

肩周炎临床疗效评定方法概况

★ 胡幼平¹ 刁骧² 杨运宽¹ (1. 成都中医药大学针灸推拿学院 成都 610075; 2. 四川大学华西医院中国循证医学杂志编辑部 成都 610041)

摘要:对近年来国内外应用的肩周炎临床疗效评定方法进行了总结与分类,并综合比较了各种方法的利弊。资料综合分析:肩周炎的临床疗效评定应针对疼痛和功能障碍这两大主症,或采用多工具联合评价的方法,或选取综合的评定方案或量表,以达到全面、客观、可靠的评定目的。

关键词:肩周炎;疗效评定

中图分类号:R 684.3 **文献标识码:**A

肩关节周围炎,简称肩周炎(frozen shoulder),又名粘连性肩关节囊炎(adhesive capsularitis),是指因肩关节及其周围的肌腱、韧带、腱鞘、滑囊等软组织退行性、炎症性病变而引起的以肩部疼痛和功能障碍为主症的一种疾病。国外文献资料显示,其发病率约占肩部疾患的 42%,国内文献资料表明,肩周炎在城市发病率约占人口总数的 8%^[1]。本病好发于 50 岁左右,女性多于男性,比例约为 3:1。本

病疼痛重,影响日常生活,病程久。无论中医还是西医,对本病都不乏治疗方法,相关研究报道亦很全面。虽然各种疗法均有一定的临床疗效,但因目前国际上尚缺乏针对肩周炎这一具体病证制定出的统一疗效标准,各地报道中对本病的疗效评定标准不一,缺乏量化标准,以致于大量的临床报道得出的疗效差异较大,难以进行比较,统计效能不高。对肩周炎的临床疗效进行科学的、客观的、全面的、规范的

功能。

综上所述,翳风穴对面神经炎的治疗具有特殊的作用和中西医的理论基础,当根据患者情况配合不同穴位及技法以提高治疗面神经炎的临床疗效。使用翳风穴治疗面神经炎可积极的在临床上应用及推广。

参考文献

- [1] 黄晓云,龚英. 针刺翳风穴治疗面神经炎 33 例[J]. 山西中医, 2001, 17(1): 39
- [2] 张平. 子午捣臼法针刺翳风穴治疗周围性面瘫 34 例[J]. 浙江中医杂志, 2000(5): 22
- [3] 朱建国. 针刺翳风、完骨穴为主治疗周围性面瘫 70 例[J]. 上海针灸杂志, 2004(10): 33
- [4] 金伯华. 以翳风穴为主诊治周围性面瘫 32 例[J]. 中国针灸, 1986, 6(3): 3
- [5] 潘凤琴. 温针灸翳风穴治疗周围性面神经麻痹[J]. 针灸临床杂志, 2003, 19(7): 41
- [6] 董华奎,李云斌,黄思思. 针刺翳风穴结合推拿治疗周围性面瘫 74 例[J]. 安徽中医学院学报, 2005(6): 23
- [7] 吴建华. 针刺翳风穴结合推拿治疗周围性面瘫 74 例[J]. 安徽中医学院学报, 2005(6): 34
- [8] 高汉义,张学玲,王燕,等. 重灸翳风穴合电针治疗周围性面神经麻痹[J]. 中国针灸, 2005(10): 44
- [9] 张彤,戴国华. 重灸翳风穴治疗青少年面瘫及其对细胞免疫功能

的影响[J]. 中国针灸, 2000, 20(10): 587

- [10] 朱红影. 艾灸翳风、下关穴治疗周围性面瘫 186 例[J]. 上海针灸杂志, 1998, 17(4): 28
- [11] 秦丽娜,韩雪梅,史慧玲. 点翳风穴治疗周围性面瘫及判断预后[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(1): 36
- [12] 杨经建,张国安,田丽琼,等. 翳风穴电针加注射治疗周围性面瘫的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2001(6): 22
- [13] 骆方. 翳风穴位注射配合半刺治疗面瘫 33 例[J]. 针灸临床杂志, 1994, 10(1): 18
- [14] 李俊成,聂良学,许焱. 穴注翳风治疗面神经麻痹 58 例[J]. 中国针灸, 2000, 20(4): 227
- [15] 范飞鸿. 翳风穴封闭治疗面瘫[J]. 针灸临床杂志, 1998, 14(1): 39
- [16] 陈章妹. 针刺加翳风穴中药穴位贴敷治疗周围性面瘫临床观察[J]. 江西中医药, 2004(2): 50
- [17] 卢勤妹. 翳风穴刺络拔罐为主治疗急性期周围性面瘫 48 例[J]. 中医外治杂志, 2002(6): 23
- [18] 张国徽,张世勋. 茎乳孔位置的临床解剖学研究[J]. 张家口医学院学报, 2001, 17(2): 18
- [19] 姜雪梅,高彦平,黄泳. 翳风穴的形态学特征及其临床意义[J]. 中国针灸, 2005(11): 7

(收稿日期:2007-03-27)

评定,具有十分积极的意义。现将近年来临床常用的肩周炎疗效评定方法作一介绍,供临床医生参考。

1 有效率评定(Effective Rate Evaluation)

一直以来,有效率评定都是一种沿用最为广泛的疗效评定方法,通常分为四个等级,即治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全恢复;显效:肩部疼痛基本消失,肩关节功能基本恢复;有效(好转):肩部疼痛减轻,肩关节功能有所改善,但仍有活动受限;无效:症状与体征均无改善;总有效率=治愈+显效+有效(好转)。有的中医疗法亦采用国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2],将疗效分为三个等级,即痊愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;好转:肩部疼痛减轻,肩关节功能改善;未愈:症状与体征无改善;总有效率=痊愈+好转。这种评价方法虽然包括了疼痛和功能两大内容,但过于笼统,以主观评价为主,无量化标准,总有效率几乎都在95%以上^[3],难以比较各疗法之间的优劣,统计效能不高。目前,已少有研究单纯采用这种方法进行疗效评定,逐步开始加入功能评定或康复评定的内容。

2 疼痛评定(Pain Evaluation)

疼痛为肩周炎的两大主症之一,因此在疗效评定中,评价疼痛的改善情况必不可少。由于疼痛是一种主观性很强的症状,定量的评定较为困难;且疼痛具有明显的个体差异性,不同的人对于痛觉的体验也不同,因此疼痛的评估是一项复杂的工作^[4]。然而正确评估疼痛对于把握患者的疼痛程度及是否达到理想的止痛效果具有十分重要的临床意义^[5],因此人们一直都在寻找一种简单、易行且信度与效度均较高的疼痛评估工具。目前用于评定肩周炎患者的疼痛方法主要包括以下几种:

2.1 口述分级评分法(Verbal Rating Scale, VRS)

VRS分为四点、五点和六点三种^[6]。常林^[7]以四点评分法为依据,将肩周炎的疼痛分为四个等级。0度:无疼痛;I度:阵发性轻微疼痛,可忍受,能正常生活、饮食及睡眠;II度:阵发性或持续性疼痛较重,不能忍受,日常活动、饮食及睡眠受到一定影响,需要用弱阿片类药物止痛;III度:剧痛难忍,不能正常生活、饮食及睡眠,可伴植物神经功能紊乱。李海燕等^[8]则将肩周炎患者的疼痛分为六级,且分别赋以分值进行评分:1级:无疼痛(30分);2级:有时略痛,活动无障碍(25分);3级:轻度疼痛,普通活动无障碍(20分);4级:中度疼痛,尚能忍受(10分);5级:高度疼痛,活动严重受限(5分);6级:因疼痛完全不能活动(0分)。无论是四点还是六分分级,

方法都较为简便,病人容易理解,医患之间容易交流,但分度不够精确,不适合临床科研^[9]。

2.2 视觉模拟评分法(Visual Analogus Scale, VAS)

该方法为日本学者发明,是应用最广泛的疼痛单维测量工具。线性视觉模拟尺为一条10 cm长的水平线或垂直线标尺,在标尺的两端,标有从0~10的数字,数字越大,表示疼痛程度越强。使用时先向患者解释0代表无痛,1代表最轻微的疼痛,10代表最严重的疼痛,最后了解患者对疼痛的感受处在标尺的哪个位置^[10]。目前将VAS用于肩周炎临床疗效评价的报道已较多^[11]。虽然这是一种简单有效的测量方法,但需要一定的抽象思维,用笔标记线时需要必要的感觉、运动及知觉能力,应用于老年人时不成功应答率较高^[12]。而肩周炎患者以中老年人为主,体力劳动者也占到了很大比例,因此VAS不适用于文化程度较低或年龄较大的患者。亦有研究表明,VAS用于这类患者时,垂直型标尺较水平型更好^[13]。

2.3 简式Mcgill疼痛量表(McGill Pain Questionnaire, MPQ)

目前,MPQ是众所周知的全面评估疼痛的多维测量工具,它是由加拿大麦吉尔大学教授、国际知名的疼痛学者Melzack等人于1997年根据标准MPQ改制出的评痛方法^[14],既评估疼痛的情感及感觉方面,又评估疼痛的部位、强度、时间特性等,具有评价全面、灵敏可靠、简便易行、有量化标准、可进行统计学处理等优点,在“PAIN”杂志中有70%~80%的文章均采用此法评价疼痛,现已成为世界范围内公认的测痛工具^[15]。MPQ由15个描述信息组成,即11个感觉痛(跳痛、针刺样痛、刀割样痛、刺骨样痛、痉挛痛、咬痛、烧灼痛、剧烈痛、触痛、痛苦的痛、撕裂样痛)和4个情感类别(疲劳、厌倦、恐惧、痛苦的折磨)并将每个信息从0~3分为4个等级。PPI也是一种VRS,从0到5依次使用无痛、轻度、不适、痛苦、恐惧和剧痛等词语来描述疼痛^[9]。MPQ适用于临床科研工作或较为详细的疼痛调查工作,但对患者的要求较高,表中的词类比较抽象,相对复杂,所以有时患者难以理解,并且花费时间较多,加之由于语言的差异,中文译文的信度及内在效度尚无相关的研究报道,所以临床应用中存在一定的局限性^[16]。毛玉蓉等^[17]将MPQ用于评价体外冲击波治疗肩周炎的疗效。赖新生等^[18]亦将MPQ用于评价针刺治疗腰椎间盘突出症的疗效,并认为MPQ作为判断针刺镇痛效果的标准,非常方便实用。

3 功能评定(Functional Evaluation)

3.1 关节活动度 (ROM) 提到肩周炎的功能评定,人们最容易想到的就是测量 ROM,这是一种对肩关节功能最为直观的反映,现已广泛应用于临床。临床研究^[19]常将前屈、外展、后伸、内旋、外旋五个动作分别进行测量,并加之比较,以此来评价疗效;亦有人^[20]根据 ROM 的测量结果对肩关节的功能进行了分级:Ⅰ级:前屈上举 180~160°,外展上举 180~160°,旋后 40~35°;Ⅱ级:前屈上举 160~130°,外展上举 160~130°,旋后 35~25°;Ⅲ级:前屈上举 130~100°,外展上举 130~100°,旋后 25~15°;Ⅳ级:前屈上举 100~70°,外展 100~70°,旋后 15~0°;Ⅴ级:前屈上举 70~40°,外展 70~40°;Ⅵ级:外展 40°以下。这种评定方法虽然直观,但在实际测量过程中常不易准确把握^[21],尤其是前屈与外展常为肩胛-胸壁活动所代偿,因而在精确度上难以把握。

3.2 杨氏方案 鉴于单纯测量 ROM 的准确度不高,杨树萱^[22]制定了《肩周炎康复体疗功能评定方案》,此方案于全国第二届肩周炎学术研讨会提出,它在传统的测量 ROM 的基础上作出了精简与调整,并按照康复评定的原则,加入了日常生活活动 (ADL) 能力的内容,测量内旋、外旋、摸耳、摸背 4 个指标,每项指标采用满分 90 分的评分方法,再将评分总和划分为 6 个功能等级,以提供易于医患双方理解和接受的总体概念,也便于观察病情变化及进行疗效评定。杨树萱对此评价方案进行了全面的统计学分析,以证实其信度和效度,且目前已有入^[23~24]应用此方案评价各种治疗方法对于肩周炎的疗效,表明此方案信度高,效度好,简便易行,重复性较好,可量化,便于统计学处理。

4 综合评定 (Integrative Evaluation)

4.1 有效率与疼痛评定相结合 (Effective rate + VAS) 周琼枝等^[25]将视觉模拟评分法 (VAS) 与有效率评定法相结合,根据 VAS 的下降程度进行分级:显效:VAS 下降 80% 以上;有效:VAS 下降在 70%~80%;无效:VAS 下降小于 70%;总有效率 = 显效 + 有效。这种评定方法简便易行,便于统计,也利于患者理解和接受,但具体临界值的划分是否合理,还有待进一步研究证实。

4.2 有效率与功能评定相结合 (Effective rate + ROM) 目前,在肩周炎的各地报道中,将有效率与功能评定相结合的评价方法最为常用^[26~27],即根据关节活动度 (ROM) 的测量结果进行有效率分级:治愈:肩部疼痛消失,肩关节前屈 > 150°,外展 > 120°,后伸 > 45°,内外旋 > 60°;显效:肩部疼痛基本消失,

肩关节前屈 120~150°,外展 90~120°,后伸 30~45°,内外旋 45~60°;有效 (好转):肩部疼痛减轻,肩关节活动范围较治疗前增大,但仍有活动受限;无效:治疗前后症状和体征无变化。这种方法除了 ROM 测定难以精确之外,对疼痛的描述较为模糊,患者区分起来有一定的困难。

4.3 疼痛与功能评定相结合 (李氏方案) 李海燕等^[8]制定的《肩关节功能评价量表》,根据患者肩部疼痛 (P)、ROM (R)、ADL (A)、肌力 (M) 及关节局部形态 (F) 5 个方面进行综合评定,总分 (T) 为 100 分。P:患者自觉疼痛的程度和是否影响活动评分,最高 30 分;R:患侧肩关节 ROM 的大小评分,最高 25 分;A:穿上衣、梳头、翻衣领、系围裙、使用手纸、擦对侧腋窝及系腰带 7 项日常生活活动评分,最高 5 分,共 35 分;M:Lovette 6 级分类法对肩关节五大肌群 (前屈、外展、后伸、外旋及内旋肌群) 的肌力进行综合评分,最高 5 分;F:肩关节有无脱位、畸形、假关节形成及其程度进行评分,最高 5 分。该量表涵盖了肩周炎患者的各个功能方面,较为全面,且根据其对肩关节功能的影响确定了分值,其中疼痛、ROM、ADL 占 (90) 分,为主要因素;肌力及形态占 10%,因而能客观地反映肩关节功能状况,总分愈高,功能愈好,而且可根据各方面所得分值了解肩关节的问题所在,有助于采取针对性的治疗手段,提高治疗效果^[28]。目前,已有多项临床研究^[28~29]采用了该量表用于肩周炎的疗效评定,陈银海等^[29]还将该量表与有效率评定方法进行了比较,结果提示,《肩关节功能评价量表》不仅可以确定肩关节功能状况,而且能客观、综合地评定治疗效果,可作为肩周炎的康复评定手段。但由于该量表共有 47 项条目,过于繁琐,耗时较长,因而未能在临床上广泛应用^[30]。

4.4 有效率、疼痛、功能三者评定相结合 (Constant - Murley 法) Constant - Murley 评分法是一种常用于评价肩关节手术治疗效果的外科评价工具,如钙化性肩袖肌腱炎、肱骨近端骨折、移位肩孟骨折^[31~33]等疾病的疗效评价。近年来,亦有人^[34~35]将此方法引入到了肩周炎的疗效评价体系中。Constant - Murley 法共包括 4 个部分,其中疼痛 15 分、日常生活活动能力 (ADL) 20 分、关节活动度 (ROM) 40 分、肌力 25 分,总分 100 分。疼痛和 ADL 根据患者的主观感觉评定,肌力和 ROM 则根据医生的客观检查评定。根据得分情况进行有效率的评定:治愈:肩功能评价 ≥ 90 分;显效:肩功能评价 70~89 分;好转 (有效):肩功能评价 46~69 分;无效:

肩功能评价 ≤ 45 分。该方法将主观评定与客观评定相结合,并对疗效情况进行了分级,有量化标准,统计效能较高。但由于这是一种外科评价工具,其用于肩周炎疗效评价的信度和效度尚不十分清楚,尚需进一步研究予以证实。

5 小结

目前,从各地的临床报道来看,单纯采用一种方法评定肩周炎疗效的情况已比较少见,研究者多针对疼痛和功能障碍这两大主症,或采用多工具联合评价的方法,或选取综合的评定方案或量表,使得肩周炎的疗效评价日显全面、客观和可靠。但由于方法众多,各个评定系统对不同方面的权重也不同,导致应用不同的评定方法所得到的结果也不尽相同,因而无法在研究与研究之间进行有效的比较,致使每篇报道的宏观性和普遍性意义都受到质疑,统一标准势在必行^[30]。上文列举的几种方法可谓是有利有弊,其中 MPQ 对疼痛的描述最为详尽,评价最为全面,但对患者的理解能力要求较高,不适用于文化程度较低的患者;杨氏方案简便易行,科学可靠,注重患者的生活质量,却缺少疼痛的内容,可与其它疼痛评定工具结合使用;李氏方案涵盖范围广,几乎面面俱到,却过于繁琐,花费时间长,临床上难以推广;Constant - Murley 外科评分法将有效率、疼痛及功能评定三者合一,综合性强,但用于肩周炎评价的效度和信度尚不确定。因此,急需开展肩周炎疗效评定体系的研究,在各种评定方法之间进行比较,观察其统计学差异,经过信度和效度检验后,最终确定一种科学、客观、规范、简便且易于统计的肩周炎疗效评定方法。

参考文献

- [1]郭长发,陈敏.肩周炎的诊治与康复[M].北京:中国医药科技出版社,1993.1
- [2]陈佑邦.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:202
- [3]黄琴峰,王正明.针灸治疗肩周炎[J].上海针灸杂志,2001,20(1):48
- [4]赵继军,陆小英,赵存风,等.数字疼痛量表和描述疼痛量表的相关性研究和改进[J].现代护理,2002,8(9):660~662
- [5]Merkel S, Malviya S. Pediatric pain, tools, and assessment. Perianesth Nurs. 2000, 15(6):408~414
- [6]段红光,倪家骧.疼痛的定性与定量测量[J].辽宁医学杂志,1996,10(1):1
- [7]常林.骨康聚能离子治疗肩周炎的临床随机对比研究[J].河南中医学院学报,2000,4(8):26~28
- [8]李海燕,靳兵,吴辉.肩关节功能评价量表及可靠性研究[J].中国康复医学杂志,1993,8(5):223
- [9]王艳,邓胜平.病人疼痛评估及其护理对策[J].护理学杂志,2004,19(15):78~80
- [10]佟术艳.疼痛的护理评估[J].中华护理杂志,1995,30(2):123
- [11]王鸿哲.肩周炎不同治疗方法疗效比较[J].中华实用医药杂志,2003,3(24):54
- [12]Herr K, Mobily P. Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly[J]. Appl Nurs Res, 1993, 6(1):39
- [13]Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults[J]. Clin Geriatr Med, 2001, 17(3):457
- [14]Melzack R. The Shortform McGill Pain Questionnaire [J]. Pain, 1997(30):191
- [15]戴红.康复医学[M].北京:北京大学医学出版社,2004:75
- [16]顾新,李晶,李京平,等.疼痛的评定[J].现代康复,2000,4(1):86~87
- [17]毛玉塔,黄东锋,丁建新,等.体外冲击波疗法治疗肩关节周围炎的即时效果分析[J].中国临床康复,2003,7(23):3216~3217
- [18]赖新生,李树成,杨哲,等.电针夹脊穴与常规取穴治疗腰椎间盘突出症的临床对照研究,新中医,1999,31(1):12~13
- [19]詹文吉,李小国,蒋海鹰.关节松动术结合推拿治疗肩周炎[J].中国康复,2001,16(1):38~39
- [20]赵振峰,辛宁,范文双,等.针刺麻醉下二步法快速治疗肩关节周围炎[J].中国临床康复,2004,8(24):127~128
- [21]Editorial. Frozen shoulder [J]. Lancet, 1995(1):87
- [22]杨树萱.肩周炎康复体疗功能评定方案[J].中国康复医学杂志,1993(8):8
- [23]徐菊枝,周宜源.关节松动术治疗肩周炎的疗效探讨[J].现代康复,2001(12):88
- [24]尹锦绣,成巍,郑惠鸣,等.肩关节封闭术结合松解手法治疗肩关节周围炎[J].中医正骨,2004,16(6):12~14
- [25]周琼枝,邓毅勇,白小刚,等.序贯三法治疗肩周炎120例疗效观察[J].中华医药杂志,2004,4(6):47~48
- [26]程继君,张晨光.走罐法为主治疗肩周炎临床观察[J].上海针灸杂志,2004,23(8):9~10
- [27]桂军云,查和平.浮针治疗肩周炎的临床疗效观察[J].中华实用医药杂志,2005,3(21):15~16
- [28]刘剑,方玲,许伟东,等.关节松动术治疗肩周炎的综合评定[J].安徽医学,2004,25(3):229~230
- [29]陈银海,赖蕴珠.关节松动术治疗肩周炎的综合评定[J].中国康复,2000,15(1):12~14
- [30]胡波,马惠芳,郭长青.针灸治疗肩周炎的近况[J].针刺研究,2004(3):236
- [31]姜春岩,耿向苏,王满宜,等.钙化性肩袖肌腱炎的针刺封闭治疗[J].中华外科杂志,2003,41(5):346~350
- [32]姜春岩,耿向苏,王满宜,等.复杂肱骨近端骨折人工肩关节置换术后的若干问题[J].中华外科杂志,2002,40(1):65~67
- [33]贾健.移位肩孟骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2003,23(4):197~201
- [34]辛玉甫.关节腔内注射透明质酸钠配合关节松动术治疗肩周炎的临床观察[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(5):316~317
- [35]李辉.应用关节松动术、温热磁振疗法治疗肩周炎的临床疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25(11):704~705

(收稿日期:2007-02-09)