阴肺经首尾穴主治肩前痛、后伸受限；手阳明经针对肩前外侧疼痛、外展障碍；手少阳经改善肩外侧不适；手太阳经缓解肩后侧僵硬、内收受限。

本研究结果提示，联合首尾穴针刺的观察组疼痛、关节功能改善情况与总有效率均优于对照组。常规局部针刺可松解痉挛、减轻炎性水肿；搭配首尾穴则能从经脉源头调畅气血，兼顾治标止痛与固本扶正，减少复发。

4 结论

针刺联合首尾穴治疗肩痹，基于经络理论，兼顾局部祛邪、整体调衡，可缓解肩痛、松解粘连，改善肩关节活动，提升生活能力，疗效确切，临床价值较高。

参考文献：

[1] 范程欣,王松阳,张译丹,等.基于经络辨证的首尾取穴法联合冲击波治疗对肩关节周围炎患者肩关节功能的影响[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(18):89-91.

[2] 林增如,李燕燕.中医针灸治疗肩关节周围炎的研究进展[J].光明中医,2023,38(15):3021-3024.

[3] 徐昭,吴聪英,张福侠等.针刺首尾穴治疗肱骨外上髁炎临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(11):122-124.

[4] 周明,李娟.针刺循经取穴治疗肩痹的机制研究进展[J].中医药导报,2024,30(05):112-115.

[5] 针王艳,陈刚.循经首尾针刺法治疗慢性软组织痹痛疗效观察[J].实用中医药杂志,2023,39(09):1562-1563.

[6] 黄玉栋,刘航涛,郑雪峰,等.电针联合推拿治疗原发性肩周炎的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(19):25-28.

[7] 中华医学会编著.临床诊疗指南疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社.2007:102-109.

[8] 中华中医药学会.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,2020,54(03):5-8.