

桡骨远端骨折中医保守治疗效果观察

吴启达

(辽阳市中心医院新城医院, 辽宁 辽阳 111000)

摘要 目的:探讨桡骨远端骨折中医保守治疗效果。方法:选择我院 2018 年 10 月-2019 年 12 月本院收治的 56 例闭合型桡骨远端骨折患者,随机分为对照组(26 例)和观察组(30 例)。观察组患者采用中医保守治疗,对照组采用切开复位内固定治疗,观察 2 组骨折愈合效果,并监测 2 组腕关节功能情况。结果:观察组骨折愈合时间为(6.53±1.52)周,对照组为(8.57±1.68)周,差异有统计学意义($t=13.719, P<0.05$)。2 组患者骨折愈合效果均较好。对照组术后并发症发生率为 5.88%(2/34),观察组优良率(97.06%, 33/34)与对照组(96.88%, 31/32)比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.915, P>0.05$)。结论:中医保守治疗桡骨远端骨折的骨折愈合效果良好,预后关节功能较好,但是应严格把握禁忌证和适应证,以保证治疗效果。

关键词 桡骨远端骨折;中医;保守治疗;效果观察;骨折愈合;腕关节

中图分类号:R 683.41 文献标识码:B 文章编号:1673—6567(2022)06—0049—03 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.06.026

桡骨远端骨折是临床常见的四肢骨折类型,发生率较高,需进一步提升其临床诊疗水平。

桡骨远端骨折可采取保守治疗和外科手术治疗,各种疗法的临床应用均较多,但是其疗效尚有待分析。桡骨远端骨折外科手术治疗效果可靠,预后较好,但是手术创伤大、康复期长、并发症多等问题,且桡骨远端骨折患者中老年人占比较高,因而需积极探索保守疗法^[1]。中医在桡骨远端骨折治疗方面形成了一套保守治疗方案,可通过手法整复、夹板固定等方式治疗桡骨远端骨折^[2]。为进一步探明其疗效,本次研究选择我院 2018 年 10 月-2019 年 12 月期间本院收治的 56 例闭合型桡骨远端骨折患者,针对效果进行了分析,现总结报告如下。

临床资料

1 一般资料:选择我院 2018 年 10 月-2019 年 12 月本院收治的 56 例闭合型桡骨远端骨折患者,随机分为对照组(26 例)和观察组(30 例)。患者均行影像学检查为主为桡骨远端骨折。观察组,男 20 例,女 10 例,年龄 38-64 岁,平均为(50.89±12.98)岁,骨折至复位时间 4-52 小时,平均为(36.14±16.02)小时。对照组,男 16 例,女 10 例,年龄 38-64 岁,平均为(50.89±12.98)岁,骨折至复位时间 4-52 小时,平均(36.14±16.02)小时。2 组在一般资料方面,差异不显著($P>0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:闭合单侧桡骨远端骨折;骨折时间≤3 天;AO 分型:A 型、B1 型桡骨远端骨折;稳定的关节外骨折及部分关节内骨折;资料完整;自愿参与本次研究,并签署知情同意书。(2)排除标准:未成年人;开放性/病理性骨折者;合并骨筋膜间隔室综合征者;合并严重骨质疏松症者;伴有血管神经损伤者;复位前桡骨短缩≥5 cm;骨折块向背侧成角≥20°;骨折块移位>1 cm;桡骨远端背侧骨皮质粉碎程度>50%;骨折累及关节面者;合并恶性肿瘤者;合并严重慢性感染性疾病者;肝肾功能严重不全者^[3]。

2 方法:观察组患者采用中医保守治疗:局部麻醉(血肿麻醉)后,先行手法整复,主要采用牵引和提按复位手法;患者取坐位,若坐位稳定性较差者,采取平卧位,前臂取中立位,并采用错对挤压、摇动、挤按、屈伸等手法纠正远端向桡侧移位,牵引折顶后远端旋前,保持腕关节掌屈尺偏位;复位后,采用夹板固定方式维持复位后稳定性,放置棉垫于患侧掌屈尺偏腕关节或背伸腕关节部位,实施背侧、掌侧固定;固定时间为 4-8 周。密切观察患者骨折愈合情况,若出现移位,立即再次手法整复、夹板固定。对照组采用切开复位内固定治疗。臂丛神经麻醉后,采用掌侧入路切开,暴露骨折端,清除血肿,局部复位后,实施钢板螺钉内固定,术后石膏固定 2-3 周。

3 观察指标:(1)骨折愈合评估。观察患者复位后定期来院复查,实施 X 线检查、触诊、腕关节功能等,评估骨折愈合情况,并记录 2 组患肢肿胀消退、患肢压痛和叩击痛消退时间、住院时间、腕关节固定时间、骨折愈合时间、掌屈或背伸角度改善幅度,并监测 2 组并发症情况。(2)腕关节疼痛、关节活动度、工作能力和握力评估。采用改良 Green-O'Brien 腕关节评分(又称 Cooney 评分),评估 2 组患者治疗前后腕关节腕关节疼痛、关节活动度、工作能力和握力,共 4 个维度,各维度评分 0-25 分,评分越高,表示腕关节疼痛越弱、关节活动度

越大、工作能力和握力越好,统计 2 组患者治疗后各维度评分及总分变化,持续随访评估 6 个月^[4]。(3)腕关节功能优良率评估。2 组患者随访 6 个月,每个月监测 2 组腕关节功能恢复情况:优:与健侧相比,握力未改变,无活动受限和功能损伤,掌屈或背伸减少≤15°,疼痛和肿胀等症状完全消退;良:日常活动基本不受限,掌屈或背伸减少 16°-30°,剧烈活动偶有疼痛,与健侧相比,握力轻微减弱;可:日常活动部分受限,掌屈或背伸减少 30°-50°,时常出现疼痛,但尚可耐受,与健侧相比,握力减弱;差:日常活动严重受限,掌屈或背伸减少>50°,经常或持续疼痛,且疼痛程度严重,与健侧相比,握力显著减弱;总有效率=(样本数-无效)/样本数×100.00%^[5],对比 2 组治疗后 3 个月、6 个月腕关节功能变化。

4 统计学方法:本次研究采用 SPSS20.0 统计学软件分析所有数据,以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,并采用 t 检验;采用 χ^2 检验计数资料($n, \%$), $P<0.05$ 认为差异显著,有统计学意义。

5 结果

5.1 2 组骨折后康复相关指标比较:观察组患肢肿胀消退时间为(14.26±2.23)天、骨折愈合时间为(6.53±1.52)周、患肢压痛和叩击痛消退时间为(13.26±2.16)天、住院时间为(5.73±1.57)天、腕关节固定时间为(5.18±1.98)周、掌屈或背伸角度改善幅度 35.02°±14.29°。对照组患肢肿胀消退时间为(20.69±3.78)天、骨折愈合时间为(8.57±1.68)周、患肢压痛和叩击痛消退时间为(22.18±4.57)天、住院时间为(11.03±4.23)天、腕关节固定时间为(1.85±0.69)周、掌屈或背伸角度改善幅度 26.25°±5.02°。观察组患肢肿胀消退、患肢压痛和叩击痛消退时间、住院时间、骨折愈合时间显著少于对照组,差异有统计学意义($t=5.129, P=0.017$; $t=6.256, P=0.012$; $t=5.896, P=0.011$; $t=7.719, P=0.002$);观察组掌屈或背伸角度改善幅度显著高于对照组,差异有统计学意义($t=7.417, P=0.004$)。观察组腕关节固定时间长于对照组,差异有统计学意义($t=5.023, P=0.011$)。

5.2 2 组骨折愈合评估结果比较:2 组患者复位后局部肿胀、疼痛均消失,无压痛和叩击痛;X 线片示骨折线模糊、连续骨痂形成;外固定去除后,负重效果良好,无骨折变形者。但对照组术后出现 2 例切口感染者,并发症发生率为 5.88%(2/34)。

5.3 2 组腕关节疼痛、关节活动度、工作能力和握力评估对比:(1)治疗前 Green-O'Brien 腕关节评分。观察组腕关节疼痛评分为(12.63±2.03)分、关节活动度评分为(11.98±2.47)分、工作能力评分为(10.15±2.43)分和握力评分为(10.36±3.18)分;对照组腕关节疼痛评分为(12.14±2.03)分、关节活动度评分为(12.02±3.01)分、工作能力评分为(10.58±2.75)分和握力评分为(10.52±2.97)分。观察组各维度评分与对照组比较,差异无统计学意义($t=0.256, P=5.164$; $t=0.369, P=0.756$; $t=0.253, P=0.698$; $t=0.311, P=0.759$)。(2)治疗 1 个月后 Green-O'Brien 腕关节评分。观察组腕关节疼痛评分为(17.26±2.23)分、关节活动度评分为(16.26±2.03)分、工作能力评分为(13.92±2.02)分和握力评分为(13.74±1.97)分;对照组腕关节疼痛评分为(14.89

±2.01)分、关节活动度评分为(13.98±1.97)分、工作能力评分为(12.29±2.13)分和握力评分为(11.98±1.95)分。观察组各维度评分与对照组比较,差异有统计学意义($t=5.254, P=0.018; t=4.978, P=0.022; t=4.097, P=0.022; t=4.897, P=0.023$)。(3)治疗后3个月Green-O'Brien腕关节评分。观察组腕关节疼痛评分为(20.52±3.14)分、关节活动度评分为(19.23±2.15)分、工作能力评分为(16.38±2.79)分和握力评分为(19.98±2.13)分;对照组腕关节疼痛评分为(16.36±1.79)分、关节活动度评分为(15.79±2.19)分、工作能力评分为(15.24±3.12)分和握力评分为(14.8±2.43)分。观察组各维度评分与对照组比较,差异有统计学意义($t=4.978, P=0.012; t=5.036, P=0.015; t=5.471, P=0.018; t=4.987, P=0.020$)。(4)治疗后6个月Green-O'Brien腕关节评分。观察组腕关节疼痛评分为(21.43±2.04)分、关节活动度评分为(20.98±2.89)分、工作能力评分为(19.78±3.02)分和握力评分为(20.89±2.37)分;对照组腕关节疼痛评分为(20.96±2.03)分、关节活动度评分为(20.53±3.14)分、工作能力评分为(20.13±2.57)分和握力评分为(21.02±2.03)分。观察组各维度评分与对照组比较,差异无统计学意义($t=0.256, P=0.749; t=0.198, P=0.638; t=0.178, P=0.792; t=0.231, P=0.698$)。

5.4.2 组腕关节功能优良度评估对比:治疗后6个月:观察组腕关节功能评估优者12例(35.29%, 12/34),良者18例(52.94%, 18/34),可者3例(8.82%, 3/34),差者1例(2.94%, 1/34);对照组腕关节功能评估优者12例(37.50%, 12/32),良者17例(53.13%, 17/32),可者2例(6.25%, 2/32),差者1例(3.13%, 1/32)。2组腕关节功能评估优者、良者、可者和差者占比比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.231, P>0.05; \chi^2=0.356, P>0.05; \chi^2=0.324, P>0.05; \chi^2=0.364, P>0.05$)。观察组腕关节功能优良率(97.06%, 33/34)与对照组(96.88%, 31/32)比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.231, P>0.05$)。

讨 论

近几年来,我国桡骨远端骨折疾病的发生率表现出了逐年上涨的态势。该疾病主要指的是发生在距离人体桡骨远端关节面3.0cm以内的骨折。因该位置结构性质相对薄弱,当发生撞击或者跌倒时或者受到暴力影响出现的骨折。该类型骨折发生之后,患者的关节面一般展现为凹面,在此背景下掌倾角以及尺倾角随之形成。Colles骨折为临床中比较常见的桡骨远端骨折类型。此疾病的出现和间接暴力有关。比如说,病患在跌倒时手肘着地。骨质疏松患者以及经常进行剧烈运动的青少年为发生此疾病的重要群体。桡骨远端骨折疾病会由于患者的骨折类型存在一定差异,一般表现为腕部肿胀、腕关节活动受到限制以及腕部疼痛^[6]。老年人是桡骨远端骨折的高发群体,临床治疗要求较高,常规手术治疗方式创伤大,老年人康复效果较差,需积极探索损伤性较小治疗方案。中医在桡骨远端骨折保守治疗方面积累了丰富的经验,治疗技术不断优化、改进,治疗效果有效提升。

针对于桡骨远端骨折患者来讲,桡骨远端骨折的中医保守治疗以手法整复为主,实施中医保守治疗疾病能够取得满意效果。手法复位整复为中医保守治疗桡骨远端骨折的重要方式。对病患开展此项治疗的目的主要在于针对骨折位置加以复位,具体复位时间越早越好。在受伤之后半个月均可实现对患者骨折位置复位。而针对经上述干预手段处理之后,依旧移位的患者可以再次对其开展手法复位操作。治疗前参照X线检查结果,制定治疗方案,可通过牵引、摇动、挤按、屈伸等手法纠正远端向桡侧移位,促进骨折端复位,促进局部解剖结构恢复,同时结合夹板固定法,可有效维持复位后稳定性^[7]。该类骨折中医治疗相关文献研究发现,保守治疗后骨折愈合效果良好,与手术治疗相比,局部损伤较小,骨折愈合速度可加快1-3周,且并发症风险较少^[4]。本次研究也发现,2组患者复位后监测显示X线片骨折线模糊、连续骨痂形成,外固定去除后,负重效果良好,无骨折变形者,骨折愈合效果均较好,且观察组骨

折愈合时间为(6.53±1.52)周,对照组为(8.57±1.68)周,差异有统计学意义($P<0.05$);但对照组术后出现2例切口感染者,并发症发生率为5.88%,提示中医保守治疗有效加快了骨折愈合速度,且并发症风险较低,有效促进了患者尽快康复,预后较好。同时,本次研究监测患者骨折后康复情况发现,观察组患肢肿胀消退时间为(14.26±2.23)天、患肢压痛和叩击痛消退时间为(13.26±2.16)天、住院时间为(5.73±1.57)天、腕关节固定时间为(5.18±1.98)周、掌屈或背伸角度改善幅度 $35.02^\circ \pm 14.29^\circ$,而对照组患肢肿胀消退时间为(20.69±3.78)天、患肢压痛和叩击痛消退时间为(22.18±4.57)天、住院时间为(11.03±4.23)天、腕关节固定时间为(1.85±0.69)周、掌屈或背伸角度改善幅度 $26.25^\circ \pm 5.02^\circ$,观察组患肢肿胀消退、患肢压痛和叩击痛消退时间、住院时间显著少于对照组,而观察组掌屈或背伸角度改善幅度显著高于对照组,但是观察组腕关节固定时间长于对照组,可知中医保守治疗可促进患肢肿胀、压痛和叩击痛消退,缩短患者住院时间,有助于患者尽快康复;需注意中医保守治疗的腕关节固定时间较长,但是可进一步提升患者掌屈或背伸角度改善幅度,有助于缩短患者康复进程,提升其康复效果,中医保守治疗效果较为可靠。桡骨远端骨折的保守治疗相关文献报道显示,中医保守治疗对患者腕关节疼痛、关节活动度、工作能力和握力的改善效果较好,但是其具体腕关节功能有待明确^[7]。为此,本次研究对患者腕关节恢复状态进行了追踪调查,对比分析了2组患者腕关节疼痛、关节活动度、工作能力和握力的变化,结果发现,治疗1个月后Green-O'Brien腕关节评分,观察组腕关节疼痛评分为(17.26±2.23)分、关节活动度评分为(16.26±2.03)分、工作能力评分为(13.92±2.02)分和握力评分为(13.74±1.97)分;对照组腕关节疼痛评分为(14.89±2.01)分、关节活动度评分为(13.98±1.97)分、工作能力评分为(12.29±2.13)分和握力评分为(11.98±1.95)分。观察组各维度评分显著高于对照组,可知中医保守治疗的早期治疗效果较好,可快速改善患者腕关节疼痛症状及各方面活动能力。同时,监测患者治疗后3个月Green-O'Brien腕关节评分发现,观察组腕关节疼痛评分为(20.52±3.14)分、关节活动度评分为(19.23±2.15)分、工作能力评分为(16.38±2.79)分和握力评分为(19.98±2.13)分;对照组腕关节疼痛评分为(16.36±1.79)分、关节活动度评分为(15.79±2.19)分、工作能力评分为(15.24±3.12)分和握力评分为(14.8±2.43)分。观察组各维度评分显著高于对照组,可知中医保守治疗3个月后,患者腕关节活动能力恢复效果较好,与手术治疗相比,预后更佳。但是,监测2组治疗后6个月Green-O'Brien腕关节评分发现,观察组各维度评分与对照组比较,差异无统计学意义,可知中医保守治疗与手术治疗可获得较为相似的临床效果,患者预后均较好,而中医保守治疗更为安全高效,对腕关节疼痛症状及各方面活动能力改善效果均较好,临床应用价值较高。有文献总结了中医保守治疗桡骨远端骨折手法整复的禁忌证以及适应证,禁忌证具体为:通常而言,当患者同时存在下述情况,为其开展保守治疗很难达到预期目的。比如说:在对患者开展部位操作之前,桡骨缩短幅度在5cm以上;在对患者开展复位操作之前,骨折块朝向背侧成角 $>20^\circ$;桡骨远端背侧骨皮质粉碎大于桡骨宽度一半以上;桡骨远端骨折掌侧在干骺端粉碎;同时合并尺骨骨折患者;复位之前骨折块超过1cm骨折者;累及到关节变形者;存在重度骨质疏松者^[8]。手法整复复位处理的适应证具体为:有文献表明,中医保守治疗桡骨远端骨折适用于AO型之内的B1型以及A型桡骨远端骨折。当前临床指出:稳定且简单的关节外骨折和部分关节内骨折患者,在排除禁忌证之后可以考虑为患者开展中医保守治疗,应用此法加以干预,能取得满意效果^[9]。从手法整合复位具体标准来看,主要为:中医手法掌握的关键点在于在最大程度上复原病患桡骨长度、尺偏角以及掌倾角。同时也要保证患者骨折线对位满意。现如今,随着我国腕部生物力学和显微解剖学研究不断深入,当前诸多学者指出:如果桡骨远端缩短移位达到5mm以上,关节面不平整和掌倾角改变达到2mm以上,将会对患者的腕关节功能恢复造成极大影

响^[10]。当前现行的桡骨远端骨折手法整复合格标准为:正位片的尺偏角达到 15°以上、桡骨茎突长度超出尺骨茎突 7mm 以上;侧位片骨折端背侧成角在 15°以下或者掌侧成角在 20°以下;病患骨折位置关节面台阶应当在 2mm 以下。此次,本次研究对比分析 2 组腕关节功能,结果显示,观察组优良率(97.06%,33/34)与对照组(96.88%,31/32)比较,差异不显著($P>0.05$);且观察组腕关节功能评估优者(35.29%),良者(52.94%),可者(8.82%)和差者(2.94%),与对照组腕关节功能评估结果(37.50%,53.13%,6.25%,3.13%)比较,差异无统计学意义。可见中医保守治疗后腕功能较好,与手术内固定方法相比,腕功能差异不显著,预后良好,应用价值较高。中医保守治疗效果良好,但是需严格排除禁忌证,开放性骨折、神经血管损伤者、桡骨远端背侧骨皮质粉碎程度>50%、骨折累及关节面者、复位前桡骨短缩 ≥ 5 cm 等患者不宜实施保守治疗,从 AO 分型分析,A 型、B1 型桡骨远端骨折保守治疗效果相对较好。此外,应注意桡骨远端骨折后应尽快评估,对于简单稳定、且符合保守治疗指征者,应尽早实施手法整复治疗,避免影响骨折愈合效果。

综上所述,中医保守治疗桡骨远端骨折的骨折愈合效果良好,预后关节功能较好,但是应严格把握禁忌证和适应证,以保证治疗效果。

参考文献

[1] 王笑丰,胡晓乐,李永.影响桡骨远端骨折中医康复效果的多因素分析[J].中国伤残医学,2019,27(17):76-77.
 [2] 汪志炯,李国栋,华臻.消肿膏联合中医正骨手法治疗老年桡骨远端骨折疗效观察[J].中国中医急症,2020,29(04):698-

699,703.
 [3] 郑春伟,陆羽羽,史秀罡,等.补肾活血汤配合牵按推挤手动复位治疗肾虚血瘀型桡骨远端骨折临床研究[J].河南中医,2020,40(04):621-624.
 [4] 蔺秋廉.手法复位、小夹板固定联合中医三期辨证疗法治疗伸直型桡骨远端骨折的效果[J].当代医药论丛,2020,18(05):193-195.
 [5] 张冬生,杨伟,梅中军,等.成人桡骨远端骨折中医小夹板保守治疗后桡骨短缩的危险因素分析[J].双足与保健,2018,27(17):131-132.
 [6] 唐钟涛,唐彬舒.中医手法复位小夹板固定结合四黄散外敷治疗桡骨远端骨折临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(09):1471-1472.
 [7] 曾生群.桡骨远端骨折的中医保守治疗方法[N].医师报,2021-08-26(C01).
 [8] 李铭锡,罗慧钦,李兆强.中医复位手法治疗老年桡骨远端骨折临床疗效分析[J].哈尔滨医药,2021,41(04):135-136.
 [9] 颜威,孔博,蒋涛,等.魏氏伤科论治桡骨远端骨折要略[J].上海中医药杂志,2021,55(02):12-15.
 [10] 曹新彦,杭柏亚.桡骨远端骨折中医保守治疗进展研究[J].名医,2020(11):6-7.
 [11] 黄坤.桡骨远端骨折治疗的研究进展[J].医学食疗与健康,2020,18(08):214,216.

作者简介:吴启达,学士学位,主治医师,研究方向:中医骨伤,单位:辽阳市中心医院新城医院,邮编:111000,电话:18145673067,邮箱:zjh1630408@163.com

收稿日期:2020-08-07

火针联合 Maitland 关节松动术治疗疼痛期肩周炎的早期临床疗效观察

沈守卫¹ 乔全根¹ 高军¹ 田应龙² 吴奇² 陈龙² 季新涛² 倪晓辉²(通讯作者)

(1 陕西省铜川市宜君县中医医院,陕西 宜君 727200; 2 江苏省盐城市大丰人民医院)

摘要 目的:探讨肩关节周围火针针刺联合 Maitland 关节松动术治疗疼痛期肩周炎的早期临床疗效。方法:对 2018 年 1 月-2020 年 1 月我院收治的疼痛期肩周炎患者 76 例,随机分为 2 组,观察组 34 例患者采用火针联合 Maitland 关节松动术治疗,对照组 42 例仅应用火针围刺技术治疗,对 2 组患者临床结果进行分析总结。结果:2 组患者治疗前肩关节疼痛评分、肩关节功能 Melle 评分及肩关节主动活动度无统计学差异($P>0.05$);经治疗后 2 组患者疼痛评分、功能评分及关节活动度均较治疗前有改善($P<0.05$),但观察组疗效更优于对照组($P<0.05$)。结论:火针围刺联合 Maitland 关节松动术在改善疼痛期肩周炎患者的疼痛及肩关节功能方面疗效显著。

关键词 火针;Maitland 关节松动术;疼痛期;肩关节周围炎

中图分类号:R 684.8 文献标识码:B 文章编号:1673-6567(2022)06-0051-03 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.06.027

肩关节周围炎简称肩周炎,随着国内人口老龄化趋势日渐显现而发病率逐年增多,带来的社会经济负担已成为一个普遍性的社会问题^[1]。肩周炎患者会出现肩关节部位疼痛以及肩关节活动障碍等现象,疼痛期患者症状更加显著,如果不及及时进行治疗,可能会导致肩部肌肉等软组织萎缩、粘连、肩关节活动不利等现象,严重影响患者生活质量^[2]。目前临床上针对该种疾病的治疗有多种方法,如物理治疗、中西医药物治疗、综合治疗,甚至关节镜手术治疗等,但是,采用中西医结合的综合措施治疗仍然是肩周炎的重要治疗手段。为了分析火针围刺联合 Maitland 关节松动术治疗疼痛期肩周炎的临床效果,选择我院收治的 76 例疼痛期肩周炎患者为研究对象,进行随机分组,对照组仅采用火针围刺治疗,观察组在对照组的基础上实施 Maitland 关节松动术,总结临床效果,现报告如下。

表 1 2 组患者一般临床资料

组别	例数	性别(男/女)	年龄(岁)	侧别(右/左)
观察组	34	10/24	52.1±5.5	14/20
对照组	42	16/26	50.6±6.9	18/24
t/χ^2	-	$\chi^2=0.629$	$t=1.034$	$\chi^2=0.028$
P 值	-	$P>0.05(0.261)$	$P>0.05(0.133)$	$P>0.05(4.971)$

2 治疗方法:2 组患者治疗前先接受康复知识培训及日常生活姿势教育,再给予火针治疗,火针选择 0.40 mm×25 mm 师氏火针。嘱患者肩关节行各方向主动活动,出现疼痛时保持姿势,主要压痛点即阿是穴,用酒精灯烧红火针,快速点刺阿是穴,同时捻转针柄即可出针,后以无菌干棉球压紧针孔,每处行火针点刺 2 针;1 次治疗后重新选择新压痛点,选择疼痛最明显的 4 处压痛点进行针刺治疗。火针治疗频次为 1 次/d,隔天施行,共 2 周。观察组患者在施行火针点刺治疗的基础上再行 Maitland 关节松动术治疗^[5]:(1)分离牵引。术者固定手抓住患者前臂,移动手放在腋窝下 2 横指处,移动手向

临床资料

1 一般资料:选取 2018 年 1 月-2020 年 1 月我院骨伤科门诊收治的疼痛期肩周炎患者 76 例,诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]和《骨科疾病诊断标准》^[4]中有关肩周炎的诊断标准。本研究获我院伦理委员会批准,入组患者治疗前对本研究知情了解,且签署特殊治疗同意书。排除标准:巨大肩袖撕裂者;颈肩部外伤、手术者;风湿免疫性疾病者;严重关节畸形者;合并严重心、脑、肝、肾、造血系统等基础性疾病者