

## 南少林理筋手法联合肩关节练功法治疗肩周炎 30 例

陈彦琪<sup>1</sup>, 连晓文<sup>2</sup>, 蔡树河<sup>2</sup>, 王和鸣<sup>3</sup>, 詹正烜<sup>2,3\*</sup>

(1. 福建中医药大学针灸推拿学院, 福建 福州 350122;

2. 福建中医药大学附属康复医院, 福建 福州 350003;

3. 中医骨伤及运动康复教育部重点实验室, 福建 福州 350003)

**摘要:** 目的 探讨南少林理筋手法联合肩关节练功法治疗肩周炎的临床疗效。方法 选取 2024 年 6 月—2025 年 7 月福建中医药大学附属康复医院门诊及病房收治的肩周炎患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组和试验组各 30 例。对照组采用肩关节练功法治疗, 试验组在对照组的基础上联合南少林理筋手法治疗。2 组治疗均 1 次/d, 连续治疗 5 d 后休息 1 d, 共治疗 10 次。治疗前后采用肩关节 Constant-Murley 评分(CMS)评估患侧肩关节功能, 采用肌骨超声量化技术检测相关肌腱及韧带厚度, 比较 2 组疗效和不良反应。结果 与治疗前比较, 2 组治疗后肩关节 CMS 评分均升高( $P < 0.05$ ), 肩胛下肌腱、喙肩韧带、冈上肌腱、冈下肌腱及小圆肌腱厚度均降低( $P < 0.05$ )。与对照组比较, 治疗后试验组肩关节 CMS 评分较高( $P < 0.05$ ), 肩胛下肌腱、喙肩韧带、冈上肌腱、冈下肌腱及小圆肌腱厚度均较低( $P < 0.05$ )。试验组整体疗效优于对照组( $P < 0.05$ )。2 组患者均未出现不良反应。结论 南少林理筋手法联合肩关节练功法能改善肩周炎患者肩关节周围肌腱和韧带增生, 促进其肩关节功能恢复。

**关键词:** 肩周炎; 南少林理筋手法; 肩关节练功法; 肌骨超声; 肌腱; 韧带

肩关节周围炎简称肩周炎, 是临床常见单侧发病的肩关节疾病, 好发于 50 岁以上的中老年人<sup>[1]</sup>。其核心病理为肩部无菌性炎症引发关节囊纤维化增厚, 与滑膜、韧带、肌腱等软组织广泛粘连, 最终导致肩关节活动疼痛及功能障碍<sup>[2]</sup>。肩关节练功法是肩周炎临床常用治疗手段, 虽能通过主动运动改善关节活动度, 但受限于患者耐受程度, 对粘连组织的直接松解作用有限<sup>[3]</sup>。南少林理筋手法通过点穴、拨络、扳旋、牵抖等多种手法相互配合, 达到舒筋活络、活血化瘀、松解粘连的作用, 课题组前期运用南少林理筋手法联合其他疗法治疗肩周炎临床疗效显著<sup>[4]</sup>。

肌骨超声作为肌肉骨骼系统软组织影像学检查技术, 具有定位精准、直观显示软组织形态学特征的优势, 在表浅肌骨疾病诊断及疗效评估中应用广泛<sup>[5]</sup>。本研究进一步采用肌骨超声量化技术评价南少林理筋手法治疗肩周炎的临床疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 西医诊断标准** 参照中华医学会《实用骨科学》<sup>[6]</sup>中关于肩周炎的诊断标准。

**1.2 纳入标准** ① 40~65 岁; ② 病程 > 3 个月; ③ 单侧发病; ④ MRI 检查显示关节退行性改变和/或关节囊内积液。⑤ 自愿参加研究并签署知情同

意书。

**1.3 排除标准** ① 合并严重心脑血管、肝肾等原发性疾病者; ② 患有精神疾病者; ③ 妊娠或哺乳期妇女; ④ 重度骨质疏松者。

**1.4 一般资料** 选取 2024 年 6 月—2025 年 7 月福建中医药大学附属康复医院门诊及病房收治的肩周炎患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组和试验组各 30 例。2 组患者性别、年龄、病程和患侧比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性, 见表 1。本研究已通过福建中医药大学附属康复医院医学伦理委员会批准(审批号: 2024KY-034-01)。

表 1 2 组一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	性别		年龄/岁	病程/月	患侧	
		男	女			左	右
对照组	30	14	16	53.03±7.77	9.53±2.41	14	16
试验组	30	16	14	56.10±6.27	9.66±2.78	13	17

### 2 方法

#### 2.1 治疗方法

**2.1.1 对照组** 采用肩关节练功法治疗, 选取《南少林理筋整脊手法图谱》<sup>[7]</sup>中的顺水推舟、内外运旋、叉手托天、蝎子爬墙、弓步云手、白马分鬃 6 式动作, 每式锻炼 5 min。1 次/d, 连续练功 5 d 后休息 1 d, 共练功 10 次。

**2.1.2 试验组** 在对照组的基础上联合南少林理筋手法<sup>[8]</sup>治疗, 每种手法实施 5 min。① 肩部点穴法: 患者坐位, 医者点按天宗、肩髃、肩贞、肩髃、肩井等穴, 以酸胀为度; 在肩部周围配合运用揉法, 并

收稿日期: 2025-07-27; 接受日期: 2025-10-22

基金项目: 福建省中西医结合慢性筋骨病临床医学研究中心(2022Y2010); 中医骨伤及运动康复教育部重点实验室开放基金项目(XGS2022005)

通信作者: 詹正烜, E-mail: 287355834@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtcm.2025.12015

拿揉肩部周围肌肉。② 肩部拨络法:患者坐位,医者用拇指指端用力,深按于患者肩关节周围的经络、肌肉、肌腱上,做状如弹拨琴弦样的往返拨动。③ 肩部扳旋+摇法:患者坐位,医者用双手做相反或同一方向扳动,使肩关节伸展或旋转。接着,医者一手扶肩关节,另一手握住肘关节,做顺时针或逆时针方向摇转。④ 肩部牵抖法:患者坐位,医者用手握住患者患肢远端,先轻轻牵拉或提起,然后沿单一方向,稍用力做小幅度、波浪形的上下抖动。先行南少林理筋手法治疗,患者休息 15 min 后再行肩关节练功法,具体方法同对照组。1 次/d,连续治疗 5 d 后休息 1 d,共治疗 10 次。

## 2.2 观察指标

**2.2.1 肩关节功能评分** 治疗前后采用肩关节 Constant-Murley 评分(CMS)<sup>[9]</sup>评估患侧肩关节功能。包括疼痛程度、日常生活能力、肩关节活动度和肌力 4 个方面,总分 100 分,分数越高表示肩关节功能越好。

**2.2.2 肩关节相关肌腱及韧带厚度** 治疗前后采用 YouKey 超声机(武汉启佑生物医疗电子有限公司,型号:1000AA803)及配套 8~15 MHz 线阵超声探头,参照欧洲肌肉骨骼放射学会超声小组委员会和中国医师协会超声医师分会颁布的肌骨超声检查规范<sup>[10-11]</sup>进行肩部肌骨超声检查。由具有高级职称的超声科医师进行操作,对肩胛下肌腱、喙肩韧带、冈上肌腱、冈下肌腱及小圆肌腱进行长轴(矢状面)成像,测量肌腱厚度。检查方法:测量肩胛下肌腱及喙肩韧带时,嘱患者取坐位,患侧上肢肘部弯曲 90°,将其患侧上臂内侧紧贴胸壁,其患侧前臂向外伸展,探头垂直于检查部位沿其长轴切面上下扫查至稳定成像;测量冈上肌腱时,嘱患者取坐位,将其患侧手掌向后伸,手掌置于髂嵴上缘,肘关节

屈曲向后指向正中线,将探头沿冈上肌肌肉走行平行的方向扫至冈上肌腱至稳定成像;测量冈下肌腱及小圆肌腱时,嘱患者取坐位,将患侧手掌放于健侧肩部,将探头放置于肩胛冈下方,平行肩胛冈上下平扫至稳定成像。

**2.2.3 临床疗效** 依据《中药新药临床指导原则(试行)》<sup>[12]</sup>进行疗效判定,分为痊愈、显效、有效、无效 4 个等级。

**2.2.4 安全性观察** 治疗过程中监测患者体温、呼吸、心率和血压等生命体征,观察不良反应发生情况。

**2.3 统计学方法** 采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用两独立样本 *t* 检验;不符合正态分布的以  $M(P_{25}, P_{75})$  表示,组内比较采用配对秩和检验,组间比较采用两独立样本秩和检验。计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验,等级资料组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 2 组治疗前后肩关节 CMS 评分比较 见表 2。

组别	例数	时间	肩关节 CMS 评分
对照组	30	治疗前	46.50(41.00, 51.25)
		治疗后	60.00(48.75, 79.50) <sup>1)</sup>
试验组	30	治疗前	47.50(42.75, 53.00)
		治疗后	78.50(60.50, 85.25) <sup>1)2)</sup>

注:与治疗前比较,1)  $P < 0.05$ ;与对照组比较,2)  $P < 0.05$ 。

### 3.2 2 组治疗前后肩关节相关肌腱及韧带厚度比较 见表 3。

表 3 2 组治疗前后肩关节相关肌腱及韧带厚度比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	肩胛下肌腱	喙肩韧带	冈上肌腱	冈下肌腱	小圆肌腱
对照组	30	治疗前	4.83 ± 0.29	1.43 ± 0.44	5.95 ± 0.37	4.56 ± 0.28	3.65 ± 0.23
		治疗后	4.52 ± 0.13 <sup>1)</sup>	1.26 ± 0.31 <sup>1)</sup>	5.50 ± 0.37 <sup>1)</sup>	4.25 ± 0.28 <sup>1)</sup>	3.39 ± 0.22 <sup>1)</sup>
试验组	30	治疗前	4.86 ± 0.30	1.32 ± 0.46	5.99 ± 0.28	4.52 ± 0.24	3.60 ± 0.21
		治疗后	4.32 ± 0.12 <sup>1)2)</sup>	0.96 ± 0.28 <sup>1)2)</sup>	5.10 ± 0.55 <sup>1)2)</sup>	4.00 ± 0.34 <sup>1)2)</sup>	3.15 ± 0.28 <sup>1)2)</sup>

注:与治疗前比较,1)  $P < 0.05$ ;与对照组比较,2)  $P < 0.05$ 。

### 3.3 2 组疗效比较 试验组整体疗效优于对照组 ( $Z = -6.647, P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 2 组疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	30	1	9	14	6	80.00
试验组	30	3	16	9	2	93.33

### 3.4 安全性观察 2 组患者治疗前后均未出现不良反应。

## 4 讨论

肩周炎属中医学“肩痹”范畴。十二经筋汇聚于肩部,维系肩关节正常活动,病理状态下,经筋失养、气机阻滞,形成“筋结”,表现为皮下条索或结节常见于肩髃、肩髃等部位,日久则筋不能束骨,筋骨

失衡<sup>[13]</sup>。现代医学认为,肩周炎急性期以软组织充血水肿为主,随病情进展出现关节囊增厚及周围组织粘连,加重疼痛与功能障碍<sup>[14-16]</sup>。肩关节结构复杂,临床症状与病理改变之间常无明确对应关系,仅依靠症状难以准确定位病变。肌骨超声凭借高分辨率多切面成像,可清晰显示肌肉、肌腱、韧带形态,识别水肿、增厚等病变,为相关疾病诊断与疗效评估提供客观依据<sup>[17]</sup>。研究表明,肩周炎患者肌腱及韧带厚度与病程及疼痛程度相关<sup>[18-19]</sup>。

本研究选取易在肩周炎中受累,且位置表浅、边界清晰的肩袖相关肌腱及喙肩韧带进行观察,便于超声标准化测量与动态比较。结果显示,治疗后2组患者肩关节功能均较治疗前显著改善,各肌腱和韧带厚度均较治疗前显著下降,且试验组改变更为明显,表明南少林理筋手法联合肩关节练功法不仅能缓解症状、改善功能,还可从结构层面改善软组织水肿与增生。肩关节练功法通过不同姿势,多方向、渐进性的拉伸,促进肩部肌肉和韧带进行锻炼,有利于增强经筋约束骨骼的功能,缓解囊内粘连,恢复关节滑动<sup>[20]</sup>。南少林理筋手法以经筋理论为指导,通过拨络、扳旋等操作松解筋结,恢复筋络走行<sup>[21]</sup>,配合点按肩井、肩髃、肩贞等穴,疏通手三阳经气,达到“通经脉、调血气”之效,气血通畅则筋脉得养,肌腱痉挛与韧带粘连得以缓解。从现代医学角度看,该手法通过力学作用直接松解粘连的纤维组织,打破“炎症-纤维化-疼痛-制动-进一步纤维化”的恶性循环,帮助肌腱韧带恢复正常厚度与弹性。南少林理筋手法和肩关节练功法通过以上机制,共同为肌力恢复与功能锻炼创造条件。

综上,南少林理筋手法联合肩关节练功法可改善肩周炎患者肩关节周围肌腱和韧带增生情况,促进肩关节功能的恢复。本研究随访时间较短且缺乏炎症因子等生化指标支持,后续将延长随访时间,深入探讨该疗法对肩关节局部微环境的调控作用。

#### 参考文献

- [1] 梁倩倩,张霆.肩周炎中西医结合诊疗专家共识[J].世界中医药,2023,18(7):911-917.
- [2] 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.
- [3] 朱烈,张向阳,鄢路洲.近5年粘连性肩周炎常见治疗方案的优势与局限[J].中国民间疗法,2023,31(20):121-124.
- [4] 连晓文,詹正烜,陈振华,等.南少林理筋手法联合超声波治疗粘连性肩周炎临床观察[J].光明中医,2023,38(2):296-299.
- [5] 周娟.探讨肌骨超声在肩周炎、肩关节周围肌肉粘连诊断与治疗中的应用价值[J].现代医用影像学,2024,33(8):1540-1542.
- [6] 唐冰之,胡剑锋,李晓辉.实用骨科学[M].2版.长春:吉林科学技术出版社,2019:75-76.
- [7] 王和鸣,王诗忠.南少林理筋整脊手法图谱[M].北京:中国中医药出版社,2015:35-37.
- [8] 王和鸣,王诗忠.图解南少林理筋整脊康复疗法[M].北京:人民卫生出版社,2011:154-155.
- [9] 田子睿,姚敏,王拥军,等.中文版Constant-Murley肩关节评分量表的研制与应用[J].中医正骨,2019,31(5):20-21,25.
- [10] KLAUSER A S, TAGLIAFICO A, ALLEN G M, et al. Clinical indications for musculoskeletal ultrasound: a Delphi-based consensus paper of the European Society of Musculoskeletal Radiology [J]. Eur Radiol, 2012, 22(5): 1140-1148.
- [11] 中国医师协会超声医师分会.中国肌骨超声检查指南[M].北京:人民卫生出版社,2017:5-14.
- [12] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:345.
- [13] 梁宜,方剑乔.《灵枢》经筋理论探析[J].中医杂志,2008,49(6):488-490.
- [14] LE H V, LEE S J, NAZARIAN A, et al. Adhesive capsulitis of the shoulder: review of pathophysiology and current clinical treatments [J]. Shoulder Elb, 2017, 9(2): 75-84.
- [15] 刘涛,吴继新,刘智艳.肩关节周围炎的中医外治法综述[J].世界最新医学信息文摘,2018(87):34-35.
- [16] 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.
- [17] 杜九江,彭志财,徐荣华,等.超声剪切波弹性成像技术在粘连性肩关节囊炎诊治中的研究进展[J].影像技术,2025,37(3):32-35.
- [18] 曾祥勇,丁政,李青.超声在肩周炎诊疗中的应用进展[J].影像研究与医学应用,2024,8(1):7-9.
- [19] 朱俐.基于肌骨超声技术量化评价太极推拿治疗肩周炎的临床疗效[D].武汉:湖北中医药大学,2020:27-28.
- [20] 杨忠亮,黄伟,武娇娜,等.中医推拿配合功能锻炼治疗肩关节周围炎的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2024,18(6):150-152.
- [21] 尤柱,于本性,邓甜甜,等.肩周炎结筋病灶点临床触诊规律分析[J].中国针灸,2014,34(6):565-568.