

ICS \*\*.\*\*\*.\*\*  
C \*\*



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*

## 肩关节周围炎针刀临床诊疗指南

Clinical guidelines for acupotomy treatment of scapulohumeral periarthritis

(文件类型：公示稿)  
(完成时间：2022年11月)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会 发布

# 目 次

前言 .....	3
引言 .....	4
1 范围 .....	5
2 规范性引用文件 .....	5
3 术语和定义 .....	5
3.1 针刀 .....	5
3.2 肩周炎 .....	5
4 临床诊断 .....	5
4.1 诊断要点 .....	5
4.2 肩周炎的分期 .....	6
4.3 鉴别诊断 .....	6
4.4 中医辨证 .....	7
5 针刀治疗 .....	7
5.1 治疗原则 .....	7
5.2 治疗有效性 .....	7
5.3 原理及时机选择 .....	8
5.4 治疗安全性 .....	8
5.5 治疗禁忌症 .....	8
5.6 治疗前评估及准备 .....	9
5.7 治疗步骤 .....	9
5.8 术后注意事项 .....	11
5.9 治疗周期 .....	11
5.10 常见不良反应及处理 .....	11
附录（资料性附录） .....	14
参考文献 .....	15

# 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规则起草。

本文件由东南大学附属中大医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：东南大学附属中大医院、中日友好医院、南京市中医院、江苏省第二中医院、南京中医药大学、南京市第一医院、南京医科大学附属明基医院、东南大学、吉林省中医药科学院。

本文件主要起草人：孙岩军、李石良、周昊。

本文件其他起草人：张彩荣、董灿、邓涵、马辉、魏春玲、李开平、陈梅、施晓阳、王萍、张晓明、朱建宝、翟宏业。

CACM 公示稿

# 引言

肩关节周围炎又称肩周炎（下文均简称“肩周炎”）<sup>[1]</sup>，是一类肩关节囊及其周围韧带、肌腱和滑囊的慢性特异性炎症，以肩关节周围疼痛，肩关节各个方向主动和被动活动受限或降低为主要临床表现，除骨量减少外无其他影像学明显异常的疾患<sup>[3]</sup>。该病起病缓慢，病程长，常见于体力劳动者，好发年龄为 50 岁，女性略高于男性。我国肩关节周围炎的发病率约为 8.79%，需要及时有效的治疗，否则容易影响肩关节活动，随之产生广泛压痛，放射至颈部及肘部，最后导致三角肌不同程度的萎缩<sup>[4]</sup>，严重影响患者的工作及生活质量。

针刀是治疗肩关节周围炎的方式之一，该疗法属于介入性治疗。针刀医学基础理论体系认为<sup>[5]</sup>，在人体自我复修过程中，会产生粘连、挛缩、瘢痕、堵塞，形成新的病理因素。针刀对肩关节周围炎病变组织纵疏横剥、提插切割等操作手法，能刺激瘢痕、粘连与挛缩，疏通堵塞，达到“通则不痛”的目的。同时，有研究证实针刀干预可以减轻肩关节周围炎症反应<sup>[6]</sup>，不仅可以松解粘连，还对外周致痛物质有良性调节作用，起到外周镇痛作用。

目前，我国尚缺少关于肩关节周围炎针刀治疗相对统一指南，临床治疗中包括治疗位点选择、治疗手法应用、针具选择等问题尚缺乏统一规范的标准，从三级医院到基层医院，不同医院、不同科室甚至同一科室不同医生对于肩关节周围炎的针刀治疗都存在差异。此种情况的存在导致针刀治疗肩关节周围炎的效果难以得到保证。因此，制定一个安全、有效、可行、确能指导临床实践的指南就成为当务之急。

# 肩关节周围炎针刀临床诊疗指南

## 1 范围

本文件规定了针刀治疗肩关节周围炎的术语和定义、适应症、禁忌症、操作步骤与要求、异常情况处理。

本文件适用于指导针刀对于肩关节周围炎患者的技术操作。

本文件供中医师、中西医结合医师、具备针刀从业资格的西医医师及治疗师、政策制定者使用，可应用于具备针刀治疗资质的医院及诊所。

## 2 规范性引用文件（非必备要素）

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

ZJ/T D001-2014 《中国针灸学会标准：针刀基本技术操作规范》

ZYYXH / T378-2012 《肩关节周围炎》中华中医药学会2013年发布

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用本指南。

### 3.1 针刀 acupotomy

将针灸针和手术刀有机融为一体的医疗器械。

[T/CACM 1063-2018]

### 3.2 肩关节周围炎 scapulohumeral periarthritits

肩周软组织(包括肩周肌、肌腱、滑囊和关节囊等)病变引起的以肩关节疼痛和功能障碍为特征的疾病。

注：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<sup>[1]</sup>。

## 4 临床诊断

### 4.1 诊断要点

依据中华中医药学会肩关节周围炎(ZYYXH / T378-2012)指南内容<sup>[1]</sup>，诊断要点如下：

#### 4.1.1 病史特征

本病病程长短不一，多为慢性起病，可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<sup>[2]</sup>。

#### 4.1.2 症状体征

疼痛：肩关节疼痛以夜间更为明显。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。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。部分患者可出现冈上肌、三角肌废用性萎缩。

### 4.1.3 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MRI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。

## 4.2 肩周炎的分期

参照《2009 临床诊疗指南-疼痛学分册》<sup>[3]</sup>中肩周炎的分期。

本病发病过程可分为3个阶段：

- 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。
- 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，发展到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，腔内可见纤维条索及漂浮的碎屑。
- 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。

## 4.3 鉴别诊断

### 4.3.1 颈肩综合征

该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、麻木和刺痒感。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，即Spurling征阳性。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。

### 4.3.2 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，Jobe试验、Lift off试验可为阳性，MRI、超声、X线可有助于鉴别。

### 4.3.3 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60-120°范围（疼痛弧）出现疼痛或症状加重，即撞击试验阳性。

### 4.3.4 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。

### 4.3.5 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。应仔细询问患者是否存在结核病史，通过结核T-SPOT试验、红细胞沉降率及影像学检查等可帮助鉴别。

#### 4.3.6 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“O”、血沉及影像学检查可鉴别。

#### 4.3.7 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、肿瘤指标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。

### 4.4 中医辨证<sup>[1]</sup>

#### 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。

#### 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。

#### 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。

## 5 针刀治疗

### 5.1 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。

### 5.2 治疗有效性

#### **推荐 1 推荐针刀用于肩关节周围炎的治疗(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<sup>[7-9]</sup>。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<sup>[10、11]</sup>。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<sup>[12]</sup>。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(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关节周围炎的治疗(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<sup>[13-16]</sup>。本起草组基于 56 项随机对照试验(RCT)的 meta 分析结果提示：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。

### 5.3 原理及时机选择

#### **共识建议 1 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<sup>[4]</sup>。也有研究证实，针刀干预可以减轻肩关节周围炎症反应<sup>[6]</sup>。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<sup>[5,17]</sup>。然而，也有学者认为<sup>[18]</sup>，混合期和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。而对潜伏期和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随机对照试验的数据支持。基于临床证据结果及全国多省专家调研基础，我们认为：针刀可适用于肩关节周围炎各阶段的治疗，必要时可配合使用其他治疗手段。

### 5.4 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 5.9 节。

### 5.5 治疗禁忌症<sup>[19]</sup>

#### 5.5.1 全身禁忌证

全身禁忌证包括：1) 严重内脏病的发作期。此时患者应积极行内科治疗，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；长期使用华法林、阿司匹林等抗凝药物者，接受针刀治疗时应向医师说明，以使医师做出恰当的处理。3) 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，虽然医师通常会采用局部麻醉措施，但还是会有一些不适感，因此体质极度虚弱者不能实施针刀治疗。4) 妊娠妇女。如接受针刀治疗，可因疼痛刺激有流产的风险。5) 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。

#### 5.5.2 局部禁忌证

局部禁忌证包括：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，应积极查明原因，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。

## 5.6 治疗前评估及准备

### 5.6.1 患者评估

通过视觉模拟评分法（visual analogue score, VAS）对患者疼痛程度进行量化。在一条线段上画出 10 等份，线段最左端为 0 分，表示无痛，最右端为 10 分，表示剧痛，中间部分表示不同程度疼痛，越接近右端疼痛程度越高。0 分表示无痛；<3 分，以下有轻微的疼痛，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在横线上的某一刻度画上市号，以客观的了解患者疼痛情况。治疗前后对比 VAS 指导预后评估。

通过 Constant 肩关节评分（Constant Shoulder Score）<sup>[20]</sup>对患者关节功能进行量化（见附录 A）。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（最高分 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。

### 5.6.2 器械准备

针刀，疼痛治疗包（含：弯盘、洞巾、药杯、消毒钳、毛边纱布、消毒纱布、治疗巾），无菌手套，0.5%碘伏消毒液，记号笔。

### 5.6.3 抢救措施准备

抢救药品（规格）：盐酸肾上腺素（1mg）、间羟胺（10mg）、去甲肾上腺素（2mg）、异丙肾上腺素（1mg）、多巴胺（20mg）、酚妥拉明（10mg）、硝酸甘油（5mg）、西地兰（0.4mg）、利多卡因（0.1g）、尼可刹米（0.375g）、洛贝林（3mg）、氨茶碱（0.25g）、阿托品（0.5mg）、止血敏（0.5g）、地塞米松（5mg）、速尿（20mg）、50%葡萄糖（20ml）、0.9%氯化钠（500ml）、5%葡萄糖（250ml）、20%甘露醇（250ml）、10%葡萄糖酸钙（10ml）、5%NaHCO<sub>3</sub>（250ml）。

抢救器械：心电监护仪、呼吸球囊面罩、呼吸机等。

## 5.7 治疗步骤

### 5.7.1 选取治疗点

**共识建议 2 建议治疗点的选取应遵循依据与肩关节相关的软组织解剖位置，并结合患者的临床症状、体征的原则进行。**

治疗点的选取应遵循依据与肩关节相关的软组织解剖位置，并结合患者的临床症状、体征的原则进行。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：

- 1) 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。
- 2) 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 2.5cm 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、盂肱韧带附着。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。
- 3) 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。
- 4) 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。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) 三角肌粗隆：位于肱骨体中部外侧面，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。
- 9) 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 公斤压力<sup>[21]</sup>），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。

#### 5.7.2 体位及术前准备

**共识建议 3 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。**

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。

**共识建议 4 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。**

**共识建议 5 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 1ml 局部麻醉。

针刀选择应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。据调研数据显示，临床常用针刀型号为：I 型 4 号针刀。

### 5.7.3 操作方法

**共识建议 6 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。**

**共识建议 7 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<sup>[22]</sup>，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，临床使用前者居多。

**共识建议 8 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<sup>[23、24]</sup>。超声引导下的针刀治疗不仅有效性更高，更能很好的减少临床治疗不良事件的发生<sup>[25]</sup>。

### 5.8 术后注意事项

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

### 5.9 治疗周期

**共识建议 9 建议针刀治疗肩周炎 2-5 次为一个疗程，根据患者具体病情做个体化调整。**

**共识建议 10 建议肩周炎针刀治疗两次间隔 5-7 天。**

关于肩周炎治疗周期及间隔，不同研究报道差异较大<sup>[26-28]</sup>。这与患者病情、治疗者经验以及联合其他治疗手段有一定关系。结合临床数据分析及调研结果。本指南建议肩周炎针刀治疗采取每 5-7 天一次，2-5 次为 1 个疗程。也可根据患者具体病情做个体化调整。

### 5.10 常见不良反应及处理

#### 5.10.1 晕针刀

晕针刀是指病人在针刀治疗过程中或治疗后半小时左右，出现头昏、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)<sup>[29]</sup>。晕针刀的发生主要与以下因素有关：1. 体质因素：患者多有晕厥史或肌内注射后类似晕针史；2. 精神因素：患者精神过于紧张甚至出现恐惧情绪；3. 体位因素：坐位接受针刀治疗时，晕针刀发生率较高；卧位时发生率相对较低；4. 刺激部位：肩周治疗时部分点位刺激量大，针感强；5. 环境因素：天气变化、气压明显降低时，易出现晕针刀情况。

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，可抬高双下肢，松开衣带。症轻者静卧 5-15 分钟即可恢复；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。

### 5.10.2 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，条件允许的情况下建议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，均应局部按压针孔 1 分钟。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，可不做特殊处理。如损伤深部血管，可形成深部血肿，表现为局部肿胀疼痛。24 小时内应予以局部冷敷止血，24 小时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，患者可出现触电感或麻木感等神经刺激症状，应立即停止针刀操作，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，应予以营养神经、局部理疗等治疗措施，必要时行神经电生理功能检查。

### 5.10.3 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，病人可有胸闷气短、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，病人表现极度呼吸困难，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，部分病人可有皮下气肿。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 天，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。

#### 5.10.4 感染

针刀治疗引起感染多因适应症选择不当、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 天后仍然未减轻，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，在外敷基础上可给与抗生素治疗。脓肿形成应予以穿刺行细菌培养和药敏感试验，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。

附录  
(资料性附录)

Constant 肩关节评分量表

评分项目		分值 (分)	评分项目		分值 (分)
A 疼痛 (15分)			外展 (10分)		
无	15		0-30	0	
轻度	10		31-60	2	
中度	5		61-90	4	
重度	0		91-120	6	
B 日常生活活动 (20分)			121-150		
活动水平 (10分)			151-180		
工作限制			外旋 (10分)		
无受限	4		手放于头后肘可向前	2	
中度受限	2		手放于头后肘可向后	4	
重度受限	0		手放于头顶肘可向前	6	
娱乐限制			手放于头顶肘可向后		
无受限	4		手可完全举过头顶	10	
中度受限	2		内旋 (10分)		
重度受限	0		手背可到大腿	0	
睡眠影响			手背可到臀部	2	
无影响	2		手背可到腰骶关节	4	
偶尔影响	1		手背可到腰 (第三腰椎)	6	
经常影响	0		手背可到第十二胸椎	8	
			手背可到肩胛间区	10	
无痛活动到达位置 (10分)			D 肌力评分 (外展肌力, 用磅实际数值)		
腰际	2		低于 70 分应该立即就医!		
剑突	4				
颈	6				
头颈	8				
头上	10				
C 主动活动范围 (40分)					
前举 (10分)			总分 (100分)		
0-30	0				
31-60	2				
61-90	4				
91-120	6				
121-150	8				
151-180	10				

## 参考文献

- [1] 中华中医药学会. 肩关节周围炎[J]. 风湿病与关节炎,2013,2(2):73 - 75
- [2] RIZK T E, PINALS R S. Frozen shoulder[J]. Seminars Arthritis Rheumatism, 1982(11): 440-452.
- [3] 中华医学会.临床诊疗指南·疼痛学分册[M].北京:人民卫生出版社,2007:111.
- [4] 张义,权伍成,尹萍,等.针刀疗法的适应证和优势病种分析[J].中国针灸,2010,30(6):525-528.
- [5] 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[J].天津医药, 1990,5(12):751-752.
- [6] 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- $\beta$  1、PGE2 水平的影响[J].广西医科大学学报,2019,36(2):290-293.
- [7] 花佳佳,朱媛媛,施加加,陈启邱,谢小军,沈爱明. 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[J]. 中医外治杂志,2020,29(05):8-9.
- [8] 周昊,卞菊花,马辉,奚诚玺,殷锦霞,高照,孙岩军. 药物注射联合针刀治疗肩周炎临床疗效及安全性分析[J]. 基因组学与应用生物学,2019,38(05):2432-2436.
- [9] 王勤俭,李泊泊,董良杰,王燕. 臂丛麻醉下大手法松解术联合小针刀治疗肩周炎的临床观察[J]. 实用医学杂志,2021,37(14):1887-1891.
- [10] 李雄.针刀阻力刺法治疗肩周炎的疗效观察[J].医学信息(下旬刊),2013,26(15):461-462.
- [11] 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[J]. 世界科学技术,2006(04):120-123+127.
- [12] 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[J]. 世界中西医结合杂志,2016,11(02):204-206.
- [13] 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[J]. 实用中医药杂志,2019,35(07):775-776.
- [14] 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[J]. 光明中医,2021,36(19):3322-3324.
- [15] 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[J].实用中医药杂志,2021,37(3):412-414.
- [16] 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[J].风湿病与关节炎,2020,9(12):19-22
- [17] 公治国.综合康复治疗治疗肩关节周围炎 100 例临床观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2008, 11(8):1181.
- [18] 徐洪璋. 小针刀疗法治疗肩周炎研究进展[J]. 第一军医大学分校学报,2002(02):148-151.
- [19] 郭长青. 针刀医学[M].第十版.北京中医药出版社,2017:144。
- [20] Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder[J]. Clin Orthop Relat Ros, 1987, 214: 160-164.
- [21] 王宁华, 张传汉, 南登崑. 实验痛评测方法之一:压痛阈[J]. 国外医学(物理医学与康复学分册), 2004(03): 97-98+105.
- [22] 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[J].世界针灸杂志(英文版),2021,31(1):52-54.
- [23] 陈立早,聂红军. 超声引导下针刀治疗肩周炎临床观察[J]. 针灸临床杂志,2013,29(12):20-22+71.
- [24] 秦昕,李晓侠,刘志红,冯艳,邢瑞林,田新蕊,王恩甲,高小平. 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[J]. 新中医,2020,52(15):92-94.
- [25] 梁楚西,戴中,杨嘉颐,孟玉凤,刘乃刚,李石良,朱家安,冯淬灵.超声引导下针刀治疗肩周疾病的研究概况[J].中华中医药杂志,2021,36(7):4166-4168.

- [26] 项小林,王伟刚. 小针刀治疗 60 例肩周炎的临床效果分析[J]. 中国社区医师,2019,35(24):105+108.
- [27] 邹庆波,陈建列,严帮吉. 小针刀联合温针灸对粘连期肩周炎患者 Constant-Murley 评分、VAS 评分、生活自理能力及炎症因子的影响[J]. 内蒙古中医药,2021,40(07):96-99.
- [28] 吕志刚,朱荣光,朱俊,胡卫成,宁淳睿. 密集型针刺松解术治疗肩周炎 40 例[J]. 中医研究,2015,28(09):53-56.
- [29] 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[J]. 针刺研究,2000,25(3):200-202

T/CACM 公示稿