

· 标准与规范 ·

肩关节周围炎针刀临床诊疗指南

周昊¹, 孙岩军¹, 李石良²(¹东南大学附属中大医院, 南京 210096; ²中日友好医院, 北京 100029)

摘要: 文章全面介绍了《肩关节周围炎针刀临床诊疗指南》内容。该指南立足于国内外针刀治疗肩关节周围炎的研究成果, 参照国际临床实践指南制订方法, 基于循证医学的证据, 对文献进行筛选和评价, 通过国际推荐的评估、制定与评价系统建立证据分级体系, 经相关专家论证后形成了有证据级别及推荐意见的《肩关节周围炎针刀临床诊疗指南》, 该指南涵盖了定义、诊断及针刀治疗等内容, 以期安全、有效的临床实践提供指导。

关键词: 肩关节周围炎; 针刀; 诊疗指南; 循证

Clinical guidelines of acupotomy treatment of scapulohumeral periarthritis

ZHOU Hao¹, SUN Yanjun¹, LI Shiliang²(¹Zhongda Hospital, Southeast University, Nanjing 210096, China; ²China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China)

Abstract: This paper introduces the content of *Clinical Guidelines of Acupotomy Treatment of Scapulohumeral Periarthritis*. The guideline is based on research findings related to acupotomy for scapulohumeral periarthritis both domestically and internationally. Following the methods used in the development of international clinical practice guidelines, evidence from literature was selected and evaluated based on evidence-based medicine principles. An evidence grading system was established following internationally recommended assessment and development procedures, and after expert consultation, the *Clinical Guidelines of Acupotomy Treatment of Scapulohumeral Periarthritis* with evidence levels and recommendations were formulated. These guidelines cover definitions, diagnosis, and acupotomy treatment, with the aim of providing guidance for safe and effective clinical practice.

Keywords: Scapulohumeral periarthritis; Acupotomy; Clinical guideline; Evidence-based

《肩关节周围炎针刀临床诊疗指南》(以下简称《指南》)是在中华中医药学会的支持下, 由中华中医药学会针刀医学分会牵头针刀等相关医学及循证医学方面专家制定的诊疗指南及标准, 是参照国际指南的制定方法和步骤, 基于目前循证医学证据, 通过对国内外针刀治疗肩关节周围炎(以下简称肩周炎)相关文献的检索、梳理, 结合中医古籍检索查阅, 并经过广泛的临床调研、专家访谈、证据分级及专家论证投票形成的指南。《指南》涵盖了定义、诊断及针刀治疗等内容, 旨在规范临床使用针刀治疗肩周炎的治疗原则及治疗方法, 适用中医师、中西医结合医师、具备针刀从业资格的西医师及治疗师、相关政策制定者使用, 也可应用于具备针刀治疗资质的诊疗机构。

《指南》制定及发布过程

1. 《指南》问题的形成 首先通过临床调研问卷调查结果

明确国内相关从业人员关于针刀治疗肩周炎普遍关心的问题, 从中去除部分与本《指南》主旨不符的内容(如: 肩周炎的常用治疗方法、治疗后康复内容), 再通过专家访谈针对性地了解在相关领域具有一定学术背景及影响力的专家对于初步选定的指南问题的看法。综合上述内容及指南原始问题, 召开指南临床问题确定会议, 最终形成指南问题, 包括基础问题11项、临床问题5项。

2. 证据的来源、质量评价和推荐原则

2.1 检索策略 文献检索包括手工检索和电子检索。手工检索: 检索查阅《黄帝内经》^[1-2]、《针灸资生经》^[3]、《证治准绳》^[4]、《疡科心得集》^[5], 明确肩周炎在我国古代医籍中所属疾病范畴及治疗方式。电子检索: 中文数据库: 中国期刊全文数据库(CNKI)、中文科技期刊数据库(维普网)、万方医学数

通信作者: 孙岩军, 江苏省南京市鼓楼区丁家桥87号东南大学附属中大医院, 邮编: 210096, 电话: 025-83272111

E-mail: 1330148022@qq.com

数据库,外文数据库: Cochrane Library、Embase、Pubmed、Web of Science; 检索时间为建库时间至2021年10月。

2.2 文献纳入标准 由于文献研究的目的是总结针刀治疗肩周炎对比常规疗法及联合疗法的有效性,并对肩关节周围炎的针刀治疗方案进行归纳和分析,因此,涉及到针刀治疗肩周炎的疗效、术前体位、术前麻醉、操作器械、施术点、操作方法、治疗周期和注意事项等任一操作步骤及技术要求内容的文献均予以纳入。

2.3 文献排除标准 ①不相关文献;②重复文献;③体外实验研究性文献;④综述类文献;⑤治疗方法仅为针刀综合疗法,如除针刀联合神经阻滞、联合关节腔扩压、联合针灸或电针等,或水针刀、激光针刀疗法等,而无单纯针刀治疗的文献。

2.4 证据评价和分级标准 对于临床问题,本指南采用国际推荐分级的评估、制定与评价系统(The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)^[6]进行证据质量分级,最终形成证据质量评级和证据概要表。对于基础问题,本《指南》参考2019年发表的中医药临床研究证据的分级标准^[7]对证据进行分级。

2.5 推荐意见形成方法 召开推荐意见形成会议,采用名义组法形成推荐意见。专家根据证据质量(证据质量越高越适合制定强推荐,反之亦然)、利弊平衡(利弊间的差别越小越适合制定强推荐,反之亦然)、经济学(干预措施的花费越低、消耗的资源越少越适合制定强推荐)及患者的价值观和意愿(患者之间的价值观和意愿差异越小或不确定性越小越适合制定强推荐)等因素,进行推荐意见投票。对于共识建议专家根据利弊平衡、经济学及患者的价值观和意愿进行共识建议的投票。推荐意见采用GRADE网格计票法对推荐条目进行计票。

推荐意见计票规则:若除了“无明确推荐”以外的任何1格票数超过50%,则视为达成,可直接确定共识推荐方向及强度;若“无明确推荐”某一侧两格总票数超过70%,亦视为达成共识,可确定推荐方向,推荐强度则直接定为“弱”;其余情况视为未达成共识,共识推荐进入下一轮投票。投票不超过3轮。

共识建议计票规则:若“中立”栏以外任意一栏的票数超过50%,则视为达成,并确定建议强度和方向。其余情况视为未达成共识,共识建议进入下一轮投票。投票不超过3轮。

3. 《指南》的评价、征求意见、公示及发布 经工作组讨论、修改后完成《肩关节周围炎针刀临床诊疗指南(草案)》,邀请专家作质量评价及适用性评价,后广泛征求国内多省临床及教学人员意见,并作相应修改。于2022年12月在中华中医药学会网站开展了为期2周的公开征求意见。征求意见稿修订后,中华中医药学会组织专家审查,进一步完善为《肩关节周围炎针刀临床诊疗指南报批稿》,报送中华中医药学会审批。于2023年1月由中华中医药学会发布实施。

《指南》具体内容

1. 范围 本《指南》给出了针刀治疗肩周炎的适应证、禁忌证、操作步骤与要求、异常情况及时处理。

2. 术语和定义 下列术语和定义适用于本《指南》。针刀是指将针灸针和手术刀有机融为一体的医疗器械^[8]。肩周炎是指肩周软组织病变引起的以肩关节疼痛和功能障碍为特征性疾病。根据其临床表现和古代医籍的描述,可归属于“漏肩风”“肩凝”等范畴^[9]。肩周软组织包括肩周肌、肌腱、滑囊和关节囊等。

3. 临床诊断

3.1 诊断要点 包括病史特征、症状体征、影像学检查^[9]。

3.1.1 病史特征:本病病程长短不一,多为慢性起病,由外伤或者着凉等原因引起。本病好发年龄为40岁以上人群,女性发病率高于男性^[10]。

3.1.2 症状体征:①疼痛:肩关节疼痛以夜间更为明显;②压痛:肩关节周围广泛压痛,部分患者可同时存在斜方肌或肩胛间区压痛;③活动受限:肩关节各方向均可出现不同程度活动受限,尤以外展、外旋活动受限明显;④部分患者可出现冈上肌、三角肌废用性萎缩。

3.1.3 影像学检查:本病急性期X线检查多无明显异常,部分患者可出现冈上肌腱钙化、局部骨质疏松等表现;本病核磁共振冈上肌、冈下肌、肱二头肌长头可见异常信号,喙肱韧带及肩袖间隔增厚、喙突下三角征等表现。

3.2 肩周炎的分期 本病发病过程可分为3个阶段^[11]。

3.2.1 急性期:又称冻结进行期。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。X线检查无异常。

3.2.2 慢性期:又称冻结期。此时疼痛相对缓解,由急性期肌肉痉挛造成的关节功能受限,发展为关节挛缩性功能障碍,关节周围软组织呈冻结状态。X线检查偶可观察到肩峰、大结节,骨质疏松囊样变,关节镜检查关节囊内粘连,关节容积减小,腔内可见纤维索条及漂浮的碎屑。

3.2.3 功能恢复期:炎症逐渐吸收,血液供给恢复正常,滑膜逐渐恢复滑液分泌,粘连吸收,关节容积逐渐恢复正常,大多数患者肩关节功能能够恢复正常或接近正常。肌肉萎缩需较长时间的锻炼才能恢复正常。

3.3 鉴别诊断

3.3.1 颈肩综合征:本病表现为颈肩及背部疼痛,可伴有上臂疼痛。除疼痛感觉外,还可存在酸胀、僵硬、沉重、麻木和刺痛感。体格检查可表现为颈部活动痛性受限,颈部压痛,颈后伸(或压颈)致颈肩部疼痛。本病多由颈椎病变引起,配合颈椎影像学检查及各种神经学检查可鉴别。

3.3.2 肩袖损伤:肩袖损伤一般在关节活动时加重,休息时常减轻。患者损伤组织参与的主动活动度明显小于其被动活动

度,空罐试验、抬离试验可为阳性,核磁共振、超声、X线可有助于鉴别。

3.3.3 肩峰下撞击综合征:患者在肩关节上举、外展运动中,因肩峰下组织发生撞击而产生的一系列症状、体征。其表现为肩关节前方慢性钝痛,患臂上举 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 范围(疼痛弧)出现疼痛或症状加重,即撞击试验呈阳性。

3.3.4 臂神经痛:臂神经痛是指构成臂神经的颈胸神经根、臂丛或周围神经干,因不同原因受损,产生上肢疼痛。主要由颈椎病变、神经根炎、臂丛神经受损等因素导致。询问病史、肌电图检查及影像学检查可鉴别。

3.3.5 肩关节结核:本病可出现肩关节疼痛、局部压痛、关节肿胀、活动受限、三角肌萎缩等表现。仔细询问患者是否存在结核病史,通过结核杆菌感染T细胞斑点试验、红细胞沉降率及影像学检查等可帮助鉴别。

3.3.6 风湿性关节炎:累及肩关节者可出现肩关节痛。本病疼痛受天气变化影响,询问患者病史,结合抗链球菌溶血素O试验、血沉及影像学检查可鉴别。

3.3.7 癌症转移:部分癌症如肺癌、乳腺癌后期可转移至一侧肩部,引起疼痛。此种疼痛剧烈,大多数物理治疗无效。患者同时伴有逐渐消瘦等恶病质趋向。鉴别需注意原发灶症状的询问搜集,可通过CT、肿瘤标志物等全身性检查帮助鉴别。必要时可请相关科室会诊,以免延误本身疾病的其他治疗。

3.4 中医辨证 参考文献[9]制定。

3.4.1 寒湿痹阻证:肩部窜痛,遇风寒痛增,得温痛缓,畏风恶寒,或肩部沉重感。舌质淡,苔薄白或腻,脉弦滑或弦紧。

3.4.2 血瘀气滞证:肩部肿胀,疼痛拒按,以夜间为甚。舌质淡或有瘀斑,舌苔白或薄黄,脉弦或细涩。

3.4.3 气血亏虚证:肩部酸痛日久,肌肉萎缩,关节活动受限,劳累后痛重,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。

4. 针刀治疗

4.1 治疗原则 针刀治疗肩周炎需在明确诊断的基础上,兼顾肩周病变位点与痛点,使用适当的针刀治疗手法及治疗量度进行治疗。必要时可结合口服药物、注射、理疗、手法治疗等常规治疗方法,以期在疼痛缓解、功能改善方面取得更好的效果。

4.2 治疗有效性

推荐1:推荐针刀用于肩周炎的治疗(推荐强度:强推荐,证据等级:中级)。大量研究已证实针刀对于肩周炎具有良好的治疗作用,治疗前后无论是疼痛情况、关节活动程度以及生活质量等方面均有明显改善^[12-14]。与肩周炎其他常规治疗方法相比,有中等证据质量表明,针刀在患者疼痛评分改善方面更具优势^[15-16]。然而也存在中等质量证据表明其相较于其他治疗方法并不具有更好的疗效^[17]。目前尚缺乏针刀对比某一特定治

疗方案大量的随机对照试验(randomized clinical trial, RCT)证据,与其他常规疗法总体对比,针刀在疼痛缓解方面略有优势。

推荐2:推荐针刀联合常规治疗方法用于肩周炎的治疗(推荐强度:弱推荐,证据等级:中级)。肩周炎的临床治疗中,针刀往往会和其他治疗手段联合应用,其疗效十分确切。中等证据质量表明,针刀联合不同常规治疗方法,如口服药物、注射、冲击波、手法治疗等,对于肩周炎患者疼痛改善、关节功能恢复以及治疗有效率均优于单纯使用针刀治疗^[18-21]。本《指南》基于56项RCT的荟萃分析(Meta分析)结果显示:针刀与其他治疗手段联合应用,在肩周炎治愈率、疼痛及关节功能改善方面均优于单纯针刀治疗。

4.3 原理及时机选择 建议针刀可适用于肩周炎各阶段的治疗。针刀治疗肩周炎的基本原理是通过穿刺、小范围切割、钝性分离等达到减低张力、延长挛缩、降低腔隙内压、解除相对运动受限等作用^[22]。也有研究证实,针刀干预可以减轻肩关节周围炎症反应^[23]。因此从治疗原理角度分析,对于肩周炎的治疗,无论是炎症反应为主的急性期,还是组织挛缩为主的慢性期,针刀均可以起到很好的治疗作用。在临床研究中,有学者认为,针刀治疗临床症状典型、病灶局限、发病时间在半年内的肩周炎患者疗效较好;而临床症状不典型、发病时间长,疗程长的患者,效果略差^[24-25]。然而,也有学者^[26]认为功能障碍期均可出现明显肩周软组织的粘连,所以比较适合应用针刀疗法。而对疼痛期的肩周炎一般以理疗、封闭等常规治疗手段为佳。此处疼痛期与功能障碍期即前文分期中的急性期与慢性期。目前对于针刀治疗肩周炎时机的选择尚缺乏高质量RCT的数据支持。基于临床证据结果及全国多省专家调研基础,本《指南》认为:针刀可适用于肩周炎各阶段的治疗,必要时,可配合使用其他治疗手段。

4.4 治疗安全性 针刀治疗肩周炎的整体安全性较好,治疗过程中偶尔出现不良反应。常见不良反应及处理见“4.10”项。

4.5 治疗禁忌证 参照文献[27]制定。

4.5.1 全身禁忌证:①严重内脏病的发作期患者:此时对患者积极进行内科治疗,待病情稳定后再择期行针刀治疗;②有出血倾向者:如选择针刀治疗,可能出现治疗部位止血困难,甚至形成血肿;③长期使用华法林、阿司匹林等抗凝药物者:接受针刀治疗时向医师说明,以使医师做出恰当的处理;④体质极度虚弱不能耐受者:相对而言,针刀治疗刺激量要比针灸更大,虽然医师可考虑采用局部麻醉措施,但还是会有一些不适感,因此体质极度虚弱者不推荐实施针刀治疗;⑤妊娠妇女:如接受针刀治疗,因疼痛刺激有流产的风险;⑥精神紧张不能合作者:如勉强接受针刀治疗,可能出现晕针或者相反的治疗效果。

4.5.2 局部禁忌证:①治疗部位有感染、坏死、血管瘤或肿瘤:若治疗部位有感染、坏死,则容易加重;若有血管瘤,

则容易出现大量出血;若有肿瘤,可能造成肿瘤增生、扩散。

②治疗部位有红肿、灼热,或在深部有脓肿者:治疗部位有红肿、灼热,说明患者局部可能有急性感染,积极查明原因,对症治疗;若深部有脓者,针刀治疗可使脓肿扩散到周围软组织,使病情加重。

4.6 治疗前评估及准备

4.6.1 患者评估:通过视觉模拟评分法(visual analogue scales, VAS)对患者疼痛程度情况进行量化。0分表示无痛;1~3分,有轻微的疼痛,能忍受;4~6分,患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10分,患者有渐强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。让患者根据自我感觉评分,以了解患者疼痛情况。治疗前后对比VAS指导预后评估。

通过Constant肩关节评分^[28]对患者关节功能进行量化。Constant肩关节评分涉及疼痛程度评分(最高15分)、对日常生活影响的评分(最高20分)、肩关节活动范围的评分(最高40分)以及肌力的评分(最高25分)。可在治疗前后分别进行评测,满分100分,分值越高,肩关节功能越好。该评估方法可以帮助明确患者主要病变部位,必要时可予以针对性治疗并可指导预后评估。

4.6.2 器械和用品准备:①针刀;②疼痛治疗包,包含:弯盘、洞巾、药杯、消毒钳、毛边纱布、消毒纱布、治疗巾;③无菌手套;④0.5%碘伏消毒液;⑤记号笔。

4.6.3 抢救措施准备:①抢救药品(规格):盐酸肾上腺素(1 mg)、间羟胺(10 mg)、去甲肾上腺素(2 mg)、异丙肾上腺素(1 mg)、多巴胺(20 mg)、酚妥拉明(10 mg)、硝酸甘油(5 mg)、西地兰(0.4 mg)、利多卡因(0.1 g)、尼可刹米(0.375 g)、洛贝林(3 mg)、氨茶碱(0.25 g)、阿托品(0.5 mg)、酚磺乙胺(0.5 g)、地塞米松(5 mg)、呋塞米(20 mg)、50%葡萄糖(20 mL)、0.9%氯化钠(500 mL)、5%葡萄糖(250 mL)、20%甘露醇(250 mL)、10%葡萄糖酸钙(10 mL)、5%NaHCO₃(250 mL)。②抢救器械:心电监护仪、呼吸球囊面罩、呼吸机等。

4.7 治疗步骤

4.7.1 选取治疗点:建议治疗点应基于肩关节相关软组织解剖位置,结合患者临床症状、体征进行选取。根据患者疼痛部位、关节功能受限方向及查体所得痛点等情况,可于肩周常见治疗点中选择合适位点,以记号笔标记定位。常用治疗点及定位如下。

喙突顶点:位于锁骨中、外1/3交界处的下方一横指处向深部按压可触及一骨性凸起。也可以自三角肌前缘向后可摸到。其上有肱二头肌短头、喙肱肌,胸小肌及喙肱韧带、喙肩韧带附着。

肱骨小结节及小结节嵴:肱骨小结节位于肱骨上端前方,喙突尖端外侧约2.5 cm处的稍下方。置指尖于该处,旋转肱骨

即可触及小结节在指下滚动。其上有肩胛下肌、孟肱韧带附着。小结节向肱骨远端移行即为小结节嵴。其上有背阔肌、大圆肌附着。

肱骨大结节上/中/下部:一手拇指按于肩峰下、肱骨上端的最外侧,另一手握患者上臂旋转,此时拇指即可感到肱骨大结节在三角肌下隆起和滚动。其上部有冈上肌附着,中部有冈下肌附着,下部有小圆肌附着。其浅层有三角肌下滑囊。

结节间沟点:位于肱骨大小结节之间。其内有肱二头肌长头腱及其腱鞘走行,浅层有肱横韧带覆盖。

肩峰下滑囊:位于肩胛骨的肩峰与冈上肌腱之间,触摸至肩峰外侧缘,位于其下深面。

冈上窝:肩胛骨后面肩胛冈的上方为冈上窝。其浅面有斜方肌、冈上肌覆盖,内上角有肩胛提肌附着。其内有肩胛上动脉、肩胛上静脉及肩胛上神经相互伴行于冈上窝偏外侧部分。

冈下窝:位于肩胛骨后面肩胛冈的下方,以及肩胛内侧缘、外侧缘和肩胛骨下角所围成的一个近似三角形的区域。其内有冈下肌,其外侧缘有大圆肌、小圆肌附着,其上外侧部分有肩胛上动脉、肩胛上静脉及肩胛上神经走行。

三角肌粗隆:位于肱骨体中部外侧,可沿三角肌肌纤维向外下方寻找其中止部位。该处有三角肌附着。

痛点:包括患者压痛点及自述痛点。前者医生以拇指在患者肩部特定治疗点进行按压(按压力度:以检查者甲床颜色由红变白为度,约当于2 kg压力^[29]),如果患者出现局部明显压痛,则选取为治疗点;后者依据患者自述,在相应部位进行按压,如局部出现明显压痛或存在条索样结节,同时该部位无重要解剖结构,则该点也需要选取为治疗点。

4.7.2 体位及术前准备:建议肩周炎针刀治疗时患者体位可选择坐位、卧位(健侧卧位、仰卧、俯卧),应根据患者具体情况结合治疗点部位选用合适的体位。取坐位时,患侧上肢自然下垂置于体侧;如需暴露特定肌肉部分,可嘱患者上臂采取特殊位置摆放,如暴露肩胛下肌可嘱患者做外旋动作。如患者为体型偏瘦女性,或既往存在晕针、低血压、低血糖病史,则可选用卧位治疗。卧位时患肢平行于躯干长轴置于体侧,并根据治疗点选择仰卧、侧卧或俯卧位。建议肩周炎针刀治疗前应根据患者情况决定是否采用麻醉。建议肩周炎针刀治疗前患者麻醉应采用局部麻醉方法。治疗区域局部常规碘伏消毒,铺无菌洞巾。治疗前应根据患者情况决定是否采用麻醉,如患者对疼痛敏感或耐受性较差,则建议采用局部麻醉。可予以每个治疗点0.25%~1%利多卡因1 mL局部麻醉。

针刀选择根据患者软组织厚度及治疗点的情况选择相应长度、粗细的针刀。根据《指南》工作组问卷调查等调研数据显示,临床常用针刀型号为:I型4号针刀。

4.7.3 操作方法:建议肩周炎针刀治疗操作时,针刀体与皮肤垂直,调整刀口方向,按针刀四步进针规程进针刀,经皮肤、

皮下组织,直达治疗点骨面,纵疏或横剥各2~3刀,以针下有松动感为止。建议肩周炎针刀治疗操作时,针刀刀口线方向与治疗点肌肉、韧带、主要血管神经走行平行。肩周炎的针刀治疗手法主要分以下两种:①针刀体与皮肤垂直,刀口线与治疗点肌肉、韧带、主要血管神经走行平行,按针刀四步进针规程进针刀,经皮肤、皮下组织,直达治疗点相应部位,纵疏、横剥各2~3刀,以针下有松动感为止。②针刀体与皮肤垂直,刀口线与治疗点肌肉、韧带、主要血管神经走行平行,针刀刺入皮肤后直接刺至治疗相应部位,直刺3~5刀后出针刀。有研究显示,此两种手法对于喙突点治疗效果无明显差异^[30],但目前尚缺乏足够证据表明二者优劣。根据调研及问卷结果,临床使用前居者居多。建议肩周炎针刀治疗在条件允许的情况下使用超声引导辅助。近年来随着肌骨超声技术的进展,越来越多的研究将超声技术应用于肩周炎的治疗中,并证实了超声引导下针刀治疗的优越性^[31-32]。超声引导下的针刀治疗不仅有效性更高,更能很好地减少临床治疗不良事件的发生^[33]。

4.8 术后注意事项 出针刀后局部按压1 min,待全部位点治疗结束后予以贴敷。治疗结束后观察15 min,患者无异常即可离开。嘱其治疗位点24 h内注意清洁,勿沾水,如有不适及时就诊。

4.9 治疗周期 建议针刀治疗肩周炎2~5次为1个疗程,根据患者具体病情做个体化调整。建议肩周炎针刀治疗两次间隔5~7 d。肩周炎治疗周期及间隔与患者病情、治疗者经验以及联合其他治疗手段有一定关系。可根据患者具体病情做个体化调整。

4.10 常见不良反应及处理

4.10.1 晕针刀:晕针刀是指患者在针刀治疗过程中或治疗后半小时左右,出项头昏、心慌、恶心、肢冷汗出、意识淡漠等症状的现象。属于血管抑制性晕厥(或称血管减压性晕厥)^[34]。处理:医务人员应立刻停止治疗,拔出针刀,局部辅料贴敷。嘱患者去枕平卧,可以抬高双下肢,松开衣带。症轻者静卧5~15 min即可恢复;症重者,必要时在上述处理的基础上予以心电监护,鼻导管或面罩吸氧,运用升压药物或采取其他急救措施。

4.10.2 血管、神经损伤:肩周血管神经分布较密集,针刀治疗要求操作者对局部血管神经解剖有充分的掌握。肩前方操作应注意臂丛神经分支、肌皮神经、头静脉、腋动静脉、旋肱前动静脉等;肩后方操作应注意避免肩胛上神经、肩胛上动静脉、旋肩胛动静脉等损伤。处理:医务人员需明确掌握肩关节周围解剖结构,条件允许的情况下,宜使用超声引导辅助治疗。严格按照上文治疗流程,起针刀后,无论出血与否,局部按压针孔1 min。如少量出血在治疗后局部皮下可出现青紫瘀斑,一般可自行消退,做好患者告知宣教,可不作特殊处理。如损伤深部血管,可形成深部血肿,表现为局部肿胀疼痛。24 h内应以局

部冷敷止血,24 h后局部热敷结合理疗、按摩、外用活血化瘀药物等以加速血肿的消退和吸收。如针刀触及神经,患者可能出现触电感或麻木感等神经刺激症状,立即停止针刀操作,调整方向或进针刀部位,如损伤较轻调整后患者症状随即消失。若神经刺激症状持续存在或出现痛温觉或运动功能障碍,予以营养神经、局部理疗等治疗措施,必要时行神经电生理功能检查。

4.10.3 气胸:针刀引起气胸多因于肺尖部及肩胛骨覆盖以外部分位点进针刀时刺入过深刺破胸膜、肺组织所致。针刀尖触及胸膜时,可诱发患者咳嗽及疼痛症状,但部分患者(尤其老年患者)可无明显刺激症状。少量气胸,肺萎陷在20%以下者,影响呼吸和循环功能较小,多无明显症状,或偶有刺激性咳嗽,活动时胸部有牵拉样痛。而大量气胸,患者可有胸闷气短、胸部刺痛、烦躁不安等明显症状。检查时可发现气管向健侧偏移,伤侧胸部叩诊呈鼓音,听诊呼吸音减弱或消失,语颤减弱或消失。X线检查可显示不同程度的肺萎陷和胸膜腔积气,或出现病侧肋膈角变钝、消失,提示存在积液。若为张力性气胸,患者表现极度呼吸困难,呈端坐呼吸状。伴严重缺氧者可出现口唇紫绀、烦躁不安、昏迷,甚至窒息。体格检查时可见伤侧胸部饱满、肋间隙增宽、呼吸幅度减低,部分患者可有皮下气肿。胸部X线检查显示:胸膜腔大量积气、肺完全萎陷、气管和心脏偏移至健侧。胸膜腔穿刺可有大量气体向外冲出。抽气后症状改善;但不久又会加重。处理:出现气胸需嘱患者减少活动,通过听诊、影像学检查明确气胸情况。如为少量气胸且无明显症状可嘱患者静卧5~7 d,气体多可自行吸收,但需注意观察病情变化情况,如有症状加重或转为大量气胸表现应及时就诊。大量气胸应根据病情及时行胸膜腔穿刺排气或胸腔闭式引流,必要时转至胸外科治疗。

4.10.4 感染:针刀治疗引起感染多因适应证选择不当、原有感染未排除以及无菌操作不规范引起。如仅为针孔局部发红、发痒,治疗部位酸胀、疼痛3 d后仍然未减轻,并无发热等全身症状,为针孔局部感染。如治疗部位出现红、肿、热、痛等临床表现,原有症状骤然加剧,考虑出现急性蜂窝组织炎。如局部触之有波动感,考虑脓肿形成。处理:针孔局部感染应嘱患者注意休息,多饮水,不要触碰挤压患处。定期换药,必要时可口服抗生素。急性蜂窝组织炎病灶局限者,外敷用硫酸镁、消炎药、罗红霉素软膏,定期换药。病灶较大伴发全身症状者,在外敷基础上可给予抗生素治疗。脓肿形成应予以穿刺行细菌培养和药敏敏感试验,可先行经验性抗生素治疗,待细菌培养及药敏结果回报后,针对性使用抗生素,必要时可予以切开引流。

指南起草单位:东南大学附属中大医院、中日友好医院、东南大学、江苏省第二中医院、吉林省中医药科学院、南京中医药大学、南京市第一医院、南京市中医院、南京医科大学附属明基医院、南京汉阳医学研究院。

指南主要起草人: 孙岩军、李石良、周昊。

指南其他起草人: 李开平、马辉、施晓阳、陈梅、张彩荣、张晓明、王萍、魏春玲、翟宏业、金辉、陈炳为、朱建宝、邓涵、董灿。

参 考 文 献

- [1] 佚名.黄帝内经素问.傅景华,陈心智,点校.北京:中医古籍出版社,1997
- [2] 佚名.黄帝内经灵枢.李生绍,陈心智,点校.北京:中医古籍出版社,1997
- [3] 宋·王执中.针灸资生经.黄龙祥,黄幼民,整理.北京:人民卫生出版社,2017
- [4] 明·王肯堂.王肯堂医学全书.北京:中国中医药出版社,1999
- [5] 清·高秉钧.疡科心得集.北京:人民卫生出版社,2006
- [6] PHILLIPS B.GRADE:Levels of evidence and grades of recommendation.Arch Dis Child,2004,89(5):489-494
- [7] 陈薇,方赛男,刘建平.基于证据体的中医药临床证据分级标准建议.中国中西医结合杂志,2019,39(3):358-364
- [8] 中华中医药学会.针刀医学临床基础术语:第2部分专业术语:T/CACM 1063-2018.北京:中华中医药学会,2018:2
- [9] 中华中医药学会.肩关节周围炎.风湿病与关节炎,2013,2(2):73-75
- [10] RIZK T E,PINALS R S.Frozen shoulder.Seminars Arthritis Rheumatism,1982(11):440-452
- [11] 中华医学会.临床诊疗指南·疼痛学分册.北京:人民卫生出版社,2007:111
- [12] 花佳佳,朱媛媛,施加加,等.小针刀联合作业疗法治疗顽固性肩周炎的疗效观察及对血清炎性因子的影响.中医外治杂志,2020,29(5):8-9
- [13] 周昊,卞菊花,马辉,等.药物注射联合针刀治疗肩周炎临床疗效及安全性分析.基因组学与应用生物学,2019,38(5):2432-2436
- [14] 王勤俭,李泊泊,董良杰,等.臂丛麻醉下手法松解术联合小针刀治疗肩周炎的临床观察.实用医学杂志,2021,37(14):1887-1891
- [15] 李雄.针刀阻力刺法治疗肩周炎的疗效观察.医学信息(下旬刊),2013,26(15):461-462
- [16] 权伍成,张秀芬,朱汉章.针刀与局部封闭疗法对照治疗肩周炎55例临床疗效观察.世界科学技术,2006,8(4):120-123,127
- [17] 高月.平衡针法对急性肩周炎疼痛程度及活动功能改善的疗效评价.世界中西医结合杂志,2016,11(2):204-206
- [18] 梅洪,曹杰,曹小清.桃红四物汤结合小针刀治疗肩周炎临床观察.实用中医药杂志,2019,35(7):775-776
- [19] 范凯文.肩三针穴位注射联合小针刀整体松解术治疗肩周炎对患者疼痛及肩关节功能的影响.光明中医,2021,36(19):3322-3324
- [20] 孙兆印.改良“C”形针刀松解术结合当归四逆汤加减治疗肩周炎临床观察.实用中医药杂志,2021,37(3):412-414
- [21] 段渊,廖迎春,余骏.针刀结合关节松动术治疗肩关节周围炎25例临床观察.风湿病与关节炎,2020,9(12):19-22
- [22] 张义,权伍成,尹萍,等.针刀疗法的适应证和优势病种分析.中国针灸,2010,30(6):525-528
- [23] 杜峰.“C”形针刀松解术联合红外线治疗仪对肩周炎患者肩关节活动度、生活质量及血清TGF- β 1、PGE2水平的影响.广西医科大学学报,2019,36(2):290-293
- [24] 陈兴洲,魏吉堂,吴富林,等.小针刀治疗肩关节周围炎的临床效果观察:附100例分析.天津医药,1990,5(12):751-752
- [25] 公冶国.综合康复治疗治疗肩关节周围炎100例临床观察.中国煤炭工业医学杂志,2008,11(8):1181
- [26] 徐洪璋.小针刀疗法治疗肩周炎研究进展.第一军医大学校学报,2002(2):148-151
- [27] 郭长青.针刀医学.10版.北京:中国中医药出版社,2017:144
- [28] CONSTANT C R,MURLEY A H.A clinical method of functional assessment of the shoulder.Clin Orthop Relat Res,1987,214:160-164
- [29] 王宁华,张传汉,南登崑.实验痛评测方法之一:压痛阈.国外医学(物理医学与康复学分册),2004(3):97-98,105
- [30] 王光涛,刘学春.冻结肩中喙突疼痛针刀治疗不同技法临床疗效观察.世界针灸杂志(英文版),2021,31(1):52-54
- [31] 陈立早,聂红军.超声引导下针刀治疗肩周炎临床观察.针灸临床杂志,2013,29(12):20-22,71
- [32] 秦昕,李晓侠,刘志红,等.超声引导下细针改良小针刀法穿刺治疗肩周炎致骨化性肌炎活跃期临床研究.新中医,2020,52(15):92-94
- [33] 梁楚西,戴中,杨嘉颐,等.超声引导下针刀治疗肩周疾病的研究概况.中华中医药杂志,2021,36(7):4166-4168
- [34] 李汉先,蒋兆健,程汉兰,等.电针兔“内关”穴抗降压作用及对血浆中血管紧张素系统的影响.针刺研究,2000,25(3):200-202

(收稿日期:2023年2月7日)