

肩周炎一针疗法

王文远 编著



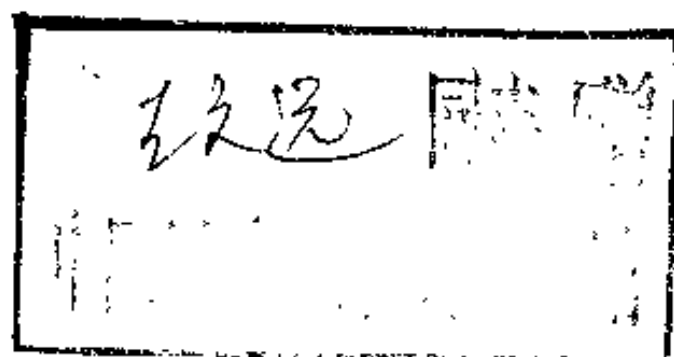
二九二医院门诊部大楼

中国医药科技出版社

105550

肩周炎一针治疗法

王文远 编著



中国医药科技出版社

C0192435



2456

内 容 提 要

本书是一部关于肩关节周围炎治疗一针见效的最佳技术专著，也是一项最新科技成果廉价转让普及推广的经验介绍，体现了作者救死扶伤，病人至上的医德高尚精神。全书共分两篇，第一篇重点介绍了一针取穴的位置、针刺手法、针刺参数、辅助治疗及注意事项，以及肩周炎的诊断、鉴别诊断与心理学研究等。第二篇侧重阐述了颈椎病继发的颈肩综合征的最新综合治疗方法。

肩周炎一针治疗法

王文远 编著

责任编辑 吴大真

中国医药科技出版社出版发行
(北京西直门外北礼士路甲38号)
轻工业出版社印刷厂印刷

开本850×1168mm 1/32 印张3³/₄ 插页2

字数86千字 印数1-1600册

1990年1月第1版 1990年1月第1次印刷

ISBN 7-5067-0133-2/R·0134

定价2.50元

前 言

北京292医院(即卫戍区医院)门诊部副主任王文远同志,经过多年的潜心研究,突破循经取穴的方法,结合生物全息律学说,运用中医整体平衡论的观点,成功地探索了针刺治疗肩周炎的有效穴位——中平奇穴。

据统计:一、临床疗效:先后治疗来自全国26个省市及日本、瑞士、美国、新加坡、香港等地的国内外患者3万余人次。经对2046例统计,有效率为98.2%,治愈率70.3%,一针治愈率11%。经统计学处理治愈率与针刺对照组、西药对照组存在显著差异($P<0.01$),对107例随访复发率占12.1%。二、资料检索:经北京图书馆、中国中医研究院情报研究所检索了1949~1987年中外文献8000多种期刊,2000万条目录未见报道。三、基础研究:经中国中医研究院针灸研究所对大鼠甩尾阈和嘶叫阈试验,针刺中平穴组明显优于对照组的51% ($P<0.001$)和79% ($P<0.01$)。四、临床验证:经北京、内蒙古、山东、山西、河南、福建等军内外10家医院临床验证1447例,有效率98%,治愈率68%。五、普及推广:举办军内外学习班6期,函授班1期,专题讲座技术表演8期,近千人次参加。六、论文发表:医学杂志6篇,专业会议5篇(其中国际会议1篇)。1988年度被评为全军中青年优秀论文和科技进步二等奖。

为了进一步普及推广这一先进技术,更好地为肩周炎患者服务,为部队服务,请作者在讲义的基础上进行了补充修正。

北京军区卫生部

1989.9.

序 一

杨继洲先生名言：“治法因乎人，不因乎数；变通随乎症，不随乎法；定穴主乎心，不主乎奇正之陈迹，譬如老将用兵，运筹攻守，坐作进退，皆运一心之神以为之。”观此，则知杨氏运用针灸治病，不拘于数、法，及正（经）穴、奇穴，总以人、症为指归，活人为宗旨。今天王文远同志运用奇穴治疗肩周炎，为广大患者服务，已取得良好疗效，发扬针灸，甚属可喜之事。现经北京卫戍区医院、北京军区后勤部卫生部审定准予传播，造福人民。嘱为之序，故乐从之！

中国人民政治协商会议全国委员会委员
中国针灸学会副会长 程莘农 教授
中国北京国际培训中心副主任

戊辰初春于暗香楼

序 二

针灸学是中医学的重要组成部分，几千年来，针灸在防病治病方面得到了广泛地应用，起到了重要的作用，针灸的卓越疗效，不仅为中国人民爱慕，也深受世界人民的欢迎。所以，针灸不仅属于中国，而且也是世界医学的组成部分。

针灸治疗疾病是通过腧穴进行的，腧穴在针灸学中可分为阿是穴、奇穴和十四经穴。三类腧穴正好从一个侧面反映了针灸学不断补充，不断完善的发展过程，即由阿是穴到探索主治症，由主治症的概括到归经的过程。即便是一些原有的腧穴，随着经验的总结，其治疗作用也会得到不断的充实和提高。王文远同志在临床实践中总结出中平穴对肩周病具有良好效果，又通过十多年的临床应用，一千多例病人的疗效观察，说明中平穴确有良好效果，这一成果无疑又是对针灸学的新补充。

我读了这本书，受益非浅，临床应用确有良效。肩周病是中老年人的常见病、多发病，严重地影响生活和工作，目前尚无特效方法，中平穴治疗本病的经验是宝贵的，值得交流和推广。

中国针灸学会常务理事
北京中医学院针推系主任

何树槐 副教授

1988.3.24.

编写说明

肩关节周围炎是肩关节周围软组织的一种无菌性炎症，为中老年人的常见病多发病之一。笔者根据祖国医学上病下治，下病上治，左病治右，右病治左的理论，探索了针刺肩周炎的有效穴位——中平穴。经过20余年的临床实践，发现此穴镇痛效果快，针感出现后立刻产生镇痛效应。镇痛时间长，早期因疼痛引起的功能障碍，没有形成粘连，大部分可一针治愈。针感为远距离传导，约70%向足面、足趾传导，25%向大腿内侧传导，5%向患侧肩部传导。

为了让广大医务工作者普及掌握针刺中平穴治疗肩周炎的经验，更好地为部队、为人民群众服务，受北京军区卫生部、卫戍区卫生处的委托，在讲义的基础上进行了补充完善。全国政协委员、中国针灸学会副会长、中国北京国际针灸培训中心副主任程莘农教授，中国针灸学会常务理事、北京中医学院针推系主任何树槐副教授，于百忙中为该书题写了序言，在此表示衷心的感谢！同时得到了北京针灸学院王佩教授和军区卫生部张晓玉、刘士敏同志的指导帮助，得到医院领导及医务处机关同志们的支持，特此致以崇高的敬意！

由于作者水平所限，在编写过程中难免存在缺点及错误之处，请同行批评指正。

作者



王文远同志简介

(李 缙)

王文远，男，44岁，山东省临沂市人。系中国中医学会、针灸学会、中西医结合研究会会员。1961年始岐黄业，1964年12月从戎至京，献身于国防事业。历任助理军医、军医、主治医师、副主任等职。

该同志自幼聪颖悟达，矢志祖国医学，虚心向专家老师学习，博览医著群书，注重临床实践，勇于探索，坚持中西医结合，并取各家之精华，在中医内科、外科、妇科常见病的治疗中积累了丰富的临床经验。尤其在中医治疗月经病、痛经、宫颈炎、肋软骨炎、肠道易激综合征、头痛、溃疡病，针灸治疗肩周炎、面神经麻痹、坐骨神经痛等形成了自己的特色和独特的经验。被群众称为“王一针”。

先后发表各类学术论文96篇，其中医学杂志发表49篇，专业学术会议发表47篇。《针刺中平穴治疗肩关节周围炎》发表于第四届亚洲农村医学专业会议。荣获军队科技进步奖5项，其中《针刺中平奇穴治疗肩周炎的研究》被评为全军科技进步二等奖。编写了《针刺中平奇穴治疗肩周炎》专著和参与编写了《北京地区流行病学与医学动物》一书。

由于王文远同志具有病人至上的高尚医德，刻苦钻研业务技术，全心全意为伤病员服务的崇高精神。部队党委给他荣立二等功、三等功各一次，通令嘉奖八次。人民日报、光明日报、健康报、解放军报、中国老年报、中央广播电台、电视台等十几家新闻单位进行了专题报道。



院长李缙（中）副主任王文远（右1）与日本外宾合影



副院长王建国（后排中）、王文远（左1）、李廷成（右1）
一九八八年在内蒙古苏尼特右旗与牧民家中合影



主治医师王文远（左1）给美国中医学院学生介绍针刺
中平穴治疗肩周炎的经验 and 现场技术表演



王文远军医在北京军区中医分会成立暨学
术会议上做针刺治疗肩周炎技术表演



王文远军医在内蒙古西苏旗医院讲学



王文远军医（右4）与进修肩周炎专项技术学员留影

目 录

第一篇 肩关节周围炎

第一章 肩关节解剖概要	(1)
第一节 肩部的功能解剖.....	(1)
第二节 关节运动功能检查.....	(6)
第三节 肩部特殊检查.....	(7)
第二章 肩关节周围炎的病因病理	(8)
第一节 肩关节周围炎的病因.....	(8)
第二节 肩关节周围炎的病理.....	(8)
第三章 肩关节周围炎的诊断要点	(10)
第四章 肩关节周围炎的鉴别诊断	(11)
第一节 颈椎综合征.....	(11)
第二节 胸廓出口综合征.....	(19)
第三节 肩袖损伤.....	(19)
第四节 颈肩肌筋膜炎.....	(19)
第五节 干骺性骨软骨炎.....	(20)
第六节 冈上肌腱断裂.....	(20)
第七节 肱二头肌腱断裂.....	(20)
第八节 肩关节结核.....	(21)
第五章 肩关节周围炎的治疗标准	(22)
第六章 祖国医学对肩关节周围炎的认识	(23)

第一节	病因病机	(24)
第二节	辨证分型	(24)
第七章	中平穴的针刺与取穴	(25)
第一节	中平穴的定位	(25)
第二节	中平穴的针刺手法	(25)
第三节	中平穴的针刺方法与辅助治疗	(25)
第四节	中平穴的针刺参数	(26)
第五节	中平穴的主治与功用	(26)
第六节	中平穴针刺注意事项	(26)
第八章	中平穴的镇痛机理研究	(28)
第九章	肩关节周围炎的其他治疗方法	(29)
第一节	控制疼痛与肌肉痉挛	(29)
第二节	手术与麻醉下板拉	(29)
第三节	运动疗法	(30)
第四节	按摩疗法	(30)
第五节	中药疗法	(30)
第六节	综合疗法	(31)
第七节	刺血疗法	(31)
第八节	针刺疗法	(31)
第十章	下肢的解剖概要	(32)
第十一章	针刺患者与医者的心理研究	(33)
第一节	患者心理研究	(33)
第二节	医者心理研究	(34)
第十二章	名词解释	(36)
第一节	经外奇穴	(36)
第二节	巨刺针法	(36)
第三节	生物全息规律学说	(37)
第十三章	学术论文选载	(38)
附一	针刺“肩周穴”治愈肩关节周围炎(《中医药信息》1987年)	

附二	“一针治疗肩周炎（《首届全军针灸针麻学术研讨会》88(4)《人民军医》1988(8)）……………	(39)
附三	针刺中平穴治疗肩周炎345例疗效分析(《中国针灸》1988(6)《中医药学报》1988(6)《全军中青年优秀论文选集》1988(10)《北京军区中医学会成立既第一次学术会议》1988(10)《北京中医年会论文集》1989(4)…	(43)
附四	巨刺针法治疗肩周炎773例观察(华北第四届针灸专业会议》1988(10)《骨伤科通讯》1989(2)……………	(48)
附五	针刺治疗肩周炎1000例疗效分析《第四届亚洲农村医学专业会议一论文集》1988(北京)中文版P157	(52)
附六	针刺治疗肩周炎1804例疗效分析(第四届全国中医骨伤科学术会议》1988(11))……………	(54)

第二篇 颈肩综合征

第一章	颈肩综合征诊断要点……………	(64)
第二章	颈肩综合征治疗方法……………	(65)
第三章	颈肩综合征疗效标准……………	(66)
第四章	颈肩综合征机理探讨……………	(67)
第五章	学术论文连载……………	(68)
	针点中导疗法治疗颈肩综合征278例疗效分析	(68)
附录一	转载部分报纸的报导……………	(73)
	(一)《针灸治疗肩周炎可一针见效》……………	(73)
	转载自《人民日报》1988年5月12日	
	(二)《全军针灸针麻委员会成立》……………	(74)
	转载自《解放军报》1988年4月29日	
	(三)《针刺经外奇穴治疗肩周炎获显效》……………	(74)
	转载自《健康报》1988年8月25日	

(四) 《292医院与地方单位协作治疗肩周炎、肥胖病有成效》	转载自《光明日报》1988年7月21日.....	(75)
(五) 《老年性肩周炎的治疗》.....	转载自《中国老年报》1989年3月29日	(75)
(六) 《搞科研需要稳定的环境》.....	转载自《战友报》1988年7月22日	(76)
(七) 《肩周炎患者的福音》.....	转载自《北京晚报》1988年7月30日	(77)
(八) 《北京卫戍区医院为首都群众实行义务便民服务》	转载自《战友报》1988年8月4日	(78)
(九) 神针神针针到病除.....	转载自《开封日报》1989年5月31日	(78)
(十) 一针一穴治疗肩周炎.....	转载自《信息产业报》1989年7月26日	(79)
(十一) 王文远治疗肩周炎一针见效.....	转载自《中国老年报》1989年8月30日	(79)
(十二) 誉满京华的王一针.....	转载自《中国中医药报》1989年9月11日	(80)
附录二： 转载三封患者来信		
(一) 全国农业展览馆离休干部宫秋光同志来信摘登		(82)
(二) 美国亚特兰大市针灸博士陈尔伟先生来信摘登		(84)
(三) 日本毛泽东思想学院行政委员长竹田幸子女士来信摘登.....		(84)
附录三： 常见肩关节、下肢解剖、功能检查示意图 ...		(86)
附录四： 参考资料		(96)
Analysis of Therapeutic Effect of Acupuncture at Zhongping Acupoint for Periarthritis of Shoulder.....		
		(97)
Good News for Omarthritis Patients.....		
		(105)

第一章 肩关节解剖概要

第一节 肩部的功能解剖

肩部的运动十分复杂，至少有 5 个“关节”参与肩部运动。可将之分为两组：第一组由盂肱（肩）关节和三角肌下“关节”组成。后者只是个机能“关节”，它辅助肩关节进行各方位的运动。第二组由肩胛胸“关节”，胸、锁关节和肩锁关节组成。肩胛胸“关节”也是一个机能“关节”，但肩胛骨的运动主要在此“关节”上进行的。

一、肩关节：由肩胛的关节盂和肱骨头构成，是全身最灵活的关节。肱骨头的球形关节面约占全部球面的 $1/3$ ，直径约6厘米，设肱骨头球心至关节面中心的连线为该关节面的中轴线。在解剖学方位下，此轴线伸向内、上、后方，轴线与肱骨干长轴间的夹角约 135° 。此轴线与额状面间的夹角为 30° ；面肱骨解剖颈向内下方的延线与水平面间夹角 45° 角。

关节盂及关节盂缘共同组成肩关节的关节窝。关节盂为一很浅的凹面，它朝向前外方并略向上翘。关节盂缘为环形纤维软骨，附着在关节盂的周缘略加深了关节窝。关节盂缘的断面呈三角形，其内面及关节盂的表面上覆以关节软骨。关节盂缘与关节盂疏松连接，其上部呈游离状，因此肩关节外伤时，可发生关节盂缘的撕脱。

关节囊附着在关节面周围，其在两关节面上的始段各为一环形窄带，又称关节囊袖。一些韧带和肌腱编入关节囊袖内。从肱

骨头侧来看，囊袖的上部为孟肱韧带束和肱二头肌长腱所加强，其前面有肩胛下肌腱所加强。从关节盂侧看，囊袖上部为肱二头肌长腱和孟肱韧带束加强，其前臂为孟肱韧带中束及下束加强。

肩关节肌腱袖又称肩袖，由起于肩胛骨止于肱骨上端的4条肌腱组成，即前方的肩胛下肌腱、上方的岗上肌腱，后及下方的岗下肌腱和小圆肌腱。肩袖的主要作用是增强肩关节连接的稳定性，此外也加强了关节囊。

肩关节囊外韧带有：(1)喙肱韧带：位于肩关节的上方，分前、后两束。前束起于喙突，止于肱骨小结节尖部，可限制肩关节过度后伸及外旋。后束起于喙突，止于大结节尖部，可防止肩关节过度前屈和内旋。(2)孟肱韧带：由上、中、下三束组成。上束起于肩关节盂的上部，止于肱骨头及小结节两上部，可限制外旋及内收。中束起于关节盂的上部，沿关节束前壁向外下方斜行，止于肱骨头前面的下区及关节囊前壁。下束起于关节盂的前下部横行向外，止于肱骨头的下。当肩关节呈 $60^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 外展或外旋时，中、下束受的牵张最大，在内旋、内收时放松。孟肱韧带的三束，在关节囊前壁构成一“Z”字形，上、中束间的薄弱区称Rouviere氏孔，由此孔向下可通入肩胛下窝。在中、下束之间的薄弱区称Rouviere氏孔，是喙突下滑囊外凸的门户。(3)肱骨横韧带架于肱骨大、小结节嵴间，肱二头肌长头腱由其深方穿过，故此韧带对其有约束作用。

二、三角肌下关节 位于三角肌与肩关节及其周围结构之间，这些结构有岗上肌腱、肱骨上端、岗下肌腱、小圆肌腱、肩胛下肌腱和肱二头肌长头腱等。它们与三角肌间隔有三角肌下囊和富于弹性的疏松组织间隙（可视在“关节腔”）。肩关节做任何运动时，都伴有三角肌下囊的位移和变形，故可以认为三角肌下关节为肩关节正常而流畅的运动提供了必要的条件。所以肩周炎——三角肌下关节腔粘连时，必然会严重地妨碍肩关节的运动。

三、肩胛胸关节 位于肩胛骨与胸壁之间。前锯肌把肩胛胸“关节腔”分为前、后两个间隙。前面间隙位于肩胛下肌与前锯肌之间、与腋腔相通。后间隙位于前锯肌与胸壁间。肩胛骨运动的支点是胸锁关节，但肩胛骨的运动主要表现为它与胸壁间的相对运动，故肩胛胸关节是上肢带运动的主要机能关节。应提及：(1)肩胛骨平面与额状面间有约 30° 的夹角。(2)肩胛骨平面与锁骨平面间的夹角约为 60° 。(3)肩胛骨的内侧角和下角、分别平对第2和第7肋，两侧下角的连线，横过T₇棘突之间。(4)脊柱缘与后正中线的距离约为5~6厘米。

四、肩锁关节 由肩胛骨肩峰关节面构成，为平面关节。肩锁关节盘的出现率约为20%。囊外韧带十分强大，计有：(1)内侧喙锁韧带，又称Caldani氏韧带，从喙突前端的内侧面面向内上方斜行，止于锁骨中段的下面，可防止锁骨向后移位。(2)锥状韧带和斜方韧带，两者都起于喙突根部的内侧面。锥状韧带止于锁骨下面的锥状隆起，纤维向上后内方斜行。可防止锁骨肩峰端的过度后移。斜方韧带止于锥状隆起的前外方，纤维向上前外方斜行，可防止锁骨外侧端的过度前移。(3)喙肩韧带连于肩胛骨喙突与肩峰之间。该韧带与喙突、肩峰和岗上窝（外端）间形成环形的喙肩弓，又称岗上肌管。当岗上肌肿胀、肥厚时，不能顺利通过该管，可形成“弹响肩”。

五、胸锁关节 由胸骨的锁切迹和锁骨的胸锁构成，属鞍状关节。胸锁关节盘的出现率约为60%。胸锁韧带并不十分强厚，附着在关节囊的前、上和后壁，构成了该韧带的前、上与后束。上束的表面为锁骨间韧带加强。肋锁韧带位于胸锁关节的下外方连于第1肋与锁骨胸端下面之间，可制止锁骨胸端过度上移。

六、肩部的运动 主要包括肩胛骨的运动和肩关节的运动。

肩胛骨的运动有：(1)上升和下降，总距离为10~12厘米。上提肩胛骨的肌肉有肩胛提肌、菱形肌（肩胛背神经、颈髓2~5）和斜方肌上部纤维（副神）。而斜方肌下部纤维、锁骨下肌（

锁骨下神经)和胸小肌(胸前神经)可使肩胛骨下降。(2)前进与后退,总距离为13~15厘米。前锯肌(胸长神经),胸大、小肌(胸前神经)和肩胛提肌使之前进。当胸长神经损伤时,由于前锯肌麻痹可出现翼状肩。使肩胛骨后退的肌肉有,斜方肌、菱形肌和背阔肌(胸背神经)等。(3)肩胛下角内、外旋,总幅度为 60° 。外旋肌有前锯肌和斜方肌上部纤维;而菱形肌和肩胛提肌使其内旋。

肩外展的最大幅度为 180° ,可分三个阶段:由 $0^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 为肩关节外展,因大结节与肩关节盂相嵌,而“不能”再外展。这是外展的第一阶段。肩关节内旋时,外展的幅度比外旋位的小,这说明,肱骨外旋时,大结节与关节盂发生骨性嵌合的时间较晚。此阶段的外展肌为岗上肌和三角肌,其中岗上肌是为肩关节外展的始动肌,在最初的 $20^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 外展中,它是块强力的展肩肌,但随着外展角加大,三角肌的作用逐渐显著,而居主导。由 $90^{\circ}\sim 150^{\circ}$ 为第二阶段,这 60° 主要是靠肩胛骨外旋 60° 而完成的,故为前锯肌与斜方肌收缩的运动。由于背阔肌和胸大肌等肩关节收缩被拉紧而使此阶段的外展停止。 $150^{\circ}\sim 180^{\circ}$ 为第三阶段的外展。这 30° 是借助脊柱运动完成的。如果为一侧肢体外展,则脊柱向对侧侧屈;若为双侧,则要靠腰前凸加大而实现。因此,骶棘肌,回旋肌和腰肌等参予肩的最后外展。

由于躯干对上肢的阻挡。肩关节内收都伴有轻度前屈或后伸。其中前屈加内收的幅度较大,可达 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$;而后伸加内收的幅度较小,仅 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ 。支配肩关节内收的肌肉有:胸大肌、背阔肌、大圆肌(肩胛下神经),肱三头肌长头(桡神经)、岗下肌(肩胛上神经)和肩胛下肌(肩胛下神经)。

肩的屈、伸运动是围绕肩关节额状轴的运动,由解剖学方位开始的前屈,最大幅度为轴(即由自然下垂达上肢上举,拇指朝后);但后伸幅度较小约为 $45^{\circ}\sim 50^{\circ}$ 。肩的屈曲运动亦可分为三个阶段。 $0^{\circ}\sim 60^{\circ}$ 为第一阶段,这是由三角肌前部纤维(腋神经)、喙

肱肌（肌皮神经）和胸大肌锁骨部纤维的收缩而完成的。这也是肩关节的屈曲运动，在此阶段内喙肱韧带、大圆肌、岗下肌和小圆肌被拉紧，故而限制了进一步的屈曲动作。60°~120°的屈曲是由于肩胛骨外旋及胸锁关节的旋转动作而实现的，这主要由斜方肌上部纤维和前锯肌的收缩而完成的。在屈肩的第二阶段中，由于背阔肌和胸大肌肋胸部纤维被拉紧，而被迫终止。由120°~180°的屈曲（上举）主要为脊柱侧弯（单臂）或过度前凸（双臂）而实现的，因而骶棘肌、回旋肌和腹肌对第三阶段的前屈，有明显的作用。应当指出，肩部外展和屈曲的分段，是为便于分析与理解而人为划分的，但它们绝非是截然分开的，实际上，三阶段的活动是逐渐移行，每阶段都有主有从的。

肩关节的后伸，主要由三角肌后部纤维、背阔肌（胸背神经）、大圆肌和小圆肌（腋神经）等肌肉的收缩而完成的，由于关节囊前壁、盂肱韧带、肱二肌长头、胸大肌和喙肱肌被拉紧，而使后伸被迫停止。

肩部的旋内、旋外运动，主要为肩关节垂直轴的运动。一般说，旋内的幅度较大，可达95°，而旋外幅度略小，约为80°，参加旋内运动的肌肉较多，计有肩胛下肌（肩胛下神经）、胸大肌、背阔肌、大圆肌和三角肌的前部纤维。而完成外旋的肌肉则较小，计有岗下肌、小圆肌和三角肌后部的纤维，这不仅表明旋内的力量较大于旋外，而且表明肌肉对旋外的阻抗要大于旋内，再加之旋外时盂肱韧带被拉紧，这些因素都可用来说明肩关节旋内幅度大于旋外的事实。

从上述分析中可看出，肩带诸肌对肩关节的运动有重要作用。此外，尚有一些肌肉（如三角肌、背阔肌等）参与肩关节的各种运动，并往往对某种日常动作的执行，起决定性作用。例如梳头动作，肩关节处于外展与外旋位，而这主要由三角肌、前锯肌、小圆肌和岗下肌执行的，其中三角肌和小圆肌都由腋神经支配，故当腋神经损伤可致“不能梳头”，这在腋杖压迫及肱骨外

科颈骨折等患者可以见到。此外，在乳癌根治术中，伤及胸长神经时，由于前锯肌麻痹，亦可见到。又如，穿衣时，常有一侧上肢伸向后下方（穿袖），这时肩关节处于适度的后伸、内旋和内收位，受胸背神经支配的背阔肌为执行该动作的关键肌。因此，该神经（或肌）的病损，可造成穿衣或“背手”作业的困难。

第二节 关节运动功能检查

本章重点介绍关节运动功能的检查，关节活动范围及肢体的测量，以及特殊检查。

运动功能依靠关节及其周围的肌肉相互协调来完成，若运动功能障碍，要分析二者中以何者为主。关节运动分为主动运动与被动运动。如神经系统疾患，主动运动受限，被动运动不受限。被动运动范围一般大于主动运动。一般先检查主动运动，再检查被动运动，记录并比二者运动范围相差度数。

一、关节正常运动范围

二、关节活动范围的测量和记录方法

每个关节从中立位到关节运动所达到的最大角度，即其运动量，与健侧对比。关节活动度的记录方法常用的有二种：中立位零度法和邻肢成角法，现在世界上通用的方法为中立零度法。

1. 中立位零度法 以关节中立位为 0° ，如膝关节屈曲 130° ，伸 5° （即过伸 5° ）。若膝关节强直于屈曲 30° ，则记录伸 -30° ，屈 30° 。如前臂旋转的中立位（肘屈曲 90° ，拇指向上）为 0° ，旋前 90° ，旋后 80° 。若强直在旋前 30° 位，则旋前 30° ，旋后 -30° 。活动范围等于二者之和。

2. 邻肢成角法 从两个相邻肢段互相移近时所形成的角度来计算。如肘关节伸直时上臂和前臂之间夹角 180° ，屈曲时二者夹角 40° ，记为伸 180° ，屈 40° ，活动范围 $180^{\circ} - 40^{\circ} = 140^{\circ}$ 。此种

方法容易造成理解上的混乱。

3. 不易精确测量角度的部位，关节功能可用测量长度来记录各骨的相对移动范围。如颈椎前屈可测下颏与胸骨柄的距离，侧屈时测耳垂直肩峰的距离。胸椎屈伸时颈胸段棘突间距可增减4—6厘米。腰椎前屈时测量下垂的中指尖与地面之距离，颈椎到骶椎棘突间距可增加15厘米。

第三节 肩部特殊检查

一、杜加 (Dugas) 氏征 又称肩内收试验。令病人屈曲患肘关节，然后用患肢手去摸对侧肩部，若肘关节能贴近胸臂即为正常，否则为阳性，说明关节脱位。Dugas氏征阳性可有三种情况：(1) 当手搭对侧肩部时，肘关节不能靠近胸壁；(2) 当肘关节靠近胸壁时，手不能搭在对侧肩部；(3) 手搭肩和肘靠胸均不可能

二、卡拉威 (Callawaay) 氏试验。

三、汉密尔登 (Hamilton) 氏征 又称直尺试验。肱骨头向前内脱位或肩胛骨颈部骨折可出现阳性。

四、肱骨长轴 长线试验

五、布瑞安 (Bryant) 氏征

六、骨性三角检查

以上诸项多用于肩关节脱位的检查。

七、吐加森 (Yergason) 氏征 又称肱二头肌长头紧张试验。用于检查肱二头肌长头腱鞘炎。

第二章 肩关节周围炎的病因病理

第一节 肩关节周围炎的病因

肩周炎的发病原因目前尚不清楚，一般都有一段较长时间患侧上肢垂于体侧而活动很少的历史。引起这种长期肩部不活动的原因常为疼痛和肌肉痉挛。而肱二头肌长头肌腱炎肩腱袖病，冈上肌腱炎或钙化，肩锁关节、骨关节病等为常见的诱因，其中以肱二头肌长头肌腱炎诱发者为最常见。其他可能的诱因还有肩部或上肢的手术、创伤、骨折、导致长期固定，颈椎病，冠心病和锁骨上窝或胸廓顶部的肿瘤等。病人的年令特点提示在发病前肩部组织已有老年性退行性变的基础。

第二节 肩关节周围炎的病理

肩周炎的早期主要病理变化是关节腔缩小，关节囊挛缩，关节囊下方的皱褶粘连，后期的主要病理变化除有早期的上述变化外，还出现胶原纤维的退行性变，附近软组织纤维化，滑膜的血管增加，肥厚和纤维化，失去强性、短缩、有时甚脆，极易撕裂。晚期喙肩韧带变成纤维化的硬索，肩胛下肌腱也纤维化而失去弹性，限制肩关节的外展活动。肩腱袖的其他部分如冈上肌，冈下肌腱也纤维化、短缩、失去弹性、变脆，使肱二头肌上移，肩关

节各方向的活动都受到限制。关节囊和滑膜紧密粘于骨上，滑液有炎性改变。肩峰下滑囊壁增厚，滑囊腔因纤维化而消化，将肩腱粘于肩峰突下面。肱二头肌长头肌腱和它的腱鞘也有同样改变，丧失滑动功能。有些病人在症状自行消失，活动逐渐恢复后，可发现肱二头肌长头的关节肌腱已消失不见，而余下肌腱的上端则已粘连固定于结节间沟处。

第三章 肩关节周围炎 的诊断要点

(一) 发病年龄为中老年人，多继发于肱二头肌腱炎或上肢创伤。(二) 肩部疼痛，钝痛、隐痛 阵发或持续性剧痛，夜间加重；局部压痛多见于肱二头短头肌腱，肩后小圆肌附着处。(三) 上臂活动受限，影响肩关节的上举、外展、内旋、外旋、后伸等功能。严重时生活不能自理。(四) 三角肌、冈上肌、冈下肌出现不同程度的萎缩。(五) 后期X线检查可示骨质疏松。

第四章 肩关节周围炎的鉴别诊断

有时需要与颈椎病鉴别。颈椎病有神经系统症状、颈部症状和颈椎的X线改变。关节造形和关节镜才能确诊。

肩周炎与疼痛弧综合征：肱二头肌长头腱鞘炎、肩袖肌腱钙化、肩锁关节骨节病等有时难于鉴别，特别在后期，因后几种病也可诱发肩周炎。但在治疗时，如有这些情况存在，需先予消除，才能使肩周炎好转。

第一节 颈椎综合征

一、病因与病机

颈椎病是由于外伤、损伤、风寒等所致的颈部曲线改变，以及椎间盘、关节等组织的退行性变，刺激和（或）压迫了周围的血管、神经、脊髓而出现的一种症状繁多的综合症候群。

《内经》中关于痹症病概括为外伤、劳损及外感风寒湿邪，这三大致病因素均可影响到气血的正常运行，气血运行不畅，气滞血瘀，不通则痛；不能约束骨骼和稳定关节，以致产生“骨错缝”、“筋出槽”。因此，《医宗金鉴·正骨心法要旨》：“因跌、仆、闪、失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气；摩其维聚，以散瘀结之肿，其患可愈”，又指示：“有骨节间微有错落不合缝者……必以手法

端之……须不偏不倚，庶愈后无长短不齐之患”。另外《仙授理伤续断秘方》：“凡认损处，只要揣摸，骨头平整不平整便可见。凡左右损处，只相度骨缝，仔细捻捺，忖度便知大概”。

《伤科大成》举一治疗病例：“失枕有因卧者，有一时之误者，使患者坐低处，先行揉摩，一手提起其头，一手托住其下颌，缓缓转动伸筋便直”。从以上诸述可看出，急性外伤、慢性劳损、风寒湿邪均可致成“骨错缝”、“筋出槽”，根据辩证施治的效果，上述病因和病机是可靠的。

二、分型及辨证：

颈椎病的临床症状比较复杂，可因颈部损害的部位不同，损害的组织不同（椎间软组织、颈神经根、椎动脉、脊髓或交感神经等），损害的范围及程度不同，每个病的表现也就不同。

（一）颈型

1. 发病情况 颈部肌肉、韧带、关节囊急性或慢性损失，椎间盘退化变性，椎体位移，小关节错缝等均为产生临床症状的基本病因。当机体受风寒侵袭、感冒、疲劳、感染或睡眠姿势不当，枕头高低不适宜等，使颈部过伸或过屈，颈部肌肉、韧带不协调或神经受到牵引压迫，即可促成发病。颈部最常受累的肌肉、神经有：胸锁乳突肌、斜方肌、前斜角肌、第十一对颅神经（付神经）。这一类病人多在夜间或晨起时发病，有自然缓解和反复发作的倾向。每次发作如不治疗，3～7天也能自行缓解。以女性多见，与职业有关，多见于刺绣、缝纫、书写、绘画等长期低头工作的人。

2. 症状 颈项强直、疼痛，也可有整个肩背疼痛发板，不能作点头、仰头及转头活动，呈斜项姿势（俗称歪脖子），病人不能作颈部单独活动。当要回头时，颈和躯干必须共同旋转。少数病人可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻，咳嗽或喷嚏时症状不加重。多数病人疼痛、麻木不超过肩部。但是，如果合并有前斜角肌痉挛，则可出现上肢放射性疼痛与麻木，咳嗽、打喷嚏时症

状加剧，但不象根型痛那么剧烈。常伴有交感神经、椎动脉受累症状，如伴有头痛、头晕等，尤以头痛多见。头痛部位可为枕顶。耳后或偏头痛。

3. 体征

(1) 急性期颈椎活动绝对受限，颈椎各方面活动范围近于零度。

(2) 颈椎旁肌、胸₁~胸₇，椎旁或斜方肌、胸锁乳突肌压痛。冈上肌、冈下肌也可有压痛。

(3) 有前斜角肌痉挛者，可在胸锁乳突肌内侧，相当于颈₃~颈₆横突水平，扪到痉挛的肌腹，稍用力压迫时可出现肩、臂、手放射性疼痛，绝大多数尺侧放射，也可沿桡侧放射。阿迪森氏征，压顶试验，神经根牵张试验可为阳性。

(二) 颈神经根型

此型乃侧后方突出之椎间盘混合物刺激神经根所致，多为单侧，也可双侧，为各型中发病最高，最常见。

1. 发病情况 一般多见于30岁以上，男多于女，重体力劳动者多于非体力劳动者，多有急性外伤或不重的扭伤。

2. 症状 颈肩痛，以颈后及肩背部开始，轻者为酸痛、隐痛，重者阵发剧烈疼痛。多数出现沿颈神经根串痛，伴有针刺样或过电样麻痛感，颈活动受限，有落枕史，颈后伸则症状加重。咳嗽、小便时症状也加重，患肢发沉，热力减退，有持小东西坠落等现象。一部分人出现头痛或眼痛、耳鸣、耳痛。早期病人经治疗或休息几周后即见减轻或恢复正常。症状常复发，再犯常较重。

3. 体征

(1) 颈部活动明显受限，特别是后伸受限明显，僵硬发直，颈椎生理前凸减小。

(2) 压痛点：以风池穴（双或单侧），肩胛内上角、棘突、棘突旁、胸大肌区等为主，棘突及棘突旁压迫直接增加病变

部活动而加重串痛，其他均属肌肉压痛。

(3) 牵拉试验阳性。

(4) 压头试验阳性。

(5) 感觉改变：主要是痛、温、触觉改变，一般与神经分布相当。如颈₆、₇病变、刺激颈₆神经根，而引起患侧拇指或拇指感觉减退，如为颈₇，胸₁，颈₈神经根受刺激则出现患侧小指及环指感觉减退。较高位的神经根（颈₄、₅、₆）受刺激，可引起同侧颈前斜角肌痉挛，而刺激臂丛内侧束（相当于颈₈神经根）出现尺神经区感觉改变。

腱反射：肱二头肌腱反射减弱或消失，代表颈₆神经根受压。肱三头肌腱反射减弱或消失，代表颈₇神经根受压。若颈₆或颈₇神经根受压，肱二、三头肌腱反射均无改变。

(7) 肌肉、神经根受压迫后，所属肌肉常有压痛。神经根受压轻者，其所支配的肌肉力量减弱，重者可以见到肌萎缩。临床上，可以用左右两侧对比，也可用肌电图来检查、证实。

4. 鉴别诊断

(1) 风湿病：包括颈椎骨关节炎、肩周炎、肩背部肌筋膜炎，有颈肩痛、手麻木等，但无神经根症状，如知觉、腱反射、肌萎缩等。痛点用普鲁卡因或去氢可的松封闭，症状明显减轻或消失。

(2) 颈肋综合症：双手摸着患者两桡动脉，同时上举，若一侧桡动脉在上举时减弱或无脉，再照颈椎正位X线片或可见病侧出在颈肋。

(3) 骨上肿物：多来源于肺尖淋巴腺瘤，或转移癌，在锁骨上增生或浸润造成臂丛神经压迫而产生放射性疼痛，感觉障碍及肌肉萎缩，鉴别以照片及活体组织检查来确定。

(4) 进行性肌萎缩：双上肢远端肌萎缩逐渐发展到下肢，但无感觉改变。

(5) 神经炎：肘部的神经炎，腕部正中神经管受挤压等应

注意鉴别。

(6) 脊髓空洞症：痛觉与其它深部感觉分离特别温度觉减退或消失。

(7) 心绞痛：颈椎神经根型特别是颈₇，神经根受压可能有左上肢痛，左胸大肌区痛及压痛。此压痛区用普鲁卡因封闭后，则疼痛减除。真的心绞痛常有心电图改变，服用硝酸甘油脂可以立即止痛。

(三) 颈脊髓型

1. 症状 多同时有神经根症状。脊髓囊症状先是下肢发紧、发麻、行走困难，脚象踏在棉花上，随之单或双上肢发麻，手部肌力弱，持物坠落，肌肉萎缩，甚至四肢瘫痪，大便失禁，小便潴留，卧床不起。常并发有头痛，耳底痛、眼痛或吞咽困难面部出汗等。

2. 检查 按上述神经根型检查外，脊髓型出现颈部活动受限，很少有压头牵扯上肢阳性体征，因颈椎病脊髓型系慢性而多间盘病变，颈椎间纤维化较重，但可出现神经根症状，如肌肉压痛，手臂感觉减弱，肌肉萎缩等。脊髓束症状一般都有不规则的躯干及下肢感觉减退。生理反射亢进，肌张力增高，出现病理反射，如 Hoffmanns, Rossolimo Babinski 氏等阳性，重者有踝、髌阵挛，少数并发交感神经受刺激之体征为：皮肤多汗，眼睑无力，病侧眼裂孔较大，肢体发凉、耳聋等。

3. 鉴别诊断

(1) 脊髓肿瘤：症状与颈椎有类似之处，但症状不停地逐渐加重，与颈椎病有间歇无症状或症状大小不同。腰穿脊髓液蛋白较高，脊髓造影为倒杯状影。

(2) 粘连性蛛膜炎：是一种独立的神经科疾患，但我们遇见颈椎病脊髓型不少被诊断为此病，若脊髓造影不见流动困难，可在胸段或颈段并分散为点滴延续的条索状影。

(3) 脊髓空洞症：好发于颈胸段，有感觉障碍或椎体束症

状。鉴别：多发生于青年人，痛觉与其他深浅感觉分离，尤以温度减退或消失为突出。

(4) 肌萎缩型脊髓侧索硬化症：此病多发在颈膨大部脊髓，起病慢，上肢肌肉明显萎缩到瘫痪。但无感觉障碍，脊髓造影无梗阻。

(5) 颈椎骨关节疾患：如颈椎板骨折半脱臼、骨结核、骨肿瘤，用X线片即可鉴别。

(6) 颈部后纵韧带骨化，可出现脊髓压迫症状，X线片表现为颈部后纵韧带骨化。

(7) 美尼尔氏症：症状有头痛、眩晕、恶心、耳鸣、耳聋、眼震、脉搏变慢及血压下降等。鉴别点：发作与大脑机能有关，不是由于颈部的活动诱发，耳科有一套特殊检查办法。

颈交感神经型

颈椎病各部的病变，出现创伤性反应性炎症时，可反射性地刺激交感神经或分布于小关节囊项韧带等组织的交感神经末梢以及椎管内脑膜返枝的病理刺激，均引起一系列的交感神经反射症状，有以椎动脉供血不全为主者，如头痛头晕，耳鸣重听，眩晕猝倒，恶心呕吐，复视、眼震颤等等。有以交感神经功能紊乱为主者，如枕痛、眼胀、视力模糊、面部区域性麻木、出汗异常、肢体肿胀、心律失常，多数混合有神经根或脊髓症状。

(五) 椎动脉型

发病情况 颈椎间盘病变所致患椎失稳或骨质增生，在一定病因影响下引起椎动脉

1. 系对脑干或迷路供血不全而出现眩晕症状，称为椎动脉眩晕型颈椎病。

供应脑桥、延髓血运的颅内远侧椎动脉很细小，而且椎动脉走行要经6~7个弯曲，在颈椎因退变或软组织劳损导致失稳，进而可使患椎发生移位，椎体后缘等部可继发骨质增生，在一定条件下成为刺激或压迫椎动脉及椎神经丛的因素。颈椎多呈旋转

性移位，位于横突孔中的椎动脉受到牵扯或挤压，椎动脉壁上的椎神经受到激惹，引致椎动脉系痉挛。属椎动脉系支配的前庭神经核或迷路，因缺血性病变导致前庭系功能障碍而发生眩晕症状，部分病人伴有恶心、呕吐等症状。

颈部软组织受伤后，肌肉等微细组织结构排列紊乱，因而局部的微循环及淋巴液阻滞，引起局部肿胀。肌肉组织内有周围神经纤维支配，肌梭及肌腱内有较丰富的神经末梢（感受器），外伤后肿胀组织中的感受器受到激惹而产生疼痛症状。成年人，体力活动增加，上肢劳动所产生的应力多通过肩胛带而作用于颈椎或颅枕部，颈间盘及周围韧带等组织常因劳损、外伤而发生退行性病变，颈肩部两侧的软组织张力及肌力常失衡而发生患椎移位。按中医学理论，对有肿胀、疼痛的软组织宜行轻揉的按摩手法治疗，舒筋活血使肿胀消退。对“骨错缝”、“筋出槽”，即有颈椎关节突关节移位者和软组织改变正常位置者，行手法复位以缓解症状。

本病的发病机理可概括如下：

颈椎退变或损伤→串椎失稳→移位→椎动脉壁神经丛或颈神经根受到刺激或压迫→血管运动反射作用椎动脉系血管痉挛椎动脉走行迂曲，分枝细小前庭神经核或迷路缺血性病变→前庭系功能障碍→眩晕。

2. 症状和体征 本病多在中年以后发病，因为颈椎退变到一定程度，临床上表现为椎间隙狭窄、椎体后缘骨质增生，由于失稳患椎发生移位，横突孔中的椎动脉受到刺激或压迫引起供血不全出现症状，除常见的眩晕外，亦可出现头痛、恶心呕吐及脊神经根等刺激症状。后者由于脊神经根出椎孔后走行于椎动脉的后方，当颈部作后伸旋转活动时，椎动脉和神经根可相互刺激压迫，病人有眩晕等症状。椎体后侧缘生长的骨刺容易刺激到椎动脉神经根，故根型及椎动脉型颈椎病可同时并存，可作为诊断的一个依据。在急性期，颈部软组织可呈现肌张力增高或痉挛，是

椎常常有移位,局部软组织压疼明显。以下七项可作为诊断依据,

(1) 病人年龄多在35~60岁。

(2) 眩晕症状的发作与颈部体位改变有关。

(3) 在急性期,使患者颈部作后伸、旋转活动可诱发眩晕或恶心感。

(4) 可伴发神经根症状。

(5) 后颈部触诊检查可发现患椎有移位体征,棘突侧缘及关节囊部有压痛。

(6) X线片检查符合本病。

(7) 已除外其它疾病。

三、X线检查

包括平片检查和椎管内造影。

1. 平片诊断

(1) 生理曲线的改变:正常颈椎曲度正位为一直线,侧位呈缓和连续的前凸曲线。颈椎病患者可以出现前凸曲线加大或减小、变直、后弓、成角、阶梯、双弧曲线等曲度的改变。这些改变当动态观察即颈椎做前屈后伸活动时,表现尤为明显。

(2) 骨质退行性变:表现为椎体前后缘的增生,轻者呈唇样变或磨角现象,重者呈明显骨刺或骨桥形成、钩突关节增生变尖锐、小关节面硬化、横突之椎动脉管壁致密发白等。

(3) 椎间盘退化:表现为椎间隙变窄,纤维环钙化,髓核钙化。

(4) 韧带钙化或骨化:包括前纵韧带、后纵韧带、项韧带,以及小关节面软骨、关节囊等钙化或骨化。

(5) 其他:椎间孔变窄,椎体后缘小游离骨折等。

2. 椎管内(脊髓)造影:一般采用碘油造影。可进一步了解脊髓是否有压迫性损害,椎管内有无梗阻等。

总之,X线检查是观察颈椎病病理变化,除外颈椎其他病变如肿瘤、结核等,必不可少的诊断手段。

第二节 胸廓出口综合征

(一) 多见于青壮年，单侧上肢痛，麻木无力，多在尺神经分布区症状与上肢及肩部位置有关。

(二) 局部压痛及放射痛，前斜肌紧张，挺胸及过度外展试验均能加重症状。

(三) 可有血管受压表现，高举手时变白，发麻，桡动脉细弱或摸不到。

(四) 前三角肌紧张肥厚，有颈肋者可触及骨性隆起并有压痛和放射痛。

(五) X线摄片可显示颈肋，颈₇横突过长，锁骨或第一肋骨畸形。

(六) 肌电图检查尺神经传导速度减慢，常有手尺侧感觉减退，严重者可有骨间肌，小鱼际肌萎缩。

(七) 尺神经炎。

第三节 肩袖损伤

(一) 可有外伤史。

(二) 肩痛，局部压痛。疼痛因肩部位置而有变化，外展 $30^{\circ}\sim 70^{\circ}$ 时无痛， 70° 以上出现疼痛，外展大于 120° 又消失。

(三) X线摄片排除骨关节病变有无钙化。

(四) 根据病状区分肩峰下滑囊炎，冈上肌腱炎，冈上肌腱不全断裂及钙化等。

第四节 颈肩肌筋膜炎

(一) 颈肩疼痛，一般不放射到上肢。

(二) 颈部僵直，活动时增加疼痛。

(三) 颈部活动受限，压痛点常在“风池穴”、颈棘突之一侧，肩胛内上部或下部，无神经系统症状。

第五节 干脆性骨软骨炎

(一) 多发生于骨内髁及肱骨小头，多见于青少年。可为两侧性。

(二) 关节轻度肿痛，压痛。可有交锁症状，活动受限。

(三) X线摄片可见软骨缺损，周沿硬化，可有游离体。

第六节 冈上肌腱断裂

(一) 受伤时感肩部尖锐疼痛，并向三角肌止点放射，有局部肿胀，皮下出血，肱骨大结节处明显压痛。

(二) 无力抬举上臂，如能被动抬高 90° 后，能自动再上举，但不是真正的外展，称肩关节“外展节律混乱”。

(三) 检查时，肩被动的展幅度超过主动外展幅度。

(四) 多见于40岁以上从事体力劳动者，或为肩关节脱位的合并症。

(五) X线检查，部分病例在大结节处有钙化现象。

(六) 病程长的病人，冈上窝部可有凹陷。

第七节 肱二头肌腱断裂

(一) 外展暴力所致。

(二) 继发于肩周炎、关节囊变性、肩关节炎。

(三) 发病前已存多年肩部疼痛和轻度僵硬，突然外力或屈肘提物时，感到肩部之撕裂性疼痛，随之三角肌下部肿胀，伴有

皮下瘀血斑。

(四) 肿胀消退后，上臂上前方有典型的凹陷。

第八节 肩关节结核

(一) 有结核病史或与结核患者接触史 干性结核居多。

(二) 局部疼痛 压痛 肿胀、活动度受限，三角肌明显萎缩，可形成“方肩”。

(三) X线摄片可明确诊断。

第五章 肩关节周围炎 的治疗标准

疗效标准：（一）临床治愈 临床症状消失，肩关节功能完全恢复或基本恢复正常，并能参加工作和劳动。（二）显效 临床症状基本消失，疼痛，压痛显著减轻，肩关节功能接近正常。（三）进步 临床症状改善 疼痛减轻，肩关节活动范围加大。（四）无效 症状无变化，疼痛未减轻，功能未改善。

第六章 祖国医学对肩关节 周围炎的认识

第一节 病因病机

肩周炎属于祖国医学“痹证”“肢节痛”《内经》范畴。多因上肢筋脉、肌肉、关节等软组织受风、寒、湿、淫邪外袭，闭塞经络，造成气血不通所致。上肢与下肢乃手足阴阳六经循行所经之处，风寒之邪最易侵袭。正如《济生方诸痹门》记载“皆因体虚，腠理空疏。”“风寒湿三气杂至，合而为痹也”《内经·痹论》。风为阳气，善行数变，其证上下左右，无所留止，肢体关节疼痛，游走不定。寒为阴邪，其性收引，故疼痛较甚，且有定处，畏寒肢冷为其特征。湿为阴邪，其性重浊粘滞，故本证以疼痛重着不移，困重、麻木、酸甚为其主要特征。肩周炎主要是肩关节疲劳，感受风、寒湿所致。

第二节 辨证分型

（一）气血亏虚型。多为疼痛时间较长，耗伤，气血运行迟滞，经脉失去温煦濡养，感受风寒湿邪所致。证见关节疼痛，活动受限，劳累加重，肌肉瘦削，或伴有面色苍白唇甲无华，少气懒言，神疲倦怠，心慌气短，畏风自汗，眩晕，夜间疼痛加重。脉搏细弱，舌质淡红，薄白苔。

(二) 肝肾阳虚型：肝主筋肾主骨，故肝肾阳虚者，必筋骨失其所养，导致上肢疼痛。临床表现为上肢筋骨拘急、酸痛，伴有头目眩晕，手足不温，腰膝酸软，上肢活动受限，局部隐痛，便溏尿清，舌质淡，苔白，脉搏尺脉弦细而弱。

(二) 气虚血瘀型：此型病机为瘀血留着闭阻于脉络，而导致脉络不通，故不通则痛。其临床表现除气血亏虚症状外，肩部疼痛似锥刺痛，痛处不移为主要特点。也有外伤所致者。舌质斑点或有瘀斑，或青紫黯红，脉细弦。

总之，中医认为本症多因年老体弱，气血虚损，风寒湿邪袭虚而入，滞留于肩脾之间，壅塞经络，着而不去，从而使气血循行受阻，产生“不通则痛”。治则调理气血，祛风除湿，散寒通络。

第七章 中平穴的针刺与取穴

第一节 中平穴的定位

中平穴系经外奇穴之一，位于小腿腓侧，腓骨小头与外踝高点之联线上。髌骨中线下五寸，或髌骨中线与踝沿联线之中上三分之一点。即足阳明胃经小腿部的循行经线上。即膝下五寸，足三里穴下一寸，阳尾穴上一寸。偏于腓侧处，上居虚穴上二寸处。

从现代解剖看此穴位于胫前肌，趾长伸肌之间，内有胫前动脉，胫前静脉，及腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布，深层为腓深神经。

第二节 中平穴的针刺手法

患者取坐位，局部常规消毒，采用28号毫针2.5~5寸（4~10厘米），行直刺法，大幅度提插捻转。针感酸麻胀向下传导至外踝关节，脚面或脚趾，或向上传导膝关节以上至大腿内侧，个别患者针感可传导患侧肩部。

第三节 中平穴的针刺方法与辅助治疗

针刺方法为交叉取穴，左肩发病针刺右侧穴位，右肩发病针

刺左侧穴位，双肩发病针刺双侧穴位。取穴准确后，令病人活动患肢，做上举、外展、内旋、外旋等功能锻炼。如果患侧痛点明显，可用毫针针刺健侧相应的痛点部位，不留针，亦可强化镇痛效果。

第四节 中平穴的针刺参数

对急性期，因疼痛引起的功能障碍，没有形成严重粘连，针刺后疼痛消失，肩关节功能恢复正常者，可不留针。对后期粘连较重，可留针20~30分钟，5~10分钟行针一次，七次为一疗程。体质好每天一次，年老体弱者隔一天一次，或每周两次。

第五节 中平穴的主治与功用

据资料记载，此穴一般主治癫痫、痴呆症，慢性精神病。采用此穴治疗肩周炎是作者经过长期的临床实践探索了中平穴的又一功用。它不仅对治疗肩周炎有较强的镇痛作用，而且对循环系统的心绞痛，消化系统的溃疡病、胃炎、胆囊炎、阑尾炎、神经系统的头痛，肋间神经痛，痛经也有明显的镇痛作用。此外对颈椎综合征，坐骨神经痛，颈肩肌筋膜炎，肩袖损伤，胸廓出口综合征，肱骨外髁炎等亦有一定的镇痛作用。

第六节 中平穴针刺注意事项

一 明确诊断提高疗效。特别颈椎骨质增生压迫神经引起的颈肩综合征，以及其他疾病引起的肩凝症。

二 取穴准确、防止出血。此穴分布离胫前动脉、静脉较近，故针刺时偏于腓侧，避免针刺于血管上，引起出血。

三 腿肚胀痛 解除方法为有的病人针刺到胫神经，往往引起小腿肚胀痛，不敢行走，可以针刺上肢对侧曲池穴即可。一般以针刺腓深神经即可。

第八章 中平穴的镇痛机理研究

实验用雌性Wistar大鼠，体重为280克左右，针刺两侧中平穴位，时间为20分钟。

实验一：以甩尾阈为痛反应指标，用50℃热水烫大鼠尾端，以甩尾潜伏期(秒)为疼痛阈值(潜伏期长，说明痛觉迟钝，反之为疼痛过敏)。

实验分为对照组和针刺组，每组各14只大鼠。对照组动物在固定后，测一次基础痛阈，经20分钟后(不扎针)，再测一次痛阈，结果表明，其平均痛阈由 4.42 ± 0.24 秒变为 4.41 ± 0.28 秒，基本无差异；而针刺组动物在固定后测痛阈，然后针刺20分钟，停针后再测痛阈，针刺组动物的平均痛阈由 3.89 ± 0.22 秒延长至 5.86 ± 0.46 秒，增加51% ($P < 0.001$)，有非常显著的镇痛作用。

实验二：以嘶叫阈为痛的指标，在大鼠尾根部两侧各插入一支5分长的针灸针，用导线将其与丹麦DISA多用刺激器相连进行刺激(100赫兹，串刺激，串长100ms，波幅0.1伏)，以引起嘶叫的电压(伏)为疼痛阈值(电压高，说明痛觉迟钝，反之为疼痛过敏)。

实验分为对照组(15只大鼠)和针刺组(16只大鼠)两组。实验程序同上。其实验结果发现针刺组平均嘶叫阈值由 1.23 ± 0.14 伏升至 2.21 ± 0.31 伏，增加79% ($p < 0.01$)。

第九章 肩关节周围炎的其 他治疗方法

第一节 控制疼痛与肌肉痉挛

早期治疗主要用药物控制疼痛和肌肉痉挛，鼓励病人和极进行各方面的活动锻炼。可以用止痛剂，湿热敷，普鲁卡因、强的松龙，肱二头肌鞘局部注射以控制疼痛和肌肉痉挛。有时因局部注射部位不准确，或因有较严重的反应性疼痛，而效果不好。在没有高血压、胃痛、活动性感染灶等禁忌症的情况下，口服强的松，每日3次，每次5~10mg，7~10天后逐渐减量，至约两周停止，可较好止痛和解除肌肉痉挛的效果，使病人能更好地进行活动锻炼。停药后疼痛可能再出现，但往往比前轻，可继续服消炎镇痛药物，作湿热敷，坚持锻炼，可逐渐好转。急性期还可用理疗，按摩减轻疼痛。

第二节 手术与麻醉下板拉

对后期疼痛和活动受限都较严重的人，也应先按早期方法治疗。如果效果不好，可采用在麻醉下行手术板拉以增加肩关节的活动范围，以后再锻炼。但这种方法有一定的危险性，粗暴的板拉可使关节囊、肩胛下肌腱和肱二头肌长头肌腱撕裂，甚至有导致肱骨外科颈骨折的报道，必须小心进行。板拉后有的病人有约一星期左右疼痛难忍，不愿活动，不利锻炼，因此这种方法现已少用。对治疗效果不好而症状严重的病人，可行手术松解，切开

腋部的关节囊，将肱二头肌长头腱自关节盂附着点切断，由结节间沟拉出，若肌腱完好，可移位固定于喙突上，若肌腱退化变脆弱，则将其近端切除，远端固定于肌二头肌沟中。板拉或手术后均需继续进行长期的活动锻炼，并服消炎止痛药。

第三节 运动疗法

对早期或后期病人均可采用运动疗法，改善患部的血液循环，加强物质代谢，缓解肌肉痉挛，从而达到消炎止痛。另外可以松懈肩关节周围的粘连，恢复肩关节的活动功能。(一)主动运动：主要靠自己练习肩关节各轴位方向的运动，特别是最容易受障碍的外展，外旋和内旋运动，还可做放松摆动练习。(二)被动运动：患者放松患肢肌肉，由术者一手压住肩部，排除不必要的联带运动，另一手对患侧肩关节进行各轴位方向的被动运动。

第四节 按摩疗法

按摩也是治疗肩周炎的一种有效方法。主要采用揉、推、擦、拔、抖等手法，按摩部位包括肩关节前、后、上、外侧部位和上臂，侧重于肩关节周围软组织。疼痛时按摩手法宜柔和，用揉、推与擦法。功能障碍明显的要用拔擦、抖等松懈粘连手法，按摩常与被动运动相结合。

第五节 中药疗法

(一)黄芪赤风汤：黄芪100克 赤芍10克 防风10克 桂枝3克。偏寒者桂枝改为10克；气虚者加党参15克 白术15克，甘草3克；血虚加当归15克，白芍15克，鸡血藤15克。(二)中医辨证分型 1. 虚寒型：党参9克 白术9克 茯苓9克 黄芪15克

桂枝9克 甘草3克 2. 湿热型：熟地9克 枳壳6克 枇杷叶9克 石斛9克 黄芪15克 赤芍9克 甘草3克 3. 外伤血瘀型：当归9克 生地9克 赤芍9克 川芎5克 红花6克 桃仁9克 牛膝9克 柴胡5克 枳壳5克 甘草3克 外洗方：鸡血藤60克 满山红30克 钻地风30克 防风60克 羌活30克。

第六节 综合疗法

(一) 针刺配合外洗法 黑老虎100克 走马箭100克 朴硝50克 局部红肿热痛加桑枝100克 双花藤100克 局部皮色不变加桂枝50克 取穴：条口透承山。

(二) 针灸推拿 针刺肩关节旋后及高举受限取肩俞，天泉，天应穴；外展伸举活动受限取肩髃、臂臑、曲池、天应穴；内转活动受限取肩贞透肩内俞，天宗，少海穴。推拿为点压穴位使用一指禅法。

第七节 刺血疗法

主穴：尺泽、曲池、曲泽(任选一穴)。辅穴：肩贞、肩髃、肩前、肩后局部。方法：选穴位于周围静脉、小号三棱针针刺放血10—20毫升、紫黑血液，血止拔罐5分钟，15—20天刺血1次。

第八节 针刺疗法

(一) 主穴：阳陵泉(双侧)，根据疼痛的部位选穴：肩髃、肩髃、肩贞、肩前等穴。每日1次，12次为一疗程。

(二) 髃髃、肩髃、肩贞、曲池、极泉、阳陵泉，以疏通经络气血的闭塞，使经气流畅，卫外有权，则风、寒、湿三邪无所依附，而痹痛得解。

第十章 下肢的解剖 概要

一、骨骼：胫骨与腓骨通过上、下胫腓关节及骨间膜相连。胫骨较粗大，起主要支架作用。腓骨远较胫骨为细，有增强胫骨与承受较大弯曲及扭转力的性能。若无腓骨，胫骨发生骨折的机会将会增加。

二、肌肉：腿后部肌肉为屈肌，位于后骨筋膜间隙中，又为一片筋隔分为浅、深两组。浅组由浅入深为腓肠肌，跖肌、比目鱼肌。深组由内向外为趾长屈肌，胫骨后肌、趾长屈肌、上部有腓肌。诸屈肌皆胫神经供应。

小腿前外侧部的肌肉，前组为伸肌，位于前骨筋膜间隙中，由内向外为胫骨前肌、趾长伸肌、趾长伸肌及第三腓骨肌，皆由腓深神经供应。外组为外翻肌，由浅深入深为腓骨长肌、腓骨短肌，皆由腓浅神经供应。

三、神经：神经有隐神经，腓总神经分支，腓浅神经分支，腓神经皮支、股后皮神经的末支等。腓深神经。

四、血管：浅静脉主要为大隐静脉及小隐静脉。交通静脉（即大隐静脉及小隐静脉与深部静脉间的交通支）。动脉主要是胫动脉，胫后动脉、腓动脉、胫前动脉。

第十一章 针刺患者与医者的心理研究

针刺心理学是中医心理学的重要组成部分，早在内经《灵枢·官能篇》就有“用针之要，无忘其神”之说。充分阐明了针刺治疗的特点，调整患者的内在因素，促使机体的阴阳气血平衡，达到治疗疾病的目的。也就是说以医者之神，运用针法之神来调动患者之神，以“三神”之功达到较快的恢复健康，这就是针刺心理学的特点。

第一节 患者心理研究

从肩周炎患者的职业分布看，多数为从事劳动的工人，尤以缝纫等手工劳动的为多，以年令分布尤以中老年发病为先，对针刺的心理反应各不相同，有的针刺后反应敏感者（易激动）效果就好，有的人针刺后马上就有得气的感觉，效果明显，也有的出针后才有反应。因此不同的体质、不同的气质、不同的性格、不同的职业，都有着不同的情志和心理状态，造成了临床治疗中出现的各种不同的心里变化和针刺效应。正如《灵枢行针篇》记载“百姓之血气各不同形，或神动而气先针行，或气与针相逢，或已出气独行；或数刺乃知；或发针而气逆；或刺病益剧”。病人在非常心理状态下（如醉酒过度，疲劳等）一般不行针刺，以免

行针后会出现晕针、滞针等不良反应。对于“恶于针石者，不可与言至巧”《素问·五脏别论篇》就是对病人不愿意接受针刺治疗者，或不相信针刺治疗者效果不好。对这种人亦应引起重视，使其在“恶死而乐生”的心里因素基础上，采取积极的心理治疗措施，转变病人的心理状态，使患者从内心相信针灸完全可以治好他的病，以强化配合治疗，增强针灸疗效。

第二节 医者心理研究

作为一名针灸医生，要具备最佳的心理状态，从一言一行都给病人一种安全感，信任感，使患者对治愈肩周炎抱有极大的希望和信心。这就是一名医生必须具备的高尚的医德和精湛的技术。不论患者的年令大小，职位高低都是我们的病人，都应该一律对待。如《针灸大成·四明高氏补泻篇》记载“心无内慕，如待贵宾，心为神也。医者之心，与针相随上下”。“故善用针者，……以我知彼，以表之里。”《素问·阴阳应象大论》。通过医生的心理状态，去观察病人在针刺中的心理反映，然后有意识的去影响病人的心理状态。使针刺此穴作用机体产生一系列正常的躯体、生理、心理现象，也就是医者之神，运用针法之神，去引导患者之神。

作为一名医生必须“必一其神，令志在针。浅而留之，微而浮之，以移其神。气至乃休。”《灵枢·始终篇》，要思想完全集中在针刺的感应上，用浅刺留针法，或微将针上提浮于浅表，来转移病人的注意力，直至针刺得气为止。下针以后，必须注视患者双目，以控制他的精神，使经气易于行动，达到针刺的目的。

针刺心理学在临床中应用是广泛的，关键问题是：①一是心理疏导，心理疏导的目的主要取得病人的配合；二是暗示诱导，暗示诱导以诱发经气的感传；三是为控制病人的思想以加强效应，达到“形神同治”的目的。通过针刺达到治神、得神、调神、移

其神 起到定痛，移痛 祛痛，增强疾病的自愈性效应。这种心理因素与生理感应综合运用的针刺心理学疗法，还可对神志疾病，心身疾患、抑郁症、癔病等均有显著疗效。

第十二章 名词解释

第一节 经外奇穴

经外奇穴是指凡是未纳入十四经系统之内的腧穴，从无定名定位，到有定名定位，有一定主治功用，无一定数目，是在阿是穴的基础上发展起来的。经受历代医家长期实践检验，证明其对某些病症有奇特效果，故称“奇穴”。所谓“经外”并不是与经脉无关，只不过是未纳入十四经范围之内而已。实际上很多奇穴都在经脉路线上，中平穴也是这样，分布于亦应在足阳明胃经。

第二节 巨刺针法

左病治右，右病治左为巨刺针法，系属古代九刺之一，最早见于《素问》一书。巨刺针法符合经络循行流注规律，因十二经脉在人体和脏腑表里相会，阴阳相配，而且同名经脉之气血左右也是相互流通的，当人体出现病变时，经脉就会出现左盛右衰，或左虚右盛，或经盛络虚，络盛经虚，而这种取穴可以起到调整左右气血偏盛偏衰的作用。

机体是一个整体，具有自身的调节作用和具有自身完成的调节控制系统。而经络是人体内外信息输入与输出的通道，外界刺激通过经络输入人体大脑皮层相应中枢，通过中枢调节控制，达到控制病痛，使人体恢复健康的目的。

第三节 生物全息规律学说

生物全息律学说是张颖清教授探索了一个与经络对等的另一种穴位分布的普遍规律。这就是穴位分布的全息律。经络揭示了同频穴位的连续排布，而穴位分布的全息律则具体指出了同样的穴位分布形式在机体不同部位的重复。在人体，穴位分布的全息律与经络有着同等重要的地位，它们交错着共同支配着穴位的分布。

穴位分布的全息律，就是在人体的每一节肢系统，如果穴位以其所能反映或治疗的整体上的部位的名称来命名，则每一节肢（不管是最长的股骨还是很短的指骨）系统都恰像是整个人体在这里的缩小。并且，每二相连肢的结合处，总是对立的两极。这样，过去人们已经发现的那些微针系统如耳针、足针、鼻针、面针等，就成为穴位分布的全息律的一些特例了。这样，人体很像一幅多余全息照片，每一相对独立的小块都包含着整体的全部信息。我们早已知道了激光多余全息照片的这种特性，即将人体可以分裂成小块，每一小块在再现时仍能给出整个物的象！

穴位分布的全息律的一个最简单的应用，就是随便伸出你的一支手来，在第二掌骨侧顺序进行逐穴按压（向着骨的方向）。如果你的机体的哪一部位有病，就会在第二掌骨侧的对应穴位产生几乎不可忍受的酸、麻、胀、重（简称压痛）的感觉。这一方法当然可以用来作疾病的定位判断，即用第二掌骨侧压痛点的位置来判断在整体的什么部位有病。

生物体的全息规律，有着一系列妙趣横生的生物学意义，从而使植物的叶形、果形和人手指的数目都被赋予全新的意义。

第十三章 学术论文选载

附一：针刺“肩周穴”治愈肩关节周围炎

（《中医药信息》1987(1)）

肩关节周围炎亦称漏肩风或冻结肩，为临床常见病之一。多由风寒、劳损、外伤所致。造成肩关节周围的滑囊、肌腱、韧带等组织的广泛性退行性改变引起纤维组织增生，关节囊粘连的无菌性反应性炎症。笔者运用针刺治疗肩周炎60例，疗效满意，方法简便，简介如下：

一、穴位：肩周穴位于足三里穴下一寸，即上居虚穴上二寸处。

二、针刺方法：直刺1—4寸，对体实者采用强刺激，上下用力提插捻转，以泻为主，对体虚病久患者采用提插捻转宜轻，针刺时间一般30秒至2分钟，待病人上举、外展疼痛消失、活动自如为止。一般一次即愈，不愈者第二天可针二次。

三 主治与效果：肩关节周围炎以早期效果为好，对发病时间较长者效果略差，须配合其它穴位局部按摩，局部封闭效果为好。60例中一次而愈者18例，均有效。

四、病案举例 赵××，女，48岁，工人。1985年4月10日就诊，主诉右肩关节疼痛三月。自述因劳累后受凉有关，检查上举100度，外展60度，外旋零度，X线拍片未见骨质异常，化验血沉正常。西医诊断为肩周炎，采用针刺肩周穴补泻交替，一次疼痛消失，功能恢复满意。

体会：此穴有效的机理目前尚不清楚，有待诸位老师共同研

讨。笔者认为此穴从西医解剖看，位于胫前肌—趾长伸肌之间，内有肌前动、静脉、有腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布，深层为腓深神经。可能针刺此穴转移了大脑皮层疼痛的兴奋灶，或直接刺激传导痛觉神经，造成神经中的痛觉纤维的传导发生障碍所致。第二根据“不通则痛”，通则痛止的原理，针刺此穴可能有疏通经络，调和气血的作用。

附二：一针治疗肩周炎

（《人民军医》1988(8)《首届全军针灸针麻会议》1988.4.北京）

肩关节周围炎为肩关节周围软组织的退行性、炎症性病变，亦称粘连性关节囊炎，多见于中老年。一般认为本病多因局部劳损，外伤、感受风寒湿邪有关。属于祖国医学“肩痹”、“肩凝”、“漏肩风”之范畴。笔者于20多年前，在一次偶然的针刺机会中，发现了一针治疗经外奇穴——中平穴，对肩周炎患者具有明显的镇痛作用。现经过500例临床分析，临床治愈率75.4%，有效率达98.12%。现报告如下：

一般资料

一、发病例数及年令分布：在500例人中男性204例，占40.8%；女性296例，占59.2%，男女比例约4:6。年令最小23岁，最大79岁，平均年令51.24岁。（见附表）。

二、发病时间与职业分布：此组病人中职业统计：干部145人，占29%；工人315例，占63%；其他40例，占8%。发病时间统计：半年内255例，7—12个月135例；一至两年75例，两年以上，35例。发病时间最短者一周，最长者间断20年。发病右肩者236例，左肩者216例，双肩发病者48例。

三、疼痛性质与病因统计：病因统计外伤41例，感受风寒185例，劳损165例，不明原因34例，劳损兼风寒75例。疼痛性质

隐痛176例，钝痛255例，活动时剧痛69例。

穴位与针刺方法

中平经外奇穴位于足三里穴下一寸，上居虚穴上二寸处。针刺方法采用直刺2—4寸（具体待病人体质胖瘦而定），以泻为主，用力提插捻转，待局部出现酸麻胀痛，上下传导得气为宜。同时令病人活动患肢，做上举、外展、内旋的功能锻炼。五分钟左右可以行针一次，一般20分钟或半小时即可。个别轻型患者症状消失可以不留针。对于后期患者，粘连较重，应配合局部按摩，奴夫卡因封闭效果较好。对体虚久病患者手法易补泻结合，以泻为主。七次为一疗程。方法为缪刺法，左肩针刺右侧，右侧针刺左侧，双侧针刺双下肢穴位。

诊断要点与疗效标准

一、诊断要点：1.起病缓慢，病程较长，常有几个月或几年病史。2.病因多为长期从事上臂劳动的人群，因过度疲劳导致肩关节软组织受损，感受风寒湿邪所致。3.疼痛的性质多数为隐痛、钝痛或剧痛，部位多在肩部和上臂，或向颈、前臂、手放射。呈广泛性压痛，多见于肱骨结节间沟、肱骨大结节与肩峰下，喙突与肱二头肌短头肌腱、肩后小圆肌附着处。尤以肩髃部更为明显。4.肩部活动受限，严重时肩部不能上举，生活不能自理，影响梳头洗脸、脱衣服等。严重时导致患肢肌肉萎缩，背阔肌和胸大肌痉挛，使肩部丧失正常生理功能。5.早期出现一侧或两侧肩部酸痛、僵直、活动失灵、逐渐加重。多发生于50岁以上的中老年人。

二、疗效标准：1.临床治愈：肩关节功能恢复正常，疼痛消失，或轻微疼痛，恢复工作或学习。2.显效：临床症状基本消失，疼痛明显减轻(+)，上举150度，外展50度，后伸腰3以上。3.好转：临床症状改善，疼痛减轻(++)，上举90度，外展30度，

后伸髌关节以上。4.无效：病情无明显变化。

临床效果

本组500例病人中，通过治疗临床治愈377例，占75.4%，其中一针一次治愈者（早期发病时间短，症状轻，没有形成严重粘连）55例，占11%。显效73例，占14.6%，好转41例，占8.2%。无效9例，占1.8%。总有效率为98.2%。

典型病例

例一：矫云，男，60岁，化学工业部干部。于1987年11月29日就诊。患者自述右肩疼痛10年了，于9月初症状加重，影响工作，生活自理困难。检查上举110度，外展30度，三角肌压痛明显。化验抗欧、血沉未见异常。脉沉细，舌质淡红薄白苔，中医证属风寒肩痹，西医诊断为肩关节周围炎。治则疏经通络，活血止痛，取穴中平穴。手法行强针刺，用力提插捻转，同时活动上肢。立时疼痛减轻，留针20分钟，行针三次，患肢功能基本恢复正常，为巩固疗效令七天后再扎一次。

例二：潘建华，女，51岁，北京国棉三厂退休工人，于1987年1月13日初诊。自述右肩疼痛一年，夜间加重，肩背酸痛，遇冷加重。检查高冈、肩胛、三角肌压痛，上举160度，外展30度。曾在北京××医院诊断为肩关节周围炎，经用中西药治疗、效果不甚明显，故来针刺治疗。笔者用一根3寸毫针，直刺中平穴，行强刺激与弱刺激相结合，病人感到针感顺腿向上传导，活动上肢疼痛消失，活动恢复正常。

例三：赵桂兰，女，50岁，工人，北京电子仪器厂。1985年11月23日就诊。患者自述肩关节因摔伤致疼痛三个月，生活自理困难。检查上举90度，外展40度，外旋35度，后伸19度，三角肌压痛（卅）。诊断为外伤血瘀性肩周炎。取穴中平经外奇穴，手法行强刺激，用力提插捻转，病人感到上下传导明显。令其活动上

肢身感疼痛减轻(+), 上举为120~140度, 外展60度, 11月30日按上法行针二次疼痛消失, 肩关节功能恢复正常。

对照组为中药煎剂。方剂组成: 黄芪100克, 赤芍10克, 防风10克, 桂枝3克。临床加减: 偏寒者将桂枝改为10克, 加炙川乌10克(先煎), 沉重滞着加姜活5克, 威灵仙10克, 疼痛剧烈加乳香、没药各10克, 气虚加党参、白术各15克, 甘草3克, 血虚加当归、白芍、鸡血藤各15克。方剂为一疗程。治疗效果: 最少者服六剂, 最多者十六剂。临床观察17例治愈12例, (占70.59%), 好转2例, (占11.76%), 无效3例, (占17.65%)。中平经外奇穴与中药组比较, 存在显著差异, ($P>0.001$)。

讨 论

一、此穴具有较强的镇痛作用, 中平穴位于胫骨前肌, 趾长伸肌之前, 内有胫前动脉和静脉, 腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布, 深层为腓深神经。可能针刺此穴转移了大脑皮层疼痛的兴奋灶, 或直接针刺传导神经, 造成神经中的痛觉纤维的传导发生了障碍所致。经用麻醉清醒的家兔以植物神经系统支配的血管运动作为痛的指标, 用连续电脉冲针刺兴奋支配“足三里穴”,

(此穴位于足三里穴下一寸)的腓神经的各类传入纤维, 及用阳极直流电阻滞法阻断神经纤维, 选择性地兴奋纤维的方法, 观察各类传入纤维在针刺镇痛中所起的作用。结果表明各类传入纤维的抑制效应为Ⅰ、Ⅱ类<Ⅲ类<Ⅳ类纤维。即细纤维对镇痛反应的抑制效应强于粗纤维。

通过对22例未经治疗的软组织疼痛的患者, 测定针刺治疗前后血清中吗啡样物质的含量, 发现与对照组健康人存在着显著差异, 前者为 $23.2 \pm 2.5\%$, 后者为 $44.5 \pm 2.2\%$ ($P<0.001$)。

二、气血虚弱是肩周炎的重要原因。祖国医学认为肩周炎多因气血不足, 年老体弱, 或肩关节疲劳, 感受风寒滞留肩胛筋骨之间, 阻塞经络, 气血运行受阻所致。正如《类经》云“手阳明

之筋病，当所者支痛及转筋，肩不举，颈不可左右视”《灵枢》云“小肠手太阳之脉，起于小指之端，循于外侧上腕，出踝中，直上循臂骨下廉，出肘解，绕肩胛，交肩上……”又背为阳明之府，阳明亏虚，不能荣筋骨，利关节，即肩垂背屈，肺朝百脉，而阳明为十二经络之长，臂疼亦责之阳明。此穴分布于足阳明胃经上，可能具有培补中土，气血旺盛，致四肢为用，调节恢复脏腑机能。同时针刺此穴具有疏通经络，改善病变部位的血液循环，促进新陈代谢，达到正复邪祛病愈之目的。

三、治疗肩周炎是中平穴的又一功能。据资料记载，中平穴为经外奇穴之一，主治“一般癫痫、癫痫症、慢性精神病”。但对其他疾病的治疗未见记载和报道。经过长期的经验证明，治疗肩周炎应成为中平穴的主要功能之一。中平穴具有广泛的镇痛作用，可为全身止痛穴之一。对胃溃疡病、胆囊炎、心绞痛、腰痛也有明显的止痛效果。对颈椎病、肩袖综合症等也有一定镇痛作用。但须配合牵引、按摩、局部封闭效果更好。对发病时间短，症状轻的患者，一般一次即可治愈。

从现代医学解剖分析，肩部关节主要是指盂肱关节，活动度量大，肱骨头似球形，较关节盂的面积大三倍，肩关节韧带及关节囊松弛薄弱，故活动度增大，加上中老年人机能退化，也是造成肩关节周围炎的重要因素之一。运用此穴是治疗肩周炎的有效穴位之一。

附三：针刺中平穴治疗肩周炎

345例疗效分析

《中国针灸》1988(6)《中医药学报》1988(6)《全军中青年优秀医学论文汇编》1988(p100))

肩周炎为肩关节周围软组织的一种退行性炎症性病变。一般

与局部劳损，外伤，感受风寒有关。笔者采用上病下治，下病上治，左病治右，右病治左的中医理论，针刺中平穴治疗肩周炎345例，有效率为99.1%，临床治愈率73.9%，其中一针治愈率占11%。现简要报告如下：

一般资料

一、发病年令与性别分布：345例中男性162例，女性183例；年令最大79岁，最小2岁，平均年令52.3岁，50—59岁年令组为多，占发病总数的40%。

二、发病年令与职业分布：发病1—6个月129例，7—12个月125例，一年以上55例；职业中干部141例，工人108例，农民59例，其他39例。发病部位左肩138例，右肩122例，双肩85例。

三、疼痛性质与病因分布：钝痛127例、隐痛90例，剧痛128例；病因中外伤68例，劳损57例，风寒94例，不明原因126例。

治疗方法与临床分组

一、中平穴针刺治疗组（简称针刺治疗组）

1. 取穴位置：此穴位于足三里穴下一寸，上巨虚穴上二寸处，偏于腓侧。即腓骨中线至外侧关节中线连线的上1/3处。

2. 针刺手法与针感：患者取坐位，局部常规消毒，采用28号毫针2.5—5寸一根，行直刺法，大幅度提插捻转。针感酸麻胀向下传导或到脚面脚趾，或向上传导膝关节以上至大腿内侧，个别患者针感可传导患侧肩部。

3. 针刺方法与辅助治疗：针刺方法为交叉取穴，左肩发病针刺右下肢穴位，右肩发病针刺左下肢穴位，双肩针刺双下肢穴位。取穴准确后，令病人活动患肢，做上举、外展、内旋、外旋等功能锻炼。如果患侧痛点明显，可用毫针针刺健侧相应的痛点部位，不留针，亦可收到显著的镇痛效果。

4. 留针与疗程：对急性期，因疼痛引起的功能障碍，没有

形成严重粘连，针刺后疼痛消失，肩关节功能恢复正常者，可不留针。对后期粘连较重，可留针20—30分钟，5—10分钟行针一次，七次为一疗程，体质好的可每日一次，年老体弱者两天一次，或每周两次。

二、条口透承山针刺对照组（简称对照组）

条口穴位于上巨虚穴下二寸处，即犊鼻与解溪连线的中点。局部常规消毒，采用28号毫针2—4寸，行直针法，留针30分钟，每日一次，七次为一疗程。

诊断要点与疗效标准

一、诊断要点：

1. 发病年龄为中老年人，多继发于肱二头肌腱炎或上肢创伤。
2. 疼痛多见钝痛、隐痛、或剧痛，夜间尤甚。局部压痛多见于肱二头肌短头肌腱，三角肌、肩后小圆肌附着处。
3. 肩关节功能障碍为上臂活动受限，影响上举，外展后伸等功能。
4. 后期有的患者可以在冈上肌、冈下肌、三角肌出现不同程度的萎缩。
5. X线检查后期有的患者可示有骨质疏松。

二、疗效标准：

1. 临床治愈，临床症状消失，肩关节功能恢复正常或基本恢复正常，并能参加正常工作和劳动。
2. 显效，临床症状基本消失，疼痛明显减轻，肩关节功能明显改善。
3. 好转，临床症状改善，肩关节活动范围加大，疼痛减轻。
4. 无效，临床症状无变化，疼痛未减轻，功能未改善。

疗效效果

一、治疗结果:

针刺治疗组临床治愈255例, 显效49例, 好转38例, 无效3例, 其中一针治愈率占11%, 针刺对照组100例中临床治愈40例, 显效40例, 好转18例, 无效2例。针刺对照组虽然有效率和针刺治疗组相似, ($99.2 \pm 0.5\%$ 和 $98.4 \pm 4.9\%$), 但治愈率存在显著差异, 针刺治疗组 $73.9 \pm 2.4\% >$ 针刺对照组 $40.0 \pm 4.9\%$ ($P < 0.001$)。见附表一。

表一: 针刺治疗组与针刺对照组治疗结果

分 组	痊愈	显效	好转	无效	合计
治疗组	255	49	38	3	345
%	73.9	14.2	11.0	0.9	100
对照组	40	40	18	2	100
%	40.0	40.0	18.0	2.0	100

显著性检验 (R: dit分析): $\chi^2 = 23.591 P < 0.001$.

二、随访结果:

经对107例肩周炎患者随访, 功能正常者94例($87.9 \pm 9.4\%$), 复发13例, 复发率占12.1%。其中3—6个月61例, 功能正常者55例($90.2 \pm 3.8\%$), 复发6例。7—12个月35例, 功能正常者31例($88.6 \pm 5.4\%$), 复发4例, 一年以上11例, 功能正常者8例($72.7 \pm 13.4\%$), 复发3例。附表二。

表二： 对107例肩周炎患者的远期随访结果

时间	随访例数	正常例数	复发例数
3—6个月	61(100%)	55(90.2±3.8%)	6(9.8%)
7—12个月	35(100%)	31(88.6±5.4%)	4(11.4%)
1年以上	11(100%)	8(72.7±13.4%)	3(27.3%)
合计	107(100%)	94(87.9±13.4%)	13(12.1%)

三、典型病例：

宫××，男，58岁，原北京农展馆影剧院离休干部。1987年7月就诊，主诉左肩关节疼痛半年，经××医院封闭、理疗效果不佳。检查上举110度，外展50度，肱二头肌短头肌腱三角肌压痛(++)，夜间疼痛难忍，临床诊断为肩关节周围炎。治疗采用28号毫针3寸一根，针刺患者右下肢中平穴，行育刺法，病人针感明显传导至脚尖，同时令病人活动患肢，疼痛明显减轻，功能明显改善，两天后针刺二次病告痊愈。88年11月随访功能完全正常。

讨 论

一、针刺此穴具有显著的镇痛作用，其疗效机理有待进一步探讨，初步认为可能行强刺激抑制了大脑皮层疼痛的刺激信号，来达到镇痛作用。然后依靠病人的自我功能锻炼，疏通经络气血，达到肩关节功能的恢复。

二、从现代解剖分析，肩部关节主要是指盂肱关节，活动度大，肱骨头似球形，较关节盂的面积大三倍，肩关节韧带及关节

囊松弛薄弱，故活动度大，加上中老年人机能退化也是造成肩关节周围炎的重要因素之一。

参考文献

程莘农主编，中国针灸学，人民卫生出版社，1986，124。

丁继华主编，中医骨伤科学基础，中医古籍出版社，1982；62。

孙传兴主编，临床疾病诊断依据治愈好转标准，人民军医出版社，1987；726。

附四：巨刺针法治疗肩周炎773例观察

（《华北第四届针灸专业会议》1988(10)《骨伤科通讯》(2)）

巨刺针法源于古代九刺之一。（《灵枢·信针篇》）记载“巨刺者，左取右，右取左。”笔者根据祖国医学巨刺针法，和上病下治，下病上治的理论，及现代全息律学说，探讨了治疗肩周炎的有效穴位中平穴，治疗773例，收到了显著效果。有效率98.25%，近期临床治愈率65.85%，其中一针近期治愈率15%。现报告如下。

一般资料

发病例数773例，男性360例，女413例；年令最大79例，最小23岁（外伤引起），平均年令53岁，尤以50—59岁年龄组为多，占发病总数的43%。工人283例，农民96例，干部287例，其他107例。发病1—6个月304例，7—12个月275例，一年以上119例，两年以上36例。左肩发病290例，右肩发病29例，双肩发病144例，酸痛219例，钝痛312例，剧疼242例。病因外伤130例，劳损210例，风寒270例，不明原因161例。

取穴与手法

中平穴位于足三里穴下一寸，上巨虚穴上二寸处，偏于腓侧。针刺手法采用28号毫针2.5至5寸毫针行直刺法，大幅度的用力提插捻转以泻为主。待针感具有向上、向下传导为宜。同时令病人活动患肢，进行肩关节功能锻炼，对体虚久病患者手法宜补泻结合。对急性因疼痛引起的功能障碍，没有形成粘连，针刺后疼痛消失，肩关节恢复正常可不留针。对后期粘连引起的功能障碍，可留针20—30分钟，七次为一疗程。右肩针刺左侧穴位，左侧针刺右侧穴位，双肩针刺双侧穴位。

诊断要点

(一) 发病年龄多见于中老年人，继发于肱二头肌腱炎或上肢创伤。

(二) 疼痛多为钝痛、隐痛、酸胀疼，甚则剧痛，夜间易甚。局部压痛多见于肱二头长肌腱、三角肌，肩后小圆肌附着处。

(三) 功能障碍为上臂活动受限，影响上举外展后伸等功能。

(四) 后期可见冈上、冈下肌、三角肌萎缩。

(五) X线检查可示骨质疏松。

疗效标准

(一) 临床治愈：临床症状消失，肩关节功能恢复正常，并能参加工作学习和劳动。

(二) 显效：临床症状基本消失，疼痛明显减轻，肩关节功能显著改善。

(三) 好转：临床症状改善：疼痛或减、肩关节功能改善。

(四) 无效：临床症状无变化，疼痛未减轻，功能未改善。

治疗效果

临床治愈509例，显效150例，好转99例，无效15例，其中一针治愈117例。中药对照组（黄芪、赤白芍、防风独活、姜活、桂枝、威灵仙、白术、当归、桑枝）17例临床治愈9例，显效3例，好转2例，无效3例。两组比较存在显著差异($P < 0.001$)。见附表：

两组治疗结果对照

分组	治愈	显效	好转	无效	合计
针刺治疗组	509 (65.85)	150 (19.40)	99 (12.81)	15 (1.94)	772 (100%)
中药对照组	9 (52.94)	3 (17.65)	2 (11.76)	3 (17.65)	17 (100%)

显著性检查：(R, dit分析) $P < 0.01$

随访107例，功能正常94例 ($87.9 \pm 9.4\%$)，复发13例，其中3—6个月61例，功能正常者55例，($90.2 \pm 3.8\%$)，复发3例；7—12个月35例，功能正常者31例 ($88.6 \pm 5.4\%$)，复发4例；1年以上11例，功能正常者8例 ($72.7 \pm 13.4\%$)，无效3例。

病案举例

例一：赵××，女，32岁，北京丰台区××小学教师。88年3月就诊，主诉左肩疼痛4个月。检查：上举50度，外展45度，内收35度，后伸35度，三角肌、肱二头肌腱压痛。经诊断为肩关节

周围炎。经针刺右下肢中平穴，患者自述针感明显地向下传导，令病人活动患肢，立感疼痛减轻，关节功能明显改善，经行针两次，疼痛基本消失，关节功能正常。

例二：一瑞士外宾，女，教员，右肩关节疼痛二个月，影响写字，影响睡眠，经宾馆翻译介绍来我院，检查肱二头肌腱压疼，功能未见明显障碍，针刺左下肢中平穴，行针约20秒，患者针感明显下传，令病人活动患肢，疼痛消失，反复试举，写字均正常，立即起针病告痊愈。

讨 论

一 巨刺针法是一个自身调节控制系统，他是以经络流注规律，相互交叉，相互贯通，加强了人体脏腑，阴阳表里之间的联系。当人体病变时经脉就会出现左盛右衰，或左虚右盛，交叉取穴，可以起到调查左右气血偏盛偏虚的作用。

二 此穴位于胫前肌、趾长伸肌之间，内有胫前动脉和静脉，及腓肠外侧皮神经、隐神经的皮支分布，深层为腓深神经。可能强刺激转移了大脑皮层的兴奋灶，或直接刺激传导神经，造成神经中的痛觉纤维的传导发生障碍，使患者肩部产生了显著的镇痛作用。从祖国医学经络学说，人体的内外信息是通过经络进行输入输出的，外界的刺激通过经络输入人体大脑皮层相应中枢，通过中枢的调节控制，达到控制病痛，使人体恢复健康的目的。

三 肩周炎祖国医学认为与脾胃虚弱，正气不足有关。故多发生于中老年人，系有“五十肩”之称。此穴位于足阳明胃经，阳虚亏虚，不能荣筋骨，利关节，易感受风寒湿邪，滞留于肩髃之间，故臂疼亦责其阳明。

四、对此穴的有效机理有待进一步研究。

附五：针刺治疗肩周炎1000疗效分析

《第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健会议——论文集》

1988. (北京) 中文版p 157.

肩关节周围炎为肩关节周围软组织的一种退行性炎症性病变，多发生于中老年人。目前临床亦无特效疗法，笔者探索了有效穴位经外奇穴——中平穴治疗肩周炎1800多例，镇痛效果显著。现经资料完整地1000例统计分析，临床治愈率74.9%，其中一针治愈率9.8%，总有效率98.3%。

一般资料

一、性别年龄职业分布。性别：男性572例，占57.2%，女性428例，占42.8%。年龄：最大年龄79岁最小年龄23岁，平均年龄51.26岁。职业：工人615例，占61.5%，干部243例，占24.3%，其他142例，占14.2%。

二、发病时间、部位及疼痛性质，时间：发病半年以内537例，占53.7%，7—12个月246例，占24.6%，1—2年148例，占14.8%，两年以上69例，占6.9%。病因：风寒385例，占38.5%，劳损338例，占33.8%，外伤79例，占7.9%，劳损兼风寒136例，占13.6%，不明原因62例，占6.2%。疼痛性质：隐痛383例，占38.3%，钝痛502例，占50.2%，剧痛115例，占11.5%。

三、穴位与针刺方法，此穴位于足三里穴下一寸，上巨虚穴上二寸处。手法采用直刺法2—4寸，（待患者体质胖瘦而定），泻法为主，用力提插捻转，待局部酸、麻、胀痛上下传导为宜。同时令病人活动患肢，五分钟行针一次，一般20分钟即可。对体虚之人宜补泻结合，以泻为主。一次未愈者可针刺二次，七次为一疗程。方法采用缪刺法，左肩扎右侧，右肩扎左侧，双肩扎双侧。

四、治疗效果与对照组，临床效果：临床治愈749例，占74.9%，一针治愈98例，占9.8%，显效147例，占14.7%，进步87例，占8.7%，无效17例，占1.7%。中药煎剂对照组观察17例，临床治愈12例，占70.59%，好转2例，占11.76%，无效3例，占17.65%，两组比较两者之间存在着显著差异 ($P > 0.001$)。

讨 论

此穴的有效机理目前尚不清楚，可能针刺该穴转移了大脑皮层疼痛的兴奋灶，或直接刺激传导神经，造成神经中的痛觉纤维发生障碍所致。因为中平穴位于胫前肌，趾长伸肌之间，内有胫前动脉和静脉，腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布，深层为腓深神经。

经用麻醉清醒的家兔以植物神经系统支配的血管运动作为痛的指标，用连续电脉刺激兴奋支配足三里（中平穴位于下一寸）的腓神经的各类传入纤维观察针刺中的镇痛作用，发现传入纤维的抑制效应为Ⅰ、Ⅱ类 $<$ Ⅲ类 $<$ Ⅳ类纤维。通过22例软组织疼痛的患者，针刺前后测定血清中吗啡样物质含量，发现与对照组（健康人）存在显著差异，前者 $23.2 \pm 2.5\%$ ，后者 $44.5 \pm 2.2\%$ ($P < 0.001$)。

中医认为肺朝百脉，而阳明为十二经之长，故臂痛应责其阳明，针刺足阳明胃经达到治疗肩痹的目的。脾经上注于肺，肺与大肠相表里，大肠循行于肩部，土生金，可用子虚补（治）其母。胃与脾相表里，而脾主四肢，主肌肉，此穴位于足阳明胃经，针刺此穴可能具有调补脾胃，增加机体免疫功能。

此外肩为手三阳经所循行之处，经气强，气血流利、筋肉活动自如。肝主筋，脾主肌，肝气不舒脾必受侮，则筋脉肌肉气血不和，风寒湿则乘虚而入，凝之于肩而发病。针刺此穴可能具有改善血液循环，促进新陈代谢的作用。

附六：针刺治疗肩周炎1804例疗效分析

《第四届全国中医骨伤科专业会议》1988.11.(无锡市)

肩周炎为肩关节周围软组织的一种退行性炎症病变，一般认为本病多与肩关节劳损、外伤、感受风寒湿所致，属于祖国医学“肩痹”、“漏肩风”之范畴。笔者运用巨刺针法，采用左病右治，右病左治，和上病下治，下病上治的中医理论，结合现代全息律学说，针刺中平奇穴治疗肩周炎患者1804例，临床治愈者占70.1%，总有效率为98.2%。现报告如下：

临床资料

一、发病年令与性别分布：1804例中男性860例，女性944例；年令最大81岁，最小年令23岁，平均年令52.6岁，尤以50—59岁、40—49岁年令组为多，分别占发病总数的46.6和29.2%。见附表一：

二、发病时间与职业分布：职业统计1804例中，工人866例，农民112例，干部594例，其他232例，其中工人发病占总数的48%（大概与城市就诊有关）。发病时间统计1~6个月847例，7—12个月548例，1—2年222例，两年以上187例。

三、发病部位与病因分布：发病部位右肩发病834例，左肩发病732例，双肩发病238例。

病因统计：劳损804例，风寒620例，外伤261例，不明原因119例，其中肩关节劳损占总数的44.6%。疼痛性质分布隐痛（或酸痛）509例，钝痛890例，剧痛405例。见附表三。

表一： 1804例肩周炎患者的性别及年龄分布：

单 位	性 别		年 令							
	男	女	合 计		39岁	40—49岁	50—59岁	60—69岁	70岁	合 计
中国中医研究院	45	51	96	7	29	37	14	4	96	
武警北京六支队卫生队	70	90	160	9	60	75	14	14	160	
北京包装装璜制品厂卫生科	170	113	220	7	56	103	40	14	220	
河南焦作中医院	46	66	112	5	38	35	21	13	112	
北京卫戍区医院	592	624	1216	58	344	590	153	71	1216	
合 计	860	944	1804	86	527	840	247	104	1804	

表二

1804例肩周炎患者的职业与发病时间分布

单 位	职业分布					发病时间分布						
	工 人	农 人	干 部	其 他	合 计	1—7月					合 计	
						1—6月	7—12月	1—2年	2年以上			
中国中医研究院	39	11	27	19	96	39	28	18	11	96		
武警北京六支队卫生队	120		35	5	160	123	20	5	12	160		
北京包装装璜制品厂卫生科	60	20	110	30	220	86	84	32	18	220		
河南焦作市中医医院	76	8	9	19	112	50	38	14	10	112		
北京卫戍区医院	571	73	413	159	1216	549	378	153	136	1216		
合 计	866	112	594	232	1804	847	548	222	187	1804		

注：干部类含知识分子在内。

表三： 1804例肩周炎患者发病部位及病因分布

单 位	发病部位				病因统计				疼痛性质分布				
	左肩	右肩	双肩	合计	劳损	风寒	外伤	原因不明	合计	隐疼	钝痛	剧痛	合计
中国中医研究院	33	45	18	96	31	41	16	8	96	25	53	18	96
武警北京六支队卫生队	105	35	20	160	95	30	30	5	160	35	120	5	160
北京包装装璜制品厂卫生科	94	96	30	220	80	84	42	14	220	48	91	81	220
河南焦作中医院	41	60	11	112	42	53	4	13	112	56	41	15	112
北京卫戍区医院	561	496	159	1216	556	412	169	79	1216	345	585	286	1216
合 计	814	732	238	1804	804	626	261	119	1804	509	890	405	1804

治疗方法与临床分组

一、中平穴针刺治疗组（简称针刺治疗组）：

（一）取穴位置：中平穴位于足三里穴下一寸，上巨虚穴上二寸处。（二）针刺手法：采用28号2.5—5寸毫针，行直刺法，大幅度用力提插捻转，以泻为主，待病人感到针感明显的向上或向下传导为宜。同时令病人活动患肢，做上举外展，内旋、外旋等锻炼。对体虚者宜补泻结合。（三）留针与疗程：对急性期或以疼痛引起的功能障碍，没有形成严重粘连，针刺后患者疼痛消失，肩关节功能恢复正常可不留针。对后期粘连较重引起的肩关节功能障碍，留针30分钟，5—10分钟行针一次，七次为一疗程，隔日一次。（四）针刺方法与辅助疗法：方法取巨刺法，左肩针右侧穴位，右肩针左侧穴位，双肩针双侧穴位。对后期形成严重粘连患者可采用针刺健侧（患侧痛点）相应的对侧痛点。或用拇指与食指指压双风池穴，点压肩井穴、手三里穴等。

二、西药治疗对照组：

方法与疗程：奴夫卡因10毫升，维生素B₁4毫升，强的松龙1毫升局部封闭，隔日一次，口服保泰松0.2毫克，每日三次，七天为一疗程。

三、条口透承山针刺对照（简称针刺对照组）：

（一）取穴位置：上巨虚穴下二寸处，犊鼻与解溪穴连线的中点。（二）针刺方法：采用28号2.5—3.5寸毫针行直刺法。（三）留针与疗程：留针30分钟，七次为一疗程。

诊断要点与疗效标准

一 诊断要点：（一）发病年龄为中老年人，多继发于肱二头肌腱炎或上肢创伤。（二）肩部疼痛，钝痛、隐痛、阵发或持续剧痛，夜间加重，局部压痛多见于肱二头肌，肩后小圆肌附着处。（三）上臂活动受限，影响肩关节的上举，外展、内旋、外

旋、后伸等功能。严重时生活不能自理。(四)三角肌、冈上肌、冈下肌出现不同程度的萎缩。(五)后期X线检查可示骨质疏松。

二、疗效标准:

(一)临床治愈:临床症状消失,肩关节功能完全恢复或基本恢复正常,并能参加工作和劳动。(二)显效:临床症状基本消失,疼痛、压痛显著减轻,肩关节功能接近正常。(三)进步:临床症状改善,疼痛减轻,肩关节活动范围加大。(四)无效:症状无变化,疼痛未减轻,功能未改善。

治疗效果与典型病例

一、治疗效果:

(一)针刺治疗组 临床治愈1264例,其中一针治愈率占11%,显效327例,进步181例,无效32例。(二)针刺对照组,临床治愈40例,显效40例,进步18例,无效2例。(三)西药对照组:临床治愈38例,显效27例,进步23例,无效7例。

两组比较经统计学处理存在显著差异($P < 0.001$)。如治愈率统计学处理,针刺治疗组 $70.1 \pm 24\% >$ 针刺对照组 $40.0 \pm 4.9\% >$ 西药对照组 $40.0 \pm 4.9\%$ 。针刺对照组虽然有效率和针刺治疗组相近($98.2 \pm .55\%$ 和 $98.0 \pm 4.9\%$),但治愈率对照组较治疗组为低($P < 0.01$),附表四。

显著性检验 (R. dit分析): $\chi^2 = 23.59 P < 0.001 (***)$

二、远期随访结果

经107例随访,功能正常者94例,复发13例。其中3—6个月1例;功能正常者55例,复发3例;7—12个月35例,功能正常者31例,复发4例,一年以上11例,功能正常者8例,无效3例,见附表五。

三、典型病例

例一:白瑞哲·瑞古拉,女,38岁,职业教员瑞士外宾。八

表四:

1804例肩周炎患者临床疗效分析

项 目		治愈	显效	进步	无效	合计
针刺治疗组						
中国中医研究院		67(69.8%)	18(18.8%)	10(10.4%)	1(1%)	96(100%)
河南焦作中医院		53(47.3%)	36(32.1%)	20(17.9%)	3(2.7%)	112(100%)
武警北京六支队卫生队		80(50%)	60(37.5%)	20(12.5%)		160(100%)
北京装璜制品厂卫生科		134(60.9%)	47(21.4%)	31(14.1%)	8(3.6%)	220(100%)
北京卫戍区医院		930(76.5%)	166(13.7%)	100(8.2%)	20(1.6%)	1216(100%)
合 计		1264(70.1%)	327(18.1%)	181(10.3%)	32(1.8%)	1804(100%)
针刺对照组	北 京 总 队	40(40.0%)	40(40.0%)	18(18.0%)	2(2.0%)	100(100%)
	武 警 院	38(40%)	27(28.4%)	23(24.2%)	7(7.4%)	95(100%)
西药对照组						

表五： 对107例肩周炎患者的远期随访

时 间	例数	复发	正 常
3—6个月	61(100%)	6(9.8%)	55(90.2±3.8%)
7—12个月	35(100%)	4(11.4%)	31(88.6±5.4%)
一年以上	11(100%)	3(27.3%)	8(72.7±13.4%)
合 计	107(100%)	13(12.1%)	94(87.9±9.4%)

八年八月二十四日就诊，主诉右肩关节疼痛两个月，影响写字，梳头洗脸，自述呈钝痛，检查肩后小圆肌附着处压痛（++），功能基本正常。诊断肩周炎早期，轻型。治疗患者左下肢中平穴，采用28号3寸毫针，局部常规消毒，行直刺法，患者针感明显向脚尖传导（从未扎过针），行针约30秒，令病人活动患肢，疼痛完全消失，做各种写字均未出现疼痛。即刻起针而愈。

例二：于××，男，45岁，河北农民。88年4月28日就诊，主诉左肩关节疼痛两年，影响穿脱衣服。不能提重物。检查上举90度，外展45度，后伸髋关节，三角肌，肱二头肌短头肌腱处压痛阳性。三角肌轻度萎缩。诊断为肩关节周围炎。治疗针刺患者右侧中平穴，行强刺激，病人感到针感明显的向下传导，同时令病人活动患肢，不到两分钟患肢上举达到170度，疼痛基本消失，后伸达腰1。令回去进行坚持上举、外展、内旋、外旋等功能锻炼，半年后随访，功能正常。

讨 论

一、此穴位于胫前肌、趾长伸肌之间，内有胫前动脉胫前静

脉，及腓肠外侧皮神经及隐神经的皮支分布，深层为腓深神经。可能行强刺激转移了大脑皮层疼痛的兴奋灶，或直接刺激传导神经，造成神经中的痛觉纤维的传导发生障碍，使患者肩部产生显著的镇痛作用，然后依靠病人自我功能锻炼来恢复其功能。据报道经用麻醉清醒的家兔，以植物神经系统支配的血管运动作为痛的指标，用连续电脉冲刺激兴奋支配足三里中平穴位于足三里穴下一寸的腓神经的各类传入纤维在针刺镇痛中起的作用，结果表明各类传入纤维的抑制效应应为Ⅰ类<Ⅱ类<Ⅲ类<Ⅳ类纤维。还有人报道：通过22例未经治疗的软组织疼痛的患者，测定针刺治疗前后血清中吗啡样物质的含量，发现与对照组（健康的人）存在着显著差异，前者为 $23.2 \pm 2.5\%$ ，后者为 $44.5 \pm 2.2\%$ ，（ $P < 0.001$ ）。

二、从现代医学解剖分析，肩部关节主要是指盂肱关节。活动度大，肱骨头似球形，较关节盂的面积大三倍，肩关节韧带及关节囊松弛薄弱，故活动度增大，加上中老年人机能退化也是造成肩关节周围炎的重要因素之一。

三、祖国医学认为肩痹痛与脾胃虚弱、正气不足有密切关系，多发生于中老年，系有“五十”肩之称。此穴位于足阳明胃经，阳明亏虚，不能荣筋骨，利关节，故易受风寒之邪，滞留于肩胛筋骨之间，臂痛亦责其阳明。

四、左病治右，右病治左为巨刺针法，系属古代几刺之一，最早见于《素问》一书。巨刺针法符合经络循行流注规律，因十二经脉在人体和脏腑表里相会，阴阳相配，而且同名经脉之气血左右也是相互流通的，当人体出现病变时，经脉就会出现左盛右衰，或左虚右盛，或经虚络虚，络盛经虚，而这种取穴可以起到调整左右气血偏盛偏衰的作用。

机体是一个整体，具有自身的调节作用和具有自身完成的调节控制系统。而经络是人体内外信息输入与输出的通道，外界刺激通过经络输入人体大脑皮层相应中枢，通过中枢调节控制，达

到控制病痛，使人体恢复健康的目的。

五、符合穴位分布的全息律学说，根据张颖教授探索的一个与经络对等的另一种穴位分布的全息律，经络学说揭示了同类穴位的连续排布，而穴位分布的全息律则具体指出了同样穴位分布形成在机体不同部位的重复，也就是人体的每一节肢体均可可是整个人体的缩小，因此此穴分布类似全息律学说的人体关节部位，故针刺后收到显著效果。

六、此穴还可用于治疗胃痛、腰痛、痛经、急性腰扭伤、坐骨神经痛、头痛、心绞痛等症。

第二篇

颈肩综合征

第一章 颈肩综合征诊断要点

一、多见于45岁以上的中老年人。

二、疼痛以肩关节酸痛、胀痛、钝痛为主，有时剧痛，夜间加重，局部怕碰，怕压、怕拉，并向肩、臂、手指放射性疼痛，或痛麻。压痛多见于肱二头肌腱、三角肌、肩后小圆肌附着处。

三、功能障碍，后期多数患者伴有不同程度的肩关节软组织粘连，影响外展、后伸、内收、上举等功能，重者生活不能自理。

四、后期可见上肢前肌、鱼际肌、骨间肌出现不同程度的萎缩，肌张力，肌力减低。手部握力，皮肤感觉，肱二头肌腱和肱三头肌腱强度均较健侧减退。

五、椎间孔压痛试验阳性，臂丛牵拉试验阳性。

六、X线检查：拍片示椎体骨质增生，椎间隙变窄，项韧带钙化，或有肩关节骨质疏松，钙化。

第二章 颈肩综合征治 疗方法

一、针刺疗法：(一)取穴方法：取穴中平经外奇穴，位于足三里穴下一寸，偏于腓侧。(二)左肩针刺右侧穴位，右侧针刺左侧穴位。(三)针刺手法：患者取坐位，局部常规消毒，采用28号毫针3.5寸一根，行直针法，双日一次，每次30分钟。

二、点穴疗法：在针刺中平穴针感出现以后，然后用其拇指与食指点压风池穴，大椎穴、肩井、肩胛骨内侧，健侧肩关节腋前腋后、手三里、中渚穴。每穴指点30秒钟，每日一次或两天一次。

三、中药离子导入：(一)仪器采用廊坊炮兵导弹学校研制的DZL—Ⅱ型骨质增生电疗仪，电压指数5—20，待患者局部出现针刺样疼痛为宜。(二)中药主要选用活血通络，消止痛的姜活，独活，刘寄奴、红花、桃仁，桂枝、桑寄生、威灵仙、桑枝、延胡索、丹参、麝香等，加入75%酒精5000毫升，浸泡一周即可做导入使用。(三)时间与疗程：每日一次或隔日一次，每次40分钟，10次为一疗程。

第三章 颈椎综合征疗 效标准

一、优秀级：临床症状、感觉、反射、肌力恢复正常，疼痛消失颈肩关节功能恢复正常。

二、良好级：临床症状、感觉、反射、肌力基本恢复，疼痛基本消失，颈肩关节功能大致正常。

三、尚可级：临床症状、感觉、反射、肌力改善，疼痛减轻，颈肩关节功能好转。

四、差级：症状、体征均未改善，疼痛、功能无变化。

第四章 颈椎综合征机理探讨

颈肩综合征可为颈部长长期过度疲劳、损伤、中老年性颈椎组织变性所致。一般认为本病多为颈椎间盘突出椎管压迫脊髓、椎体后方的骨刺、小关节增生、黄韧带肥厚或钙化、甚则椎板增厚、椎管狭窄、压迫神经、引起痉挛、栓塞、交感神经兴奋所致。

中医认为：脾主运化、主统血、主四肢、主肌肉的生理功能。脾与胃相表里，为后天之本、气血生化之源，用以不断补充先天之本，先天之精才能保证四肢百骸强健。因为人体五脏六腑、全身都要靠脾胃获得营养、痹症主要是因气血不足，营卫不固，风寒湿邪乘虚侵入所致。

第五章 学术论文选载

针点中导疗法治疗颈肩综合征

278例疗效分析

颈肩综合征是以颈椎骨质增生为主要病理改变,和以肩痛为主要临床表现的征候群。多发生于中老年人的一种退行性炎症性病变。临床亦无特效疗法,笔者以针刺中平奇穴为主,配合点穴、中药离子导入综合治疗此病278例,收到了显著效果,治愈率70%,有效率97.2%。现简要报告如下。

一般资料

本组278例中男性133例,女性135例。年龄26~79岁,尤以50~59岁年龄组为多,165例,占发病总数的59.5%。职业工人77例,农民21例,干部(含知识分子)152例,其他28例,其中干部占发病总数的64.7%。X线拍片检查颈椎骨质增生278例,伴椎间隙狭窄76例,韧带钙化31例,肩关节骨质疏松、骨质增生者54例。肩关节疼痛278例,其中左肩96例,右肩137例,双肩发病50例。

本组患者均经X线拍片证实颈椎病理改变(骨质增生、椎间隙狭窄、韧带钙化),和肩关节疼痛、压痛、或伴有功能障碍,及肩关节X光拍片的病理改变。均为我院门诊及住院病人。

诊断要点

- 一、多发生于45岁以上中老年人。
- 二、一侧或两侧肩部关节出现以酸痛、胀痛、放射痛为主要

临床诊断特点。夜间痛甚，怕碰怕压怕撞，并向肩、臂、手指放射（痛、麻）。压痛多见于肱二头肌腱、三角肌、肩后小圆肌附着处。

三、后期可见肩关节功能障碍，影响外展后伸、上举、内收等功能。

四、后期可见上肢前肌、鱼际肌、骨间肌、冈上肌、冈下肌出现不同程度的萎缩、肌力、肌张力减低。手部握力、皮肤感觉、肱二头肌腱和肱三头肌腱强度低于健侧。

五、椎间孔压缩试验阳性、臂丛牵拉试验阳性。

六、x光摄片显示：颈椎椎体骨质增生，或椎间隙变窄、项韧带钙化、或肩关节骨质疏松、钙化。

治疗方法

一、针刺治疗法：（一）取穴 中平奇穴，位于足三里下一寸，偏于腓侧。（二）针刺方法 取穴为交叉取穴，左肩针刺右侧穴位、右肩针刺左侧穴，双肩针刺双侧穴位。（三）实施手法及针刺参数 患者取坐位，暴露膝关节下，局部常规消毒。取28号毫针3.5寸一根，行直刺法。时间一般30分钟，对早期症状轻针刺后疼痛消失可不留针。隔日一次或每周两次。

二、点穴治疗法：在针刺中平穴出现针感后，为了强化治疗效果、用其拇指、食指、揉压风池穴、大椎穴、肩井穴、肩胛骨内外侧沿，健侧肩关节腋前腋后、手三里、中渚穴。每穴点、揉压30秒钟。

三、中药离子导入康复治疗：通过针刺、点穴治疗，肩关节疼痛明显减轻、功能改善，强化治疗效果，进行中药离子导入治疗。（一）仪器 采用河北廊坊炮兵导弹部队学校研制生产的DZL—II型骨质增生电疗仪。电压指数5-20，待局部出现针刺样疼痛的感觉为宜。（二）中药羌活、独活、刘寄奴、红花、桃仁、桑寄生、秦艽、威灵仙、桑枝、延胡索、丹参、地龙、麝香等通

经活络、消炎止痛的中草药。加入75%的酒精2000毫升浸泡一星期即可做导入使用。(三)时间与疗程每次最少20分钟,一般要求40分钟,与针刺、点穴同步进行。

疗效标准

一、优秀级:临床症状、感觉、反射、肌力恢复正常,疼痛消失,颈肩关节功能恢复正常。并能参加正常工作。

二、良好级:临床症状、感觉、反射、肌力基本恢复,疼痛基本消失,颈肩关节功能大致恢复正常。

三、尚可级:临床症状、感觉、反射、肌力改善,疼痛减轻,颈肩关节功能好转。

四、差级:症状体征未改善,疼痛功能无变化。

治疗效果

优秀级194例,占70%,良好级45例,占16.1%,尚可级31例,占11%,差级8例,占2.8%。总有效率占97.2%。

典型病例

例一:党××,女,47岁,北京化工设备厂工人,于1988年12月就诊。自述右肩关节疼痛4个月,呈酸痛、胀痛、放射痛,夜间痛甚。检查肱二头肌长头肌腱,肩后小圆肌、三角肌压痛(*).上举100度,后伸L₅。x光拍片检查:C—5.6椎体前缘轻度骨质增生。诊断颈肩综合症,治疗采用综合治疗法。针刺患者右下肢中平穴,行强刺激,针感向足面传导。此时术者站立,用拇指与食指点、揉、压患者风池穴、大椎穴、肩井穴、健侧肩关节腋前腋后、手三里、中渚穴。病人自述疼痛基本消失,功能明显好转。继用中药离子导入康复治疗仪治疗40分钟,症状明显好转。经治疗六次临床治愈。

例二:郑××,男,63岁,北京东风电视机厂退休工人,于

1988年9月9日初诊。患者自述右肩疼痛4个月，钝痛、有时剧痛、不能入睡，时而痛醒。检查肱二头短头肌腱压痛（*），肩后小圆肌附着处压痛（*）、三角肌压痛（*），上举160度、外展45度，后伸零度，冈上肌冈下肌三角轻度萎缩。椎间孔压迫试验阳性。临床诊断颈肩综合症。x光拍片检查C—5、6、7椎体前后沿唇样骨质增生，C—5、6椎间孔变窄。治疗采用了针、点、中导疗法。针刺患者左侧中平奇穴，点压风池、大椎、肩井、健侧肩关节腋前腋后、手三里、中渚穴。病人自述肩关节疼痛基本消失，上举180度，后伸10度，同时给予中药离子导入40分钟。先后治疗一个疗程，临床治愈。

例三：王××，女，44岁，北京市朝阳区开发公司干部。1988年9月20日初诊，主诉左肩关节疼痛七个月。自述肩、臂酸痛、胀痛、向上肢放射性疼痛，伴有手指麻木感、夜间疼甚、不能入睡，时而痛醒、怕碰怕撞、呈针刺痛。生活不能自理、不能梳头洗脸，擦大便，不能穿脱衣服。检查：椎间孔压迫试验阳性。臂丛牵拉试验阳性，肩部肌肉轻度萎缩，肌力低于健侧。上举90度、外展45度，后伸零度。临床诊断颈肩综合症。x线拍片检查：C—3、4、5、6、7椎体骨质增生，治疗采用针点中导综合疗法。针刺患者右下肢中平奇穴，指点病人风池、大椎、肩井、健侧肩关节腋前腋后、手三里、中渚穴。配合中药导入骨质增生治疗仪治疗。隔日一次，每次1个小时，两个疗程后检查，疼痛消失、上举175度、后伸10度。临床症状消失，生活自理。

讨 论

一、本病为中老年人颈部经过长期的过度疲劳、损伤、形成颈椎组织变性所致的颈肩综合症。一般认为颈椎间盘突出，椎管压迫脊髓，椎体后方骨刺，小关节增生，黄韧带肥厚或钙化，甚则椎板增厚，椎管狭窄，压迫神经、脊髓、引起痉挛、栓塞、交感神经兴奋等证。当正常解剖位置发生改变时，特别第5颈椎横突孔距

离椎体较近、加之 C4、5 解剖上结构薄弱，生物力学分析，正应力、扭转力、剪力大（杨克勤等《颈椎病》北京人民卫生出版社，1981）。本病例中 C—5、6 椎体增生者占总数的 86%。

二、颈部病变为什么导致肩关节病变、主要是颈神经分布在肩关节及上肢，故压迫神经引起的疼痛首先肩关节及上肢加上肩关节活动量、活动度都大、易引起疲劳、损伤、局部抵抗力低下，易受风寒、湿邪侵袭；以及中老年人本身机能退化、引起颈椎关节、肩关节的退行性变、而加重肩臂痛的症状。也有大部分患者肩关节骨质未见异常病理改变、但因怕痛，不敢活动，时间久了，肩关节真的形成凝肩，合并肩关节病变。在 278 例中肩关节增生、疏松等病变者仅占 31%。

三、祖国医学认为本病属为“骨痹”、“肩痹”之范畴。多因督阳痹阻，经络不通所致。脾主运化、主统血、主四肢、主肌肉的生理功能。脾与胃相表里，为后天之本，颈肩综合征其主要原因为气血不足，营卫不固，致风寒湿邪乘虚而入。治疗只有通督筋脉、助阳温经，活络而痛止。

四、针刺中平穴具有显著镇痛作用。经对雌雄 Wistar 大鼠各 14 只进行甩尾阈值试验，针刺治疗组平均痛阈由 3.89 ± 0.22 秒延长至 5.86 ± 0.46 秒，增加 51% ($P < 0.001$)。做嘶叫阈为痛的指标，取大鼠对照组 15 只、针刺组 16 只、试验结果发现针刺组平均嘶叫阈值由 1.23 ± 0.14 伏升至 2.21 ± 0.31 伏，增加 79% ($P < 0.01$)。

五、从现代解剖分析、中平奇穴位于胫前肌趾长伸肌之间、内有隐神经皮支分布，深层为腓深神经。可能行强刺激转移了大脑皮层兴奋灶，或直接刺激传导神经，造成神经中的痛觉纤维的传导发生障碍所致。

六、点穴机理主要以指代针，点、揉、压的动力引起经络气血的疏通，扩大血流量，促进病变部位软组织的松弛、解除颈肩部不协调收缩而引起的颈椎微细结构的改变。大椎穴为手三阳足三阳

督脉之会；风池穴为手、足少阳、阳维之会、阳跻脉之所入，肩髃穴为手、足少阳、足阳明、阳维之会、连入五脏。手三里为手阳明大肠经所经之处，中渚穴为手少阳三焦必经之穴，三阴交为足太阴、厥阴、少阴出入交会之穴、主治肩臂痛、具有通阴调经络，消炎止痛之功效。

七、中药离子导入其作用机理主要通过酒精浸泡中药对颈椎、肩关节的渗透作用，达到活血通络，消炎止痛的效果。

八、机体是一个整体，是有本身的调节功能。上肢有病下肢偏实，左肢有病右肢偏实，从两侧来讲总有一侧是失去平衡的。运用巨刺针法、左病治右，右病治左，泻其实，使两侧恢复平衡，临床症状也就缓解和消失了。同时治疗健侧易于病人接受，减少病人的痛苦。

九、坚持肩关节功能锻炼是肩关节恢复的重要手段。特别对于冻结肩患者除针刺、点穴、中药离子导入综合治疗外，重点强调患者每天坚持肩关节的上举、外展、后伸、内旋、外旋等。功能锻炼，但不易时间过久、疲劳、不能强行板拉。

（《全军第五届理疗康复学术会议》1989.10（兰州））

附录一 转载部分报纸的报导

（一）针灸治疗肩周炎可一针见效

本报讯 解放军292医院军医王文远在最近全军针灸学术交流会上，仅用两分钟，使患者两年没有抬起的胳膊举了起来。

王文远针刺治疗肩周炎，据临床1000例统计，治愈率达74.9，其中一针治愈率占11%。

（张能泽 汪巍）转载自《人民日报》1988年5月12日

针灸针麻委员会成立

本报北京4月28日讯 胡松山、记者聂中林报道：针灸表演引人入胜。军医王文远将一根银针刺入患者右腿的一个穴位，患者左边肩肘立即产生了反应。“活动臂膀！”“抬臂！”好！不到两分钟，患者两年没有举起的左臂举起来了，会场上爆发出一阵热烈掌声。

这是今天在全军针灸、针麻专业委员会成立暨第一届针灸学术交流会闭幕会上的一个镜头。

近几年来，我军针灸医疗不仅继承了传统的技术，而且有所发展，有所创新，在应用针灸防治疾病方面也有自己的特色和优势。解放军总医院的耳针，264医院针灸治疗癔症性瘫痪，驻上海某部卫生队针灸治疗聋哑，沈阳空军医院针灸治疗偏瘫等，都取得了显著成绩。全军针灸、针麻专业委员会强调，要以提高针灸、针麻临床疗效为重点，努力发展自己的特色和优势，做好防病治病工作，保障广大指战员的健康。

总后政委刘安元、副部长张彬等出席了今天的会议。

转载自《解放军报》1988年4月29日

（三）针刺经外奇穴治疗肩周炎获显效

本报讯 （记者邢远翔）一根银针刺入患者的右腿，不到两分钟，病人就举起了两年没有抬起的左臂。北京军区292医院针刺治疗肩周炎的疗法，已使众多患者受益。

肩周炎是肩关节周围软组织的一种退行性、炎症性病变，为老年人的常见病多发病之一。该院主治医师王文远，突破了以往“循经取穴”的方法，运用全息律学说，探索出治疗肩周炎的

有效穴位——经外奇穴。据千例统计，临床治愈率为74.9%，有效率为99%，其中一针治愈率占11%。该院至今已治疗肩周炎患者3000多人次。

转载自《健康报》1988年8月25日

（四）292医院与地方单位协作治疗肩周炎、肥胖病有成效

本报讯 解放军二九二医院（即北京卫戍区医院）近年来向社会开放，先后与北京14家医疗科研单位建立横向联系，发展自己的特色，取得明显成效。该院门诊部副主任、主治中医师王文远在针灸治疗肩周炎方面，探索了新的有效穴位，具有选穴少（一个穴位），疗效高，疗程短，痛苦小，方法简便的优点。经1000例临床统计，治愈率占74.9%，有效率为99%，其中一针治愈率占11%。该院与北京中西医结合研究会联合创办的肥胖症研究治疗中心，开展饮食、运动、药物（针灸）指导疗法，半年来门诊病人达5000多人次，有效率90%，显效率占37%。该中心研制“8701”“3703”“8705”减肥药，具有减体重不减体力，不影响食欲、不引起腹泻的优点。该院已成为向外宾开放的军队医院。（方）

转载自《光明日报》1988年7月21日

（五）老年性肩周炎的治疗

肩周炎是肩关节周围软组织的一种退行性病变，为老年人的常见病多发病。肩周炎的早期病理变化主要是关节腔缩小，关节囊挛缩粘连，最后导致胶原纤维的退行性变，关节附近的软组织纤维化、失去弹性、短缩变脆，极易造成撕裂。晚期周围韧带

呈硬索状。因此，关节活动受到很大限制。中医认为，此病多因年老体弱，气血虚损，风寒湿邪袭虚而入，滞留于肩胛之间，壅塞经络，从而使气血经络受阻。

肩周炎的主要临床表现是：〈1〉起病缓慢、大部分无外伤史或只有轻微的外伤史。〈2〉常发生于一侧或两侧同时发病。

〈3〉主要症状是肩部疼痛和活动受限。开始感觉提物无力，随即肌肉痉挛而活动受限，并逐渐加重。由于外展、外旋和内旋受限，因而，病人梳头、穿衣都很困难，严重时生活不能自理。

治疗此病的方法很多，力争早期治疗往往奏效快。目前治疗肩周炎的方法有：早期治疗主要控制疼痛和肌肉痉挛，可用镇痛剂、热疗、湿热敷、按摩疗法、中药内服、针刺疗法、刺血疗法、运动疗法等。对早期或后期病人均可采用运动疗法，鼓励病人认自我锻炼为主。综合疗法：可选择二种以上方法同步进行，如针灸配合按摩疗法、针灸配合中药外敷、针灸加热疗、电疗加按摩等。以上各种方法若能坚持治疗，可获满意疗效。

经外奇穴针刺治疗肩周炎是北京卫戍区医院近期报道的显著疗效的一针一穴治疗此病的新疗法。是由该医院门诊部副主任王文远首创的。他突破了“经络取穴”的传统方法，运用全息律学说，探索出治疗肩周炎的有效穴位——经外奇穴（中平穴）。此穴镇痛效果好。经治疗国内外患者1万多人次，临床治愈达74.9%，有效率99%，其中一针治愈率11.0%，这一创造，先后在全军首届针灸专业会议、华北第四届针灸专业会议、首届全国中医骨伤科会议上发表，获得好评。（该院地址在：北京朝阳门外枣营路长城饭店东侧。）（张震）

转载自《中国老年报》1989年3月29日

（六）搞科研需要稳定的环境

发表了60余篇学术论文，曾获得四项军队科技成果奖的门诊

部副主任王文远，潜心研究治疗肩周炎20多年，以一针一次扎一个穴位立即见效而闻名，现在已治愈二千多例，临床治愈达74.9%。今年4月底，在全军首届针灸针麻专业会议上，他一边宣读论文，一边临场表演受到了与会专家教授的高度评价。中国针灸协会副会长、北京国际针灸培训中心副主任程莘农教授亲自为他编写的《针刺中平奇穴治疗肩周炎讲义》写了序。

他今年43岁，正是干事业的良辰。谈到转文职干部时，他这样说：“我是非常赞成转文职的，这样可以使专业技术人员集中精力搞科研。就拿我来说吧，现在手头上有6项科研项目，有的进行了一半，有的刚刚开始，如果不是改文职，我就得考虑下步转业的问题。这是个非常现实的问题，你不去想它，可它整天缠绕着你。现在好了，实行文职干部制度后，我可以在部队多干几年，暂时不必为转业问题费脑筋了，可以一门心思攻克我的科研项目。”

医院领导告诉我们，军区正在该院举办普及推广针刺治疗肩周炎学习班，王副主任担任着繁重的讲课任务，此外，还有许多地方单位也请他去讲学。他就象一部加足了油的机器，比以前转得更欢的。（张响贤、于保月、张能泽）。

转载自《战友报》1988年7月28日

（七）肩周炎患者的福音

用针灸治疗效果好

本报讯 一根银针刺入患者右腿的一个穴位，不到两分钟，患者两年没有抬起的左臂举了起来。这事发生在解放军292医院。这家医院采用针灸治疗肩周炎，收到了十分满意的效果。

肩周炎是肩关节周围软组织的一种退行性、炎症性病变，为中老年人的常见病多发病之一。为了探讨肩周炎的最佳治疗方

法，该院主治中医师王文远进行了20多年的潜心研究，突破了“循经取穴”的方法，运用全息律学说，探索了治疗肩周炎的有效穴位——经外奇穴，经对三千多人治疗，临床治愈率占74.9%，其中一针治愈率占11%。由于这种治疗具有选穴少（一个穴位）、疗效高、疗程短、痛苦小的特点，引起了有关专家的关注。

该院位于朝阳区枣营路，可乘302、402路汽车亮马桥下车。

转载自《北京晚报》1988年7月30日

（八）北京卫戍区医院为首都群众

实行义务便民服务

本报讯 “八一”建军节前夕，北京卫戍区医院组织部分有专长的医务人员走上北京街头，热情为过往行人进行便民服务。服务范围包括健康咨询、体格检查、卫生知识宣传及针灸治疗等。主治中医师王文远的一针一穴治疗中老年肩周炎尤其令人叹为观止，被群众喻为“路边神医”。（张能泽、汪巍）

转载自《战友报》1988年8月4日

（九）神针神针针到病除

《全军针灸专家在155医院作技术表演》

本报讯 25日下午，全军针灸专长学习班在155医院举办，应邀讲学的四位军内针灸专家作了精彩的技术表演。

开封县一位名叫宁秀娥的老大娘，左肩疼痛已有二年之多，伸、抬、举都无法活动。她因在医院伺候住院的老伴，遇上专家应诊。从北京卫戍区来的专家王文远，取上一枚二寸长的银针，在病人的右小腿一个治疗肩周炎的特效中平穴上，针入一寸，他

让病人活动一下左臂，噢，宁老太竟能将左臂高举、外展、内收、活动自如，围观的人们都不住地赞扬“神针”、“神针”。

接着，人们又纷纷打听那三位专家的特长。一位工作人员介绍说：“解放军总医院刘心莲的拿手戏是治胆结石；第二军医大学教授张剑秋的绝招是梅花针治疗关节炎；沈阳空军总院专家葛书翰专治三叉神经痛。（汤传均、周雪成）

转载自《开封日报》1989年5月28日。

（十）一针一穴治疗肩周炎

肩周炎是一种劳动人民的多发病，一般单侧发病，也可双侧发病。其特点是患者关节疼痛，活动不便，一些妇女连梳头洗脚都发生困难。二九二医院主治军医王文远同志博览群书、刻苦钻研医术，注重临床实践，在中医内科、外科、妇产科常见的治疗中积累了丰富的临床经验。特别在针灸方面探讨了人体经络特殊敏感点，找到了从健侧取穴整体平衡论的针灸治疗方法。全国各地及日本、美国、瑞士、新加坡、香港等地的肩周炎患者3万余人次得到治疗。经2000余例的统计有效率99%，临床治愈率76%，一针愈率11%。如美国亚特兰大针灸博士陈××患肩周炎，胳膊抬不到胸前，来到292医院经王文远大夫扎了一针，胳膊就一下子举过了头顶。还有农业部离休干部宫××患肩周炎4~5年，疼痛难忍，影响穿脱衣服，曾在几家医院都未治愈，经王大夫在腿上扎了一针，胳膊就举起来了，还能打乒乓球，现已两年多没有复发。（柯梦）

转载自《信息产业报》1989年7月26日

（十一）王文远治疗肩周炎一针见效

本报讯 解放军292医院（北京卫戍区医院）王文远医师用针

灸治疗肩周炎，疗效显著。经他们治疗国内外患者达3万多人次，有效率98.2%，治愈率74.3%，其中一针治愈率占11%，1988年荣获全军科技进步二等奖。（董建成）

转载自《中国老年报》1989年8月30日。

（十二）誉满京华的王一针

——记北京卫戍区医院门诊部副主任王文远

今年5月28日开封日报报道，开封县一名名叫宁秀娥的老大娘，左肩疼痛已有两年之久，伸、抬、举都无法活动。正巧遇上从北京专程来开封参加《全军针灸专长技术学习班》讲学的专家应诊。一枚二寸长的银针，在病人的右小腿足三里下外侧一寸处，针入一寸，病人就能活动患肢。噢！宁老太竟能将左臂高举、外展、内收、活动自如。围观的人们都情不自禁地赞叹“神针！”“神针！”这神奇般的持针者就是北京卫戍区医院门诊部副主任、主治中医师王文远，盛誉京华的“王一针”。

“王一针”的来历

王文远大夫今年44岁，从医已有28载，从小习岐黄业，刻苦钻研祖国医学，博览、医典群书，虚心向老师专家学习。他还注重临床实践，勇于探索，在中医内科、外科、妇科方面积累了丰富的经验，为了探索治疗老年患者五分之一的常见病肩周炎有效方法，他除中药治疗外又以针刺治疗为突破口。经过近20年的潜心研究，在自己身上反复体验针感，探索敏感穴位进行验证，终于成功地探索了治疗肩周炎的又一特效穴位——中平奇穴。经与对照组比较疗效显著，基础试验表明，针刺此穴有显著镇痛作用。先后治疗来自全国25个省市及日本、美国、瑞士、新加坡、香港等地的肩周炎患者3万余人次，有效率99%，治愈率76%，其中

一治愈率占11%。

1988年7月一位瑞士外宾右肩关节疼痛两个月，不能上举、写字，在国内治疗效果不佳。经王大夫用一根二寸上的银针在她的左下肢轻轻刺入一针，针感立即在她的左肩产生了效应，随之做各种姿式的活动，写字，疼痛完全消失，30分钟起针即愈。

他精湛的医术，高超的针技，先后被《人民日报》中央电视台等20余家新闻单位进行了报道，“王一针”的绰号名扬军内外。

病人至上

医乃苍生大业，生灵所系。王大夫深知，许多技术是在病人身上不断实践中得来的，病人才是大夫无名的良师和对医学的无私奉献者。因而，在王大夫的心目中，病人高于一切。

王文远大夫这么想，也这么做。星期天到了，人们悠哉于公园、商店，沉醉于琴舞将牌。而他带着弟子王建平医师和尹湘涛、何银州技师，在团结湖公园义务扎针。仅1987年一年内，他就在公园内治疗肩周炎患者一千余人。

王大夫治疗非化脓性肋软骨炎患者来信求方、求药，他都一一满足这些患者的要求。安徽省县农民马店五肋软炎6年，到过几个大城市医院花了一千六百多元，也没治愈，经过王大夫6次调方治疗彻底治愈了，1987年12月，该患者寄来了一面“医德高尚、技术超群”的锦旗。

无私的奉献

为更好地服务于肩周炎患者，王大夫在各级领导的支持下先后举办军内外学习班6期，300余人参加在全国全军及亚洲医学学术会议上介绍经验和技術现场表演。还将自己多年实践的宝贵经验撰写成学术论文，先后在军内外32种杂志、22个专业会议发表110篇。荣获军队科技进步奖5项，其中《针刺中平穴治疗肩周炎的研究》荣获全军科技进步二等奖。为传授技艺，他于去年

11月正式接收了北京包装装潢制品厂卫生科医师王建平为弟子。

新的征途

在人们的一片赞扬声中，王大夫并没有满足，悄悄地又踏上新的征途。据李缙院长讲，从1988年开始王医师又开展了一针治疗颈椎病，一针治疗坐骨神经痛，一针治疗面神经麻痹的研究。记者看到，就诊的不仅有患者肩周炎，还有数个口眼歪斜的病人及走路被别人搀扶的患者。从大连来的一位22岁的女大学生，面神经麻痹已三年，经三家医院均未治愈，自己和其父母都很苦恼，经王大夫针刺治疗三次，口歪已不明显，她高兴地说：“王大夫的一针名不虚传，不但治好了嘴歪病，也治好了我的心病。”

（本报记者 古谱 青峰）

转载自《中国中医药报》1989年9月11日

附录二 转载三封患者来信

（一）全国农业展览馆离休干部

宫秋光同志来信摘登

解放军292医院领导：

我患肩周炎已有4-5年了，在此期间，经单位医务室和朝阳医院多次治疗，如吃药、贴膏药、针灸、电疗等，当时有效，过了一段时间又反复了，特别是冬天痛的我无法穿脱衣服。总认为可能是我年纪大了，据说老年人得此病很难治好，因此对治好此病失去了信心。就在1987年7月初我去团结湖公园散步，看到团结湖公园门口处贴着“解放军292医院义务为患者治疗肩周炎的通告”。当时我心想，公费治疗好几年都没治好，免费治疗能好

吗？这是宣传吧！是为了广告而广告。但转念一想，既是义务，不收费又为何不去试一试呢？！于是我去领取了一张观察表格排队等候。不一会王文远大夫询问了我的病情，并作了检查，填写了表格，就开始给我针灸。一扎针我就不理解，患的是右侧肩周炎，应当针右肩（在其他医院都是针右肩）为什么在左下肢扎针呢！是否听错了，我又重复了一次“是我的右肩痛不是左小腿痛”。王大夫笑着说：“没错！针左下肢穴位就能治右肩关节痛。”心想真是“王麻子的膏药找病治”，能灵吗？这时王大夫给我一行针，胀麻一下传到脚趾。同时感到右肩突然轻松了，不痛了，让我活动肩膀，结果手举起来了，以前够不着头现在摸到后脑勺了。好了！全好了！真不敢相信，多年的老病在几分钟内一针就好啦！真比吃药、打针、烤电好的多。可能有的人听了不信，可我信！这是真的！！！是我的亲身体会。另外一个考验疗效可靠，自1987年7月至今年7月已整整两年没有犯病，右肩活动自如，打羽毛球、举哑铃，拉链环，更重要的是我又恢复了一年四季洗冷水澡的习惯（我过去一直坚持洗冷水澡，自患肩周炎后再没洗过）。这是我最高兴的事，因为我是60多岁的老头。已退休了。

为纪念治好肩周炎两周年，我特写此信，深表衷心的感谢二九二医院领导培养的好医生，衷心感谢王文远主任为肩周炎患者带来的福音。只有军队医院才有这种医德高尚的精神，才能把这种高超的“神针”无私奉献给人民，造福于人类。其特点即一针见效，病人痛苦少，针刺无痛感，还能彻底去病根，节省时间减少开支，真是神针也！不愧大家称其“王一针”

深博盛誉，人民感谢你们！尊敬你们！解放军万岁！

致

礼！

宫秋光

1989年7月1日

(三) 美国亚特兰大市针灸博士陈尔伟

先生来信摘登

王文远先生：你好！

谢谢你在百忙中接待我们，详细地为我们介绍了你在针灸界杰出的成就——一针治疗肩周炎。并为我本人作了实际治疗，以我实际的鉴证，你的治疗真是名不虚传，确有奇效！至今我的肩周炎仍未复发，我特此向你作十二万分的感谢。你的成就是我们针灸界可喜的一件大事，我们为你感到骄傲。你曾经治疗病人三万多人次，这种精神是我们同道值得学习的。

贵院地段适中，建筑具有中国传统庭院风格，是一个十分理想的对外开放性治疗中心，未来发展大有可为。我十二万分地感谢贵院李绅院长、陈志善政委在百忙中也接待了我们……。

来美多年，很少使用中文，常有提笔忘字之苦，很多我要说的感谢的话，也都因为词不达意，不知怎么说才是，请勿见怪。

专此祝

胜利！

陈尔伟

李瑞香

1989年3月

(三) 日本毛泽东思想学院行政委员长竹

田幸子女士来信摘登

王文远大夫，您好！

我于1月6日回国，每日工作繁忙，未及时去信问候，实感歉意！

在贵院承蒙您的关照，不胜感谢！我的病幸亏得到您的精心治疗而痊愈。中医疗效确实很好！回国后10余日身体有了很大变化，不仅肩腰痊愈，而且睡眠增长，疲劳感消失，体重增加，精神好多了。

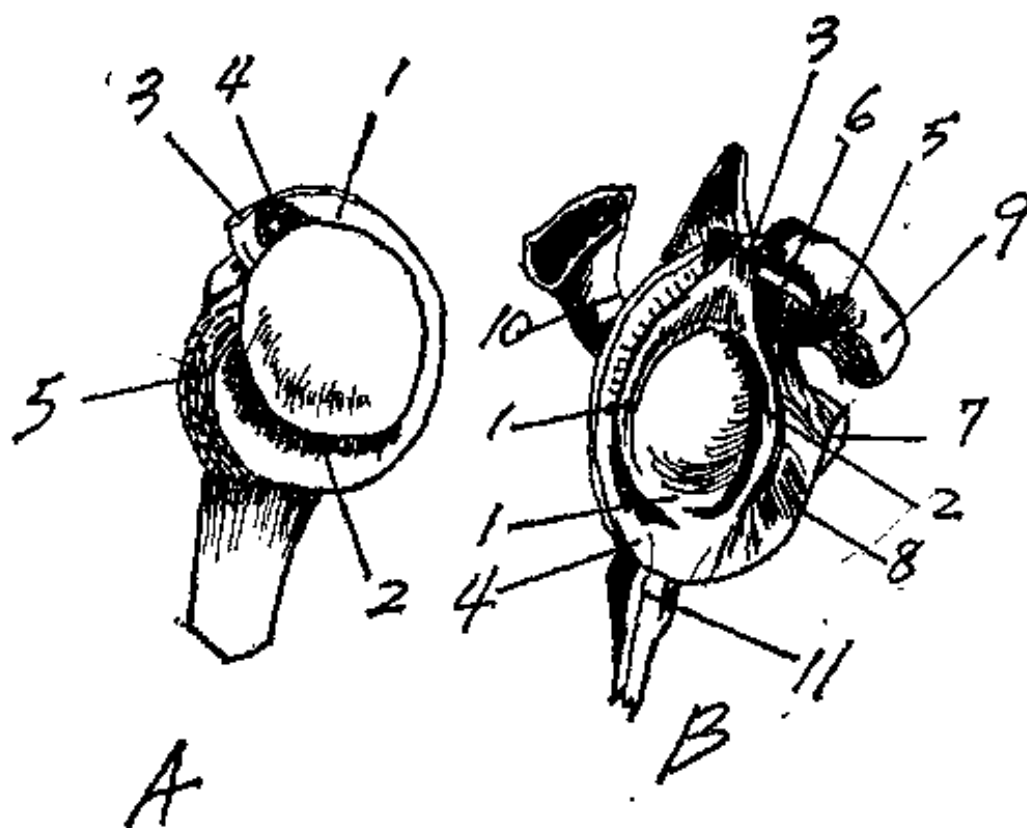
我现在和治疗后稍有差异，我相信先生讲的，长期疗效也是很好的。不久可能有机会去贵国，去后再请您诊治。

对先生的关照不胜感激！祝先生身体康泰，精神愉快！另外，对先生的高超技术已向全院广为宣传。

竹田幸子

1989年1月23日

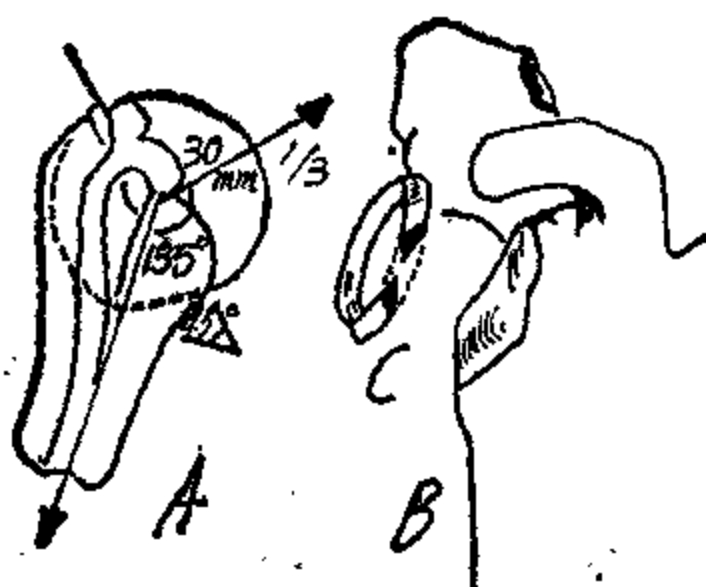
附录三 常见肩关节、下肢 解剖、功能检查示意图



(一) 肩关节的关节囊袖示意图

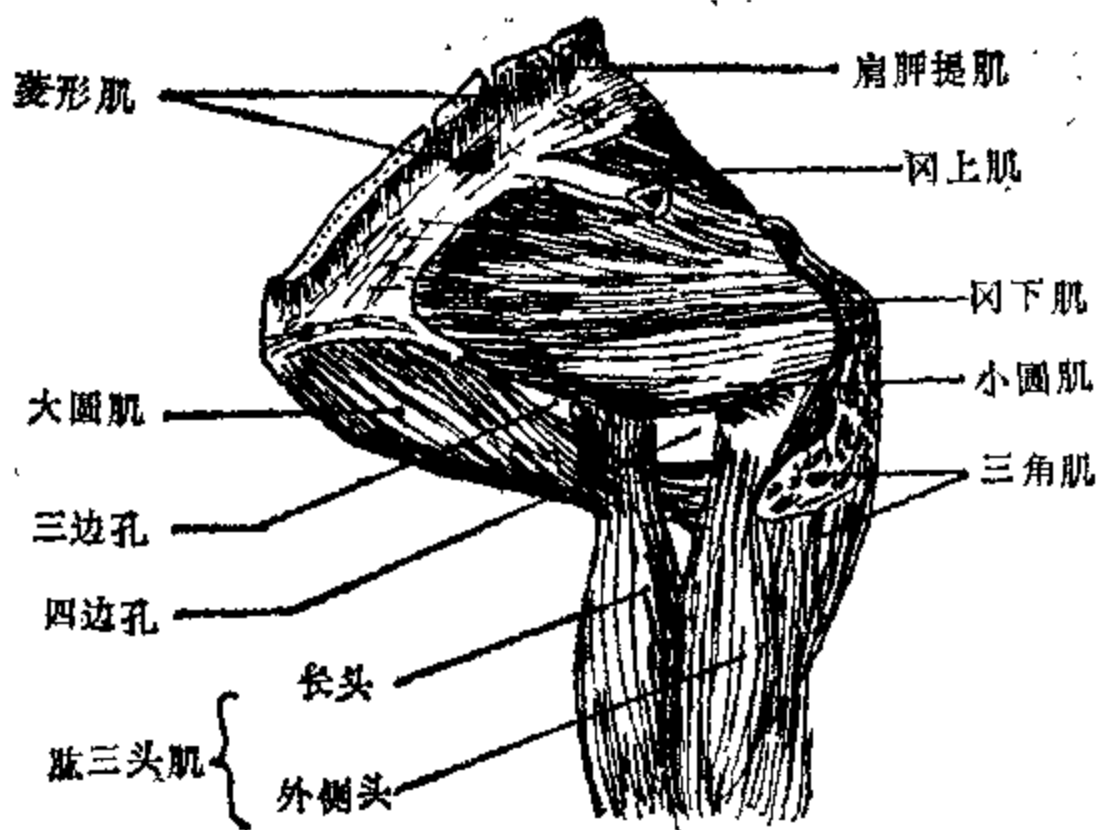
- A. 肱头头侧 1. 关节囊 2. 滑膜皱裂 3. 孟肱韧带前束 4. 肱二头肌长头腱 5. 肩胛下肌
- B. 1. 关节孟唇 2. 关节孟的浅窝 3. 肱二头肌长头腱 4. 关节囊 5. 喙肱韧带 6. 孟肱韧带前束 7. 孟肱韧带中束 8. 孟肱韧带后束 9. 喙突 10. 肩胛岗 11. 孟下粗隆

6

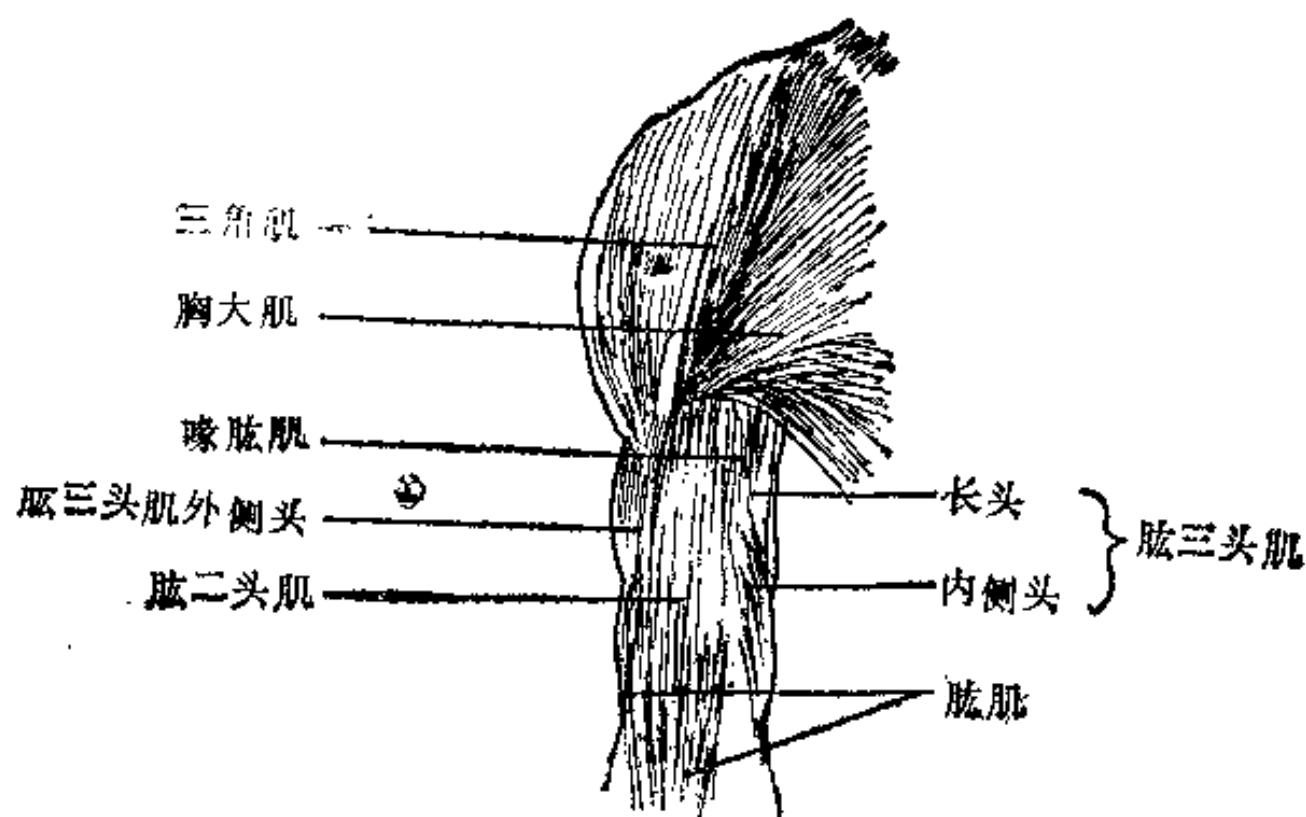


(三) 肩关节的关节面

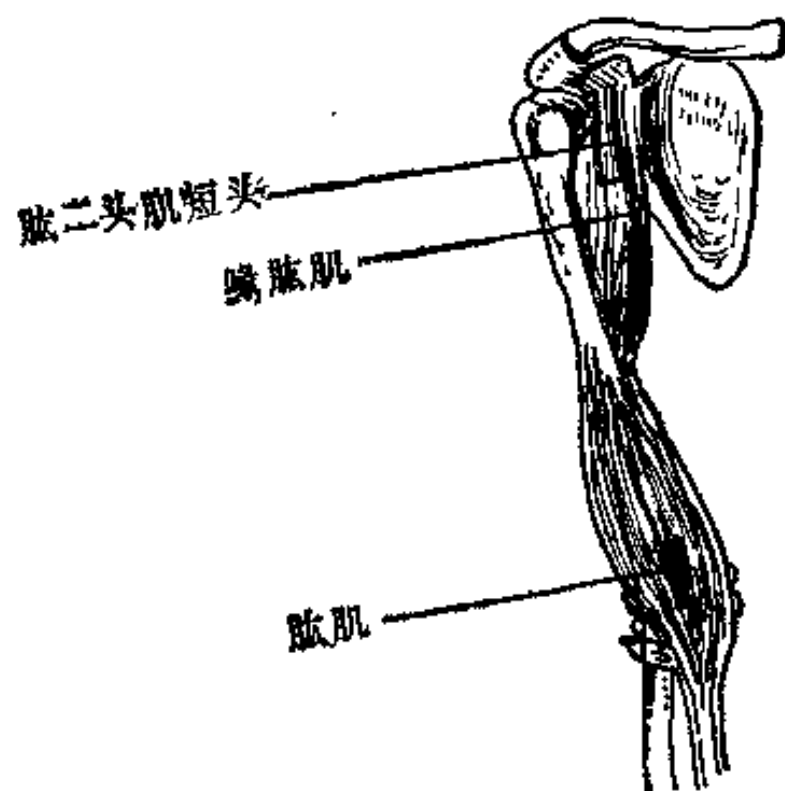
A 肱骨上端 B 肩胛骨外侧角 C 肩关节盂



(三) 上肢带肌 (后面) 示意图 ²¹



(四) 肩关节浅层肌 (前面) 示意图



(五) 喙肱肌和肱肌示意图

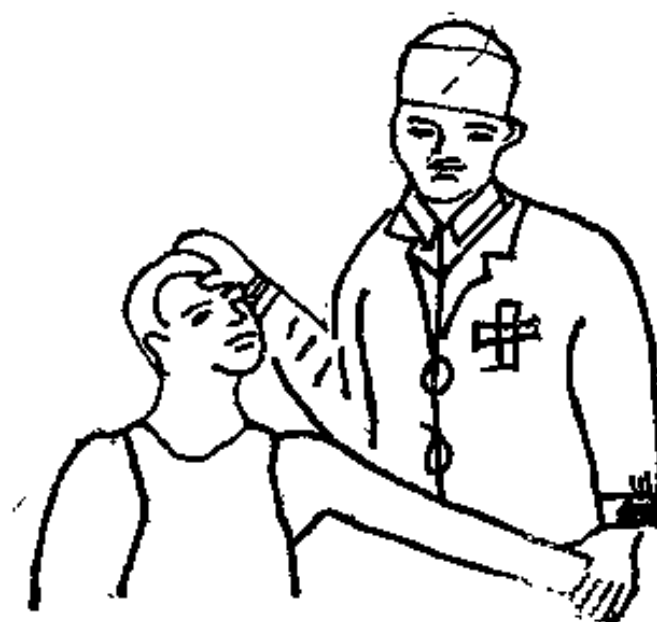


(六) 杜加 (Dugas) 氏征

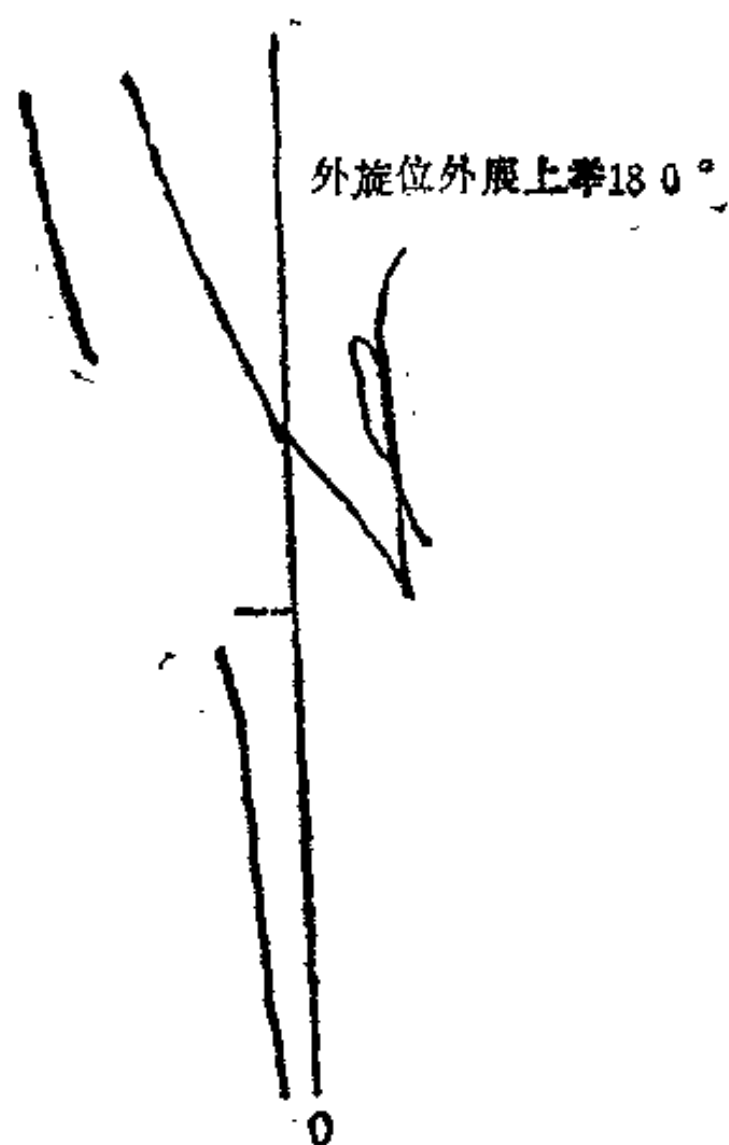
左：杜加氏征阴性 右：杜加氏阳性右肘不能贴住胸壁



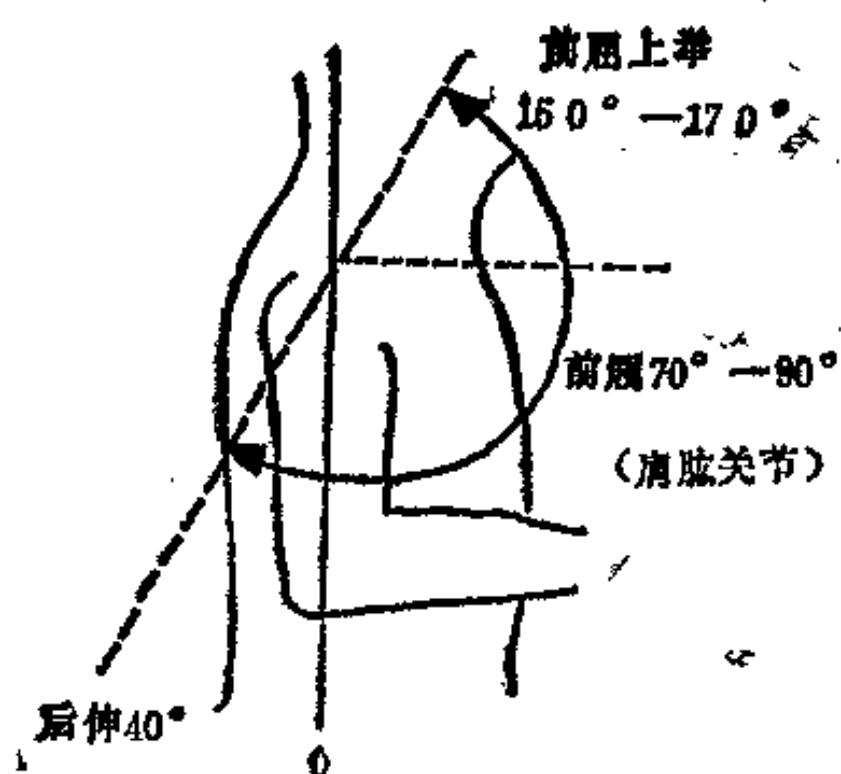
(七) 椎间孔挤压试验



(八) 臂丛神经牵拉试验

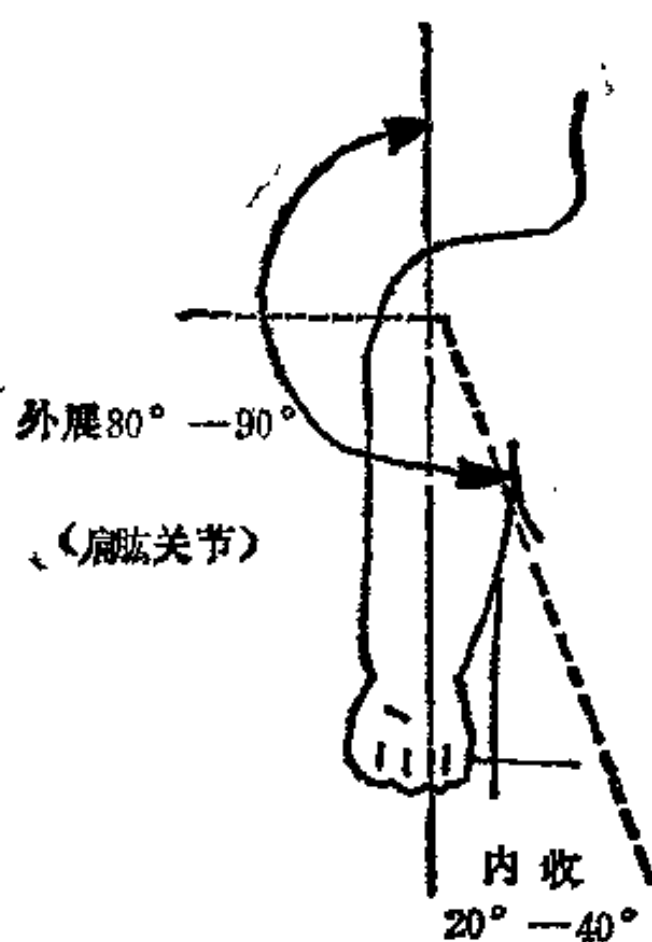


(九) 肩关节功能外旋外展上举示意图

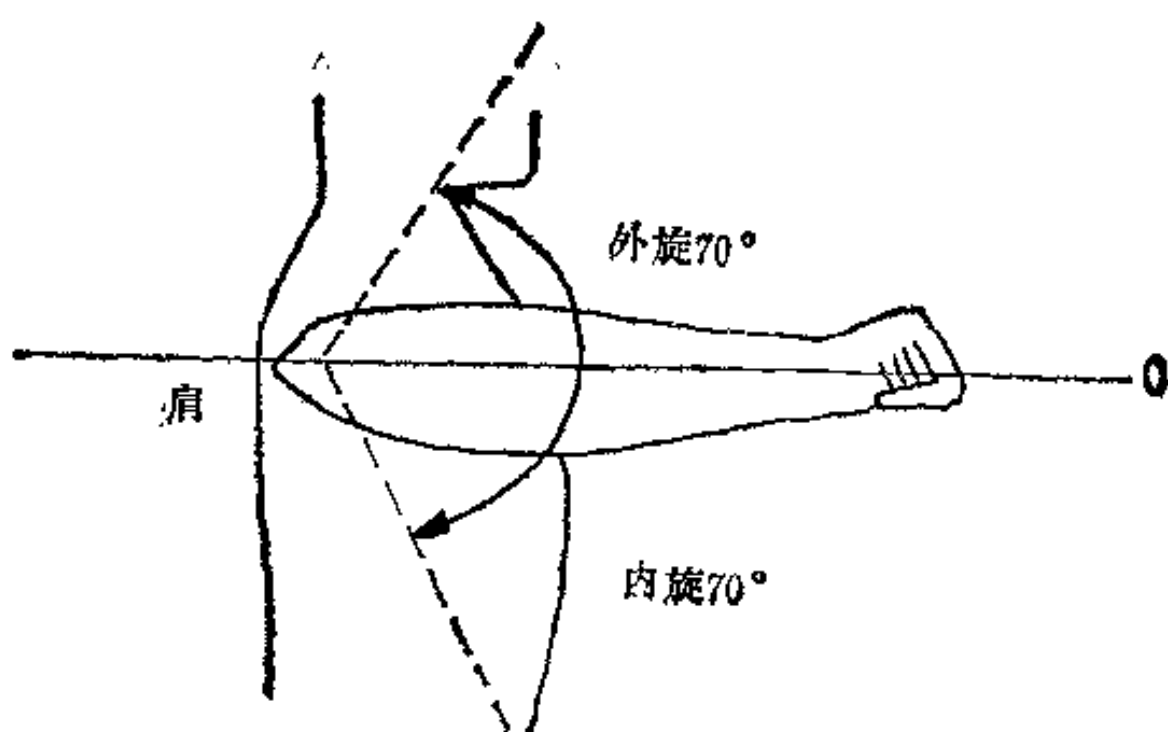


(十) 肩关节前屈上举后伸功能示意图

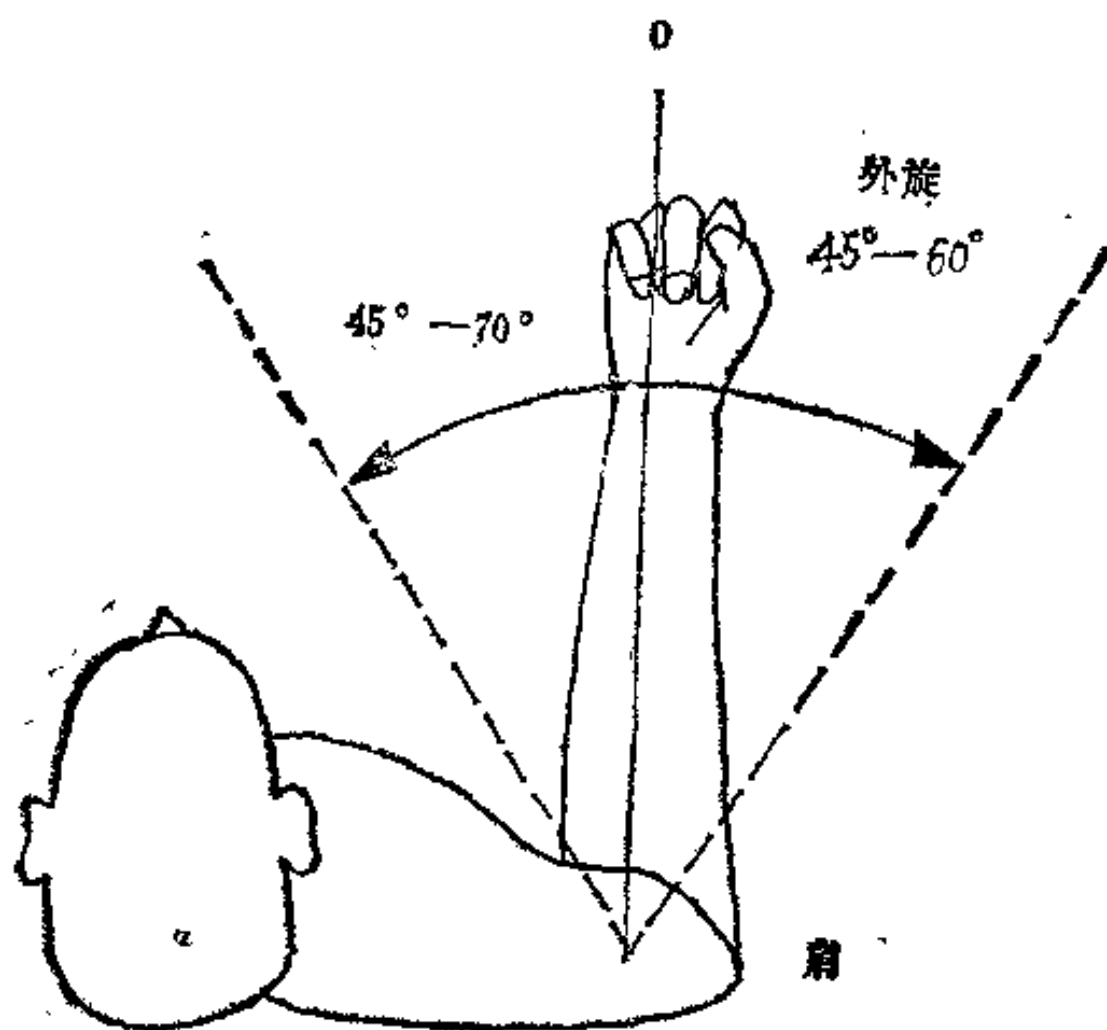
外展上举180°



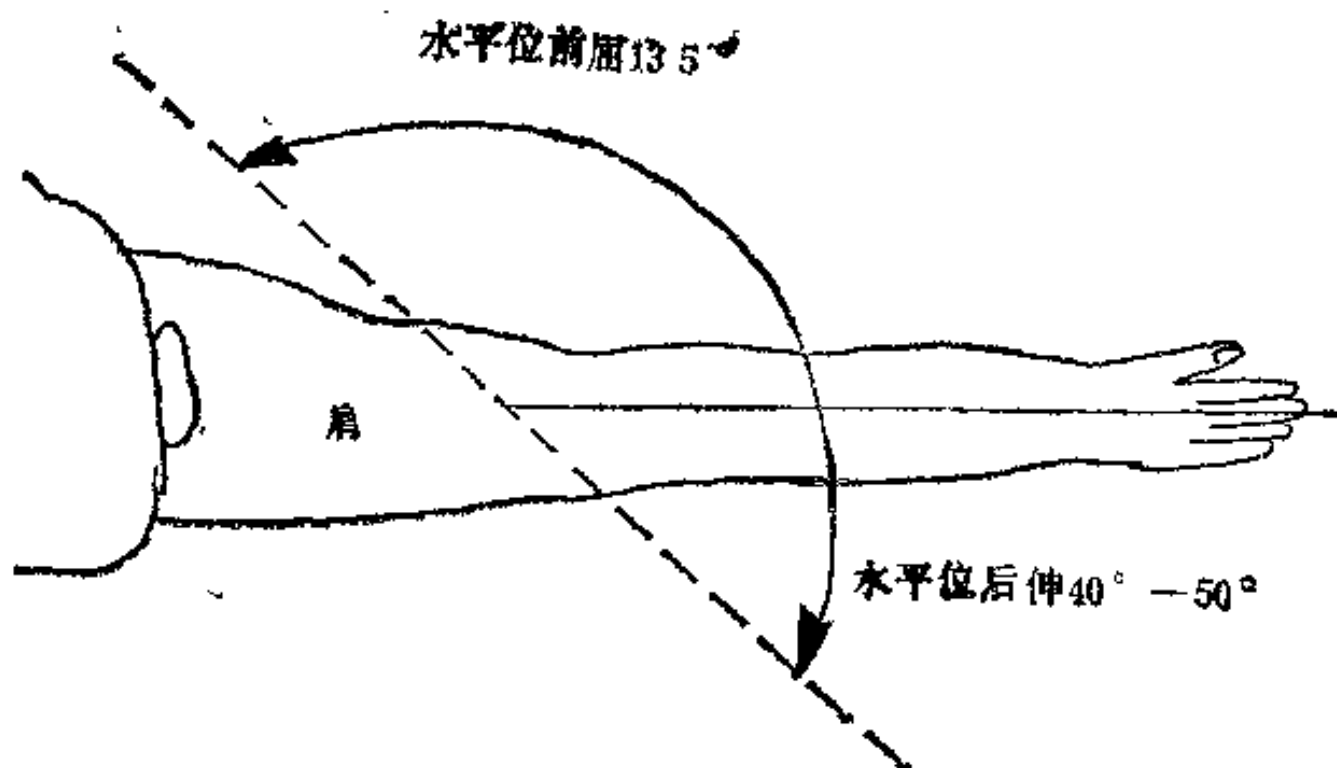
(十一) 肩关节内收外展及外展上举示意图



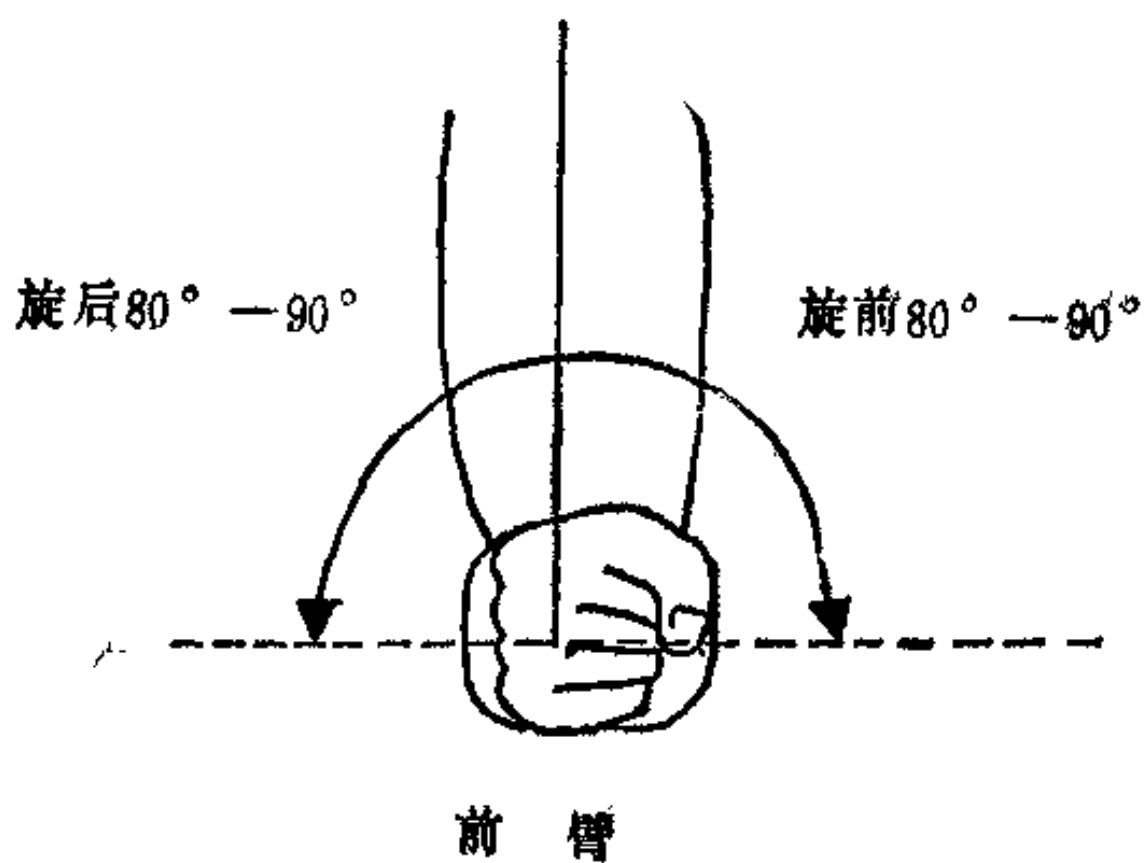
(十二) 肩关节内旋外旋功能示意图



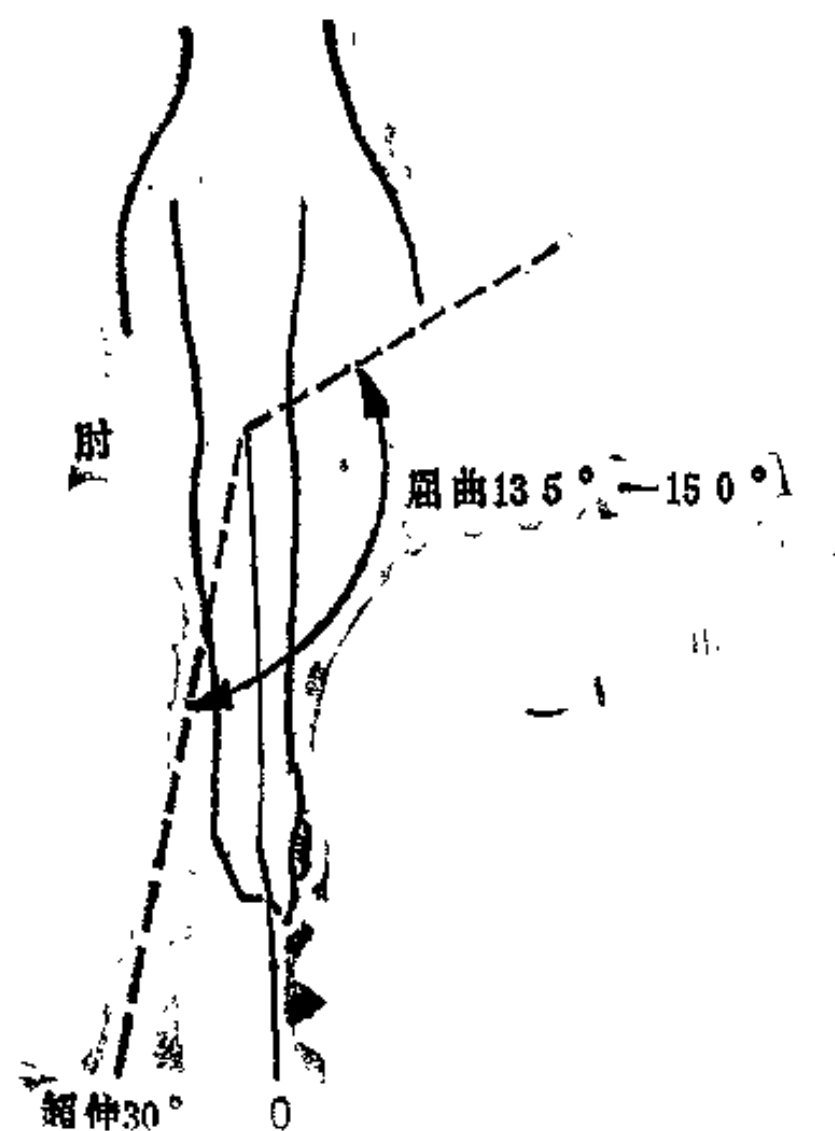
(十三) 肩关节内旋外旋功能示意图



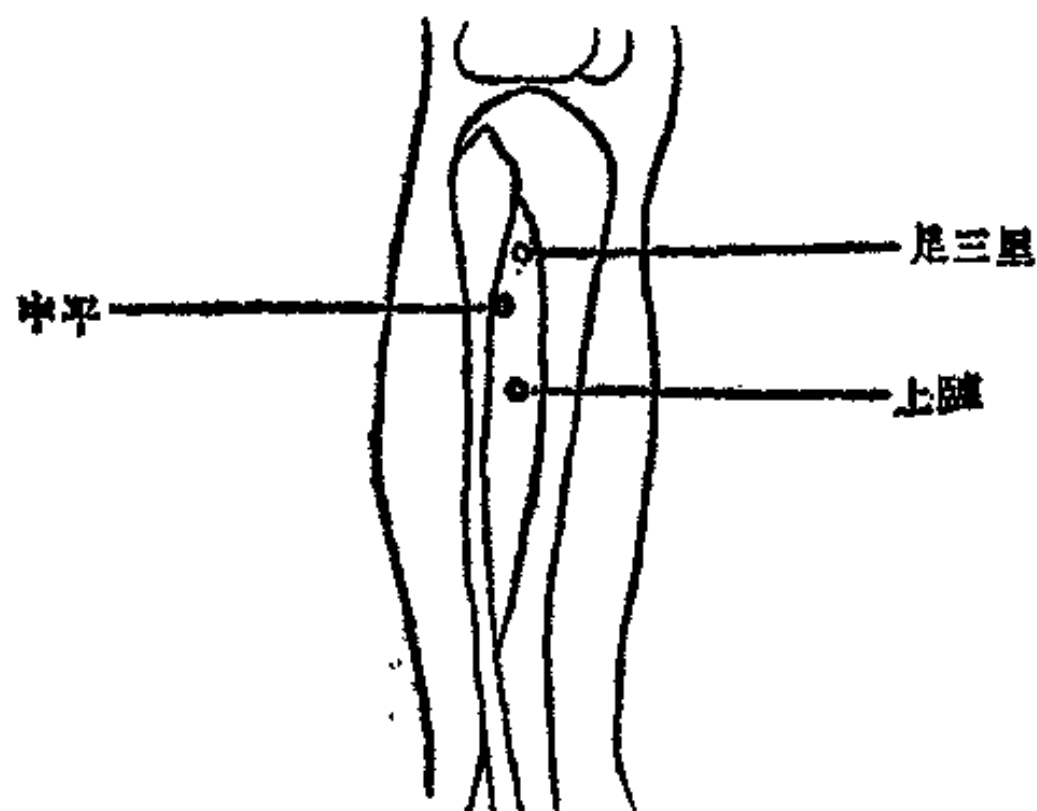
(十四) 肩关节水平位前屈、后伸功能示意图



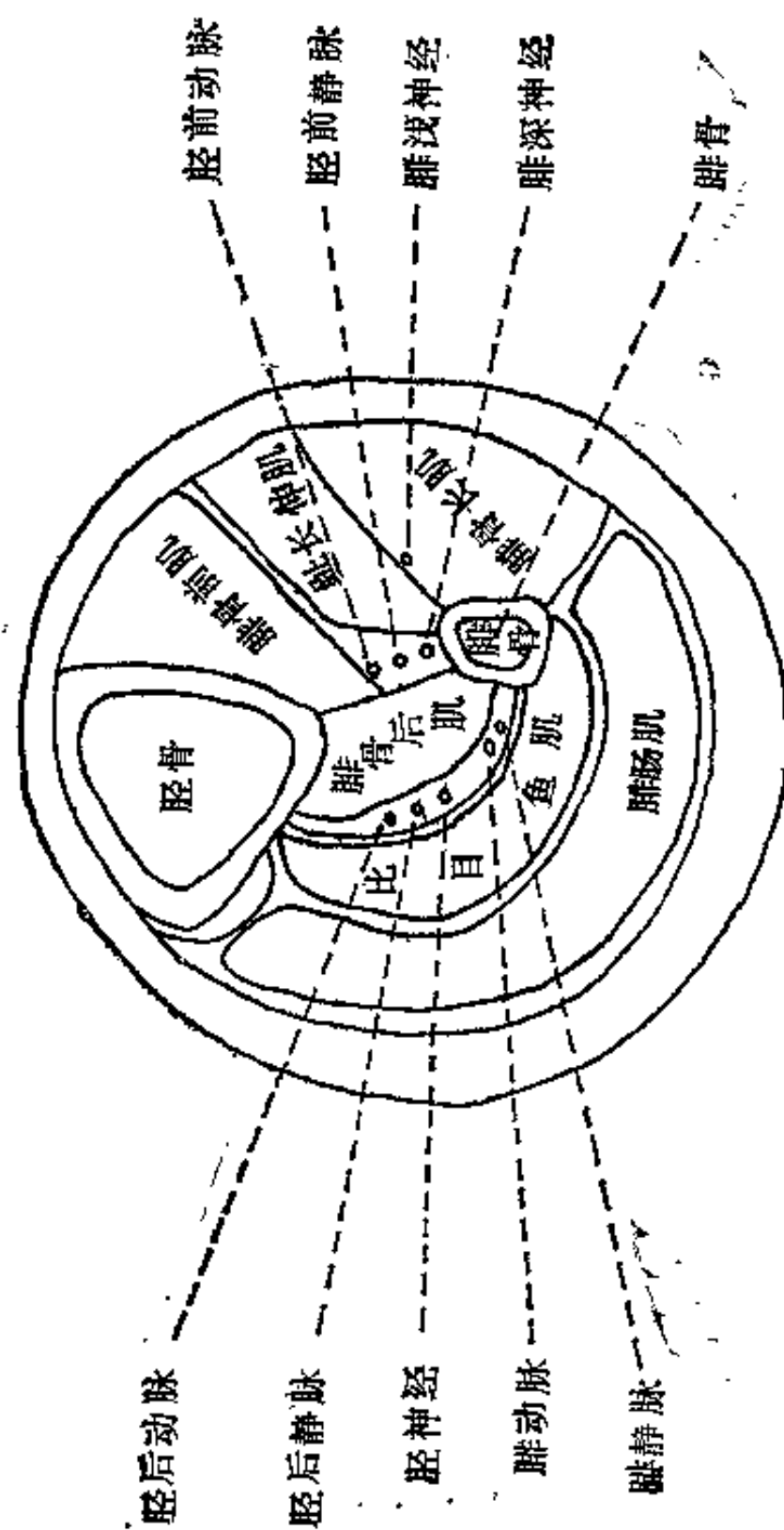
(十五) 肩关节旋前旋后功能示意图



(十六) 肘关节屈曲超伸功能示意图



(十七) 中平奇穴取穴示意图



(十八) 小腿上1/3横断面示意图

附录四 参考资料

1. 程莘农主编《中国针灸学》人民卫生出版社 1985: 126
2. 丁继华主编《中医骨伤科基础》中医古籍出版社1987, 62
3. 孙传兴主编《临床疾病诊断依据与治愈好转标准》人民军医出版社1987: 726
4. 郑思竞主编《人体解剖学》1978, 87
5. 武汉医学院主编《外科学》1980年, 941
6. 王文远《针刺中平奇穴治疗肩周炎 345 例》中国针灸 1989 (6)
7. 王文远《肩周穴治疗肩关节周围炎》中医药信息1987(1)
8. 王文远《一针治疗肩周炎》人民军医1988 (8)
9. 王文远《针刺中平穴治疗肩周炎》第四届亚洲农村医学论文集1988, 157.

Analysis of Therapeutic Effect of Acupuncture at Zhongping Acupoint for Periarthritis of Shoulder

Wang Winyuan Beijing Garrison Com-
mand Hospital

Summary Periarthritis of Shoulder is a degenerative and inflammatory disease of connective tissue around Shoulder joint, in general, Caused by local trauma or strain. In this study 345 cases of shoulder periarthritis were treated with acupuncture at Zhongping acupoint(Extra), following the principle of traditional Chinese medicine, to do acupuncture at lower part for disease at upper part of the body and vice versa, to do acupuncture at right side for disease at left side of the body and vice versa. The effective rate of this therapy was 99.1%, and cure rate 73.9%. The results are reported as follows.

Key words, Shoulder Periarthritis. Acupuncture

Patients

The age of 162 male and 183 female patients ran-

ged from 23 to 79 with an average of 52 years. About 40% of them were in the group between 50 and 59 years. Among 345 patients, there were 141 cadres, 108 labors, 57 farmers and 39 other occupations.

The duration of illness in 129 cases was less than 6 months, in 125 between 7-12 months, in 55 between 1-2 years and in 36 more than 2 years. The cause of disease in 68 cases was trauma, in 151 was strain, and other 126 cases with cause unknown.

The left shoulder was involved in 138 cases, right shoulder in 122 and both shoulders in 85. The dull pain was complained by 127 patients, sharp pain by 128 and faint pain by 90. There were 251 patients incapable of combing hair and washing face, 198 incapable of putting on clothes, 339 incapable of carrying heavy substance or holding child in arm, 198 incapable of extending arm backward, and 186 suffering from insomnia. (Figure 1).

Treatment

Location of Zhongping acupoint. This acupoint is one cun* below Zusanli acupoint (S36) and 2 cun above Shangjuxu acupoint (S37), slightly to the fibular side of Stomach Meridian (Figure 2). It is between the anterior tibial muscle and long extensor muscle of toe, in its vicinity pass the anterior tibial artery and vein, lateral cutaneous nerve of calf and cutaneous branch of saphenous nerve, and deep to it passes the deep peroneal nerve (Figure 3).

Acupuncture. The #28 acupuncture needle of 2.5-5 cun (4-10 cm) in length was perpendicularly inserted into the contralateral Zhongping acupoint of patient on sitting pose after local sterilization. If both shoulders were involved, the acupuncture should be done at bilateral acupoints. During strong stimulation by lifting, thrusting and twirling the needle, a needling sensation of soreness, numbness and distension may travel downward to lateral malleolus, sole and toes of the patient, or go upward to internal aspect of knee joint and thigh, occasionally to the contralateral painful shoulder. At the same time patients were asked to do physical exercise, including raising, abducting, pronating and supinating their arms in order to improve the movement of their shoulder joints. If the shoulder pain disappeared and limitation of shoulder movement was apparently released after the strong manipulation, the needle might be removed immediately. Otherwise, the needle should be retained in situ for 30 min and strong stimulation should be repeated every 5-10 min. In general, the acupuncture was given once a day, but to aged or weak patients once the other day might be the better choice. Seven treatments made a course. The acupuncture may also be performed at the tender spots of the diseased shoulder.

In control group of another 100 comparable patients, instead of Zhongping acupoint, Taokao ac-

upoint (S38) was used to do the same acupuncture treatment. This acupoint is 2 cun below Shangjuxu acupoint and at the middle point of Dubi acupoint (S35) and Jiexi acupoint(S41).

Results

Criteria of therapeutic effectiveness. If symptoms and limitation of shoulder movement are completely relieved, as "markedly or slightly improved" according to the extent of improvement; if no change detectable, as "failed".

Analysis of results. In the group with acupuncture at Zhongping acupoint, 255 patients were cured after 7 treatments in average, ranged from 1 to 14 treatments, 49 markedly improved, 38 slightly improved, and 3 failed. In control group 40 patients were cured after 11 treatments in average, ranged from 3 to 14 treatments, 40 markedly improved, 18 slightly improved, and 2 failed. The difference of cure rate between two groups (73.9% versus 40%) is statistically significant ($X^2=23.59$, $p<0.001$), but the difference of improvement rate (99.2% versus 98.0%) is insignificant (Table 1).

Table 1 Comparison of therapeutic effect of two groups

Group	Cured		Markedly improved		Slightly improved		Failed	
	Cases	%	Cases	%	Cases	%	Cases	%
Zhongping	255	73.9	49	14.2	38	11.0	3	0.9
Taokao	40	40.0	40	40.0	18	18.0	2	2.0

Follow-up. Among 255 cured patients 61 were followed up 3-6 months after treatment and 6 of them relapsed, 4 out of 35 patients relapsed 7-12 months after treatment and 3 out of 11 cases relapsed after 1 year. The relapse rate is 12.1%.

Case report

A male patient of 58 years old visited this hospital in August of 1987 with complaint of left shoulder pain worse at night for 6 months. It could not be relieved by physical and block therapy. Physical examination showed limitation of movement of left shoulder joint. His left arm could be raised to 110° and abducted to 50° only. Marked tenderness was detectable at medial head of brachial biceps muscle. The contralateral Zhongping acupoint was punctured and stimulated with needling sensation reaching toes. Then he was asked to exercise his left arm for a while and could raise his arm

to 170° soon after the treatment, it was 60° more than before. At the same time the shoulder pain was also relieved. After 2 treatments this patient was cured. No relapse occurred before the follow-up in November of the following year.

Discussion

The acupuncture at Zhogping acupoint showed remarkable analgesic effect in patients with periarthritis of shoulder, but its mechanism is still a problem waiting for further investigation. It may be due to the inhibitory effect of acupuncture on pain center of the cerebral cortex. After pain is relieved by acupuncture, the physical exercise of arms carried on by patients themselves can promote the circulation of Qi and blood to improve the locomotive function of shoulder.

In mild cases with duration of illness less than 1 month, the limitation of shoulder movement is due to muscular spasm caused by pain and can be relieved by one treatment, but in chronic patients the impairment of movement is due to adhesions and needs 1-2 courses of treatment for recovery.

The functional training of involved shoulder should be persistently carried on, especially important in chronic patients with local adhesions. After shoulder pain is stopped by acupuncture, patients can insist on their exercise without much trouble.

For accurate analysis of therapeutic effects, the correct differential diagnosis of shoulder periarthritis is very important to rule out similar diseases, in particular, cervical spondylopathy with compression of nerve roots, which should be treated with a combined therapy, including traction, massage and physical therapy, although acupuncture alone may play some role in treatment of mild cases.

References

1. Li, B., et al, Comparative study on lifting, thrusting and twirling technique of acupuncture, Sichuan J.Trad.Chin.Med., 5(1988) 16-17.
2. Xi, Y., et al, Analysis of functions of Zhongshu acupoint in "Great Compendium of Acupuncture and Moxibustion" by computer, Shanghai J.Acupun., 2(1988)36-39.
3. Lou, X., Immediate effect of opposing needling method on periarthritis of shoulder, J.Mid.Med., 5(1988)28-29.
4. Wang, Y., et al, Treatment of 400 cases of shoulder periarthritis with herb hammer therapy, J.Trad.Chin Med., 3(1988)38.
5. Xie, L., Treatment of periarthritis of shoulder with shoulder relaxing decoction, Shandong J.Trad.Chin.Med., 6⁴⁸(1988)48.
6. Peng, Q., Clinical observation on treatment.

- of 134 cases of shoulder periarthritis with 4 methods, New J. Trad. Chin. Med., 5(1988)30.
1. Sun, C., Criteria of diagnosis and therapeutic effect of shoulder periarthritis, In, Criteria of clinical disease diagnosis and therapeutic effect, People's Military Medicine Press, Beijing, 1987, 726 pp.

Remarks

- Cun; Cun is the unit of length used in acupuncture to locate the acupoints and equals to about 1.5-2.0 cm according to the height of the patient

Good News for Omarthritis Patients

Omarthritis is one of the common disease among the middle and old aged people. Wang Wen-Yuan, a doctor in charge, has got experiences for treating the disease for many years. He discovered an acupuncture point- Zhong Ping acupoint, which is very effective to cure this disease. So far, he has treated more than 30,000 patients. the total effective rate is 99%, the clinic curative ratio is 74% among those the needle once curative ratio is 11%. There are a lot of special subject reports, such as in People's Daily (Dec, 5th 1988), Guang Min Daily (Jul, 21 st 1988), Health Daily (Aug, 25th 1988) P.L.A Daily (Apr, 29th 1988), The Central Broadcast Station and The Central TV Station etc.

Dr Wang Win-yuan is 44 years old now and is the member of Traditional Chinese Medicine Institution of China. He has written more than 96 academic thesis since 1985 and won 5 prizes of science and technology progress of the Army.

In order to popularize the technique we undertake the technical transfer and run a training course for the treatment, which are also for foreigners. We Welcome omarthritis patients to come to our hospital for the treatment.

Dr. wang. in charge of Traditional chinese Medicine can cure the omarthritis by one needle at one point and one time.

Address, East to the Great Wau Hotel Beijing
China

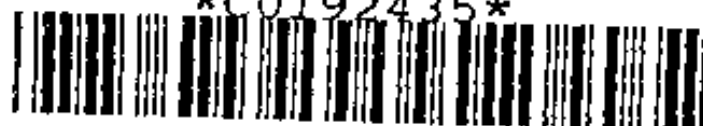
P.L.A. Hospital No. 292

Contact with, Li Fu, Director of the Hospital
chief physician

Liu yuan-zhou, Director of medical matters
Department, Doctor in charge

Tele 59.5631 59.5385

C0192435



[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 肩周炎一针治疗法

作者 =

页数 = 1 0 6

S S 号 = 0

出版日期 =

	第一篇	肩关节周围炎
第一章		肩关节解剖概要
第一节		肩部的功能解剖
第二节		关节运动功能检查
第三节		肩部特殊检查
第二章		肩关节周围炎的病因病理
第一节		肩关节周围炎的病因
第二节		肩关节周围炎的病理
第三章		肩关节周围炎的诊断要点
第四章		肩关节周围炎的鉴别诊断
第一节		颈椎综合征
第二节		胸廓出口综合征
第三节		肩袖损伤
第四节		颈肩肌筋膜炎
第五节		干脆性骨软骨炎
第六节		冈上肌腱断裂
第七节		肱二头肌腱断裂
第八节		肩关节结核
第五章		肩关节周围炎的治疗标准
第六章		祖国医学对肩关节周围炎的认识
第一节		病因病机
第二节		辨证分型
第七章		中平穴的针刺与取穴
第一节		中平穴的定位
第二节		中平穴的针刺手法
第三节		中平穴的针刺方法与辅助治疗
第四节		中平穴的针刺参数
第五节		中平穴的主治与功用
第六节		中平穴针刺注意事项
第八章		中平穴的镇痛机理研究
第九章		肩关节周围炎的其他治疗方法
第一节		控制疼痛与肌肉痉挛
第二节		手术与麻醉下板拉
第三节		运动疗法
第四节		按摩疗法
第五节		中药疗法
第六节		综合疗法
第七节		刺血疗法
第八节		针刺疗法
第十章		下肢的解剖概要
第十一章		针刺患者与医者的心理研究
第一节		患者心理研究

第二节	医者心理研究
第十二章	名词解释
第一节	经外奇穴
第二节	巨刺针法
第三节	生物全息规律学说
第十三章	学术论文选载
附一	针刺“肩周穴”治愈肩关节周围炎（《中医药信息》1987年）
附二	“一针治疗肩周炎”（《首届全军针灸针麻学术研讨会》88（4）《人民军医》1988（8））
附三	针刺中平穴治疗肩周炎345例疗效分析（《中国针灸》（6）《中医药学报》1988（6）《全军中青年优秀论文选集》1988（10）《北京军区中医学会成立既第一次学术会议》1988（10）《北京中医年会论文集》1989（4））
附四	巨刺针法治疗肩周炎773例观察（《华北第四届针灸专业会议》1988（10）《骨伤科通讯》1989（2））
附五	针刺治疗肩周炎1000例疗效分析《第四届亚洲农村医学专业会议一论文集》1988（北京）中文版P157
附六	针刺治疗肩周炎1804例疗效分析（第四届全国中医骨伤科学术会议）1988（11））
第二篇	颈肩综合征
第一章	颈肩综合征诊断要点
第二章	颈肩综合征治疗方法
第三章	颈肩综合征疗效标准
第四章	颈肩综合征机理探讨
第五章	学术论文选载
	针点中导疗法治疗颈肩综合征278例疗效分析
附录一	：转载部分报纸的报导
	（一）《针灸治疗肩周炎可一针见效》 转载自《人民日报》1988年5月12日
	（二）《全军针灸针麻委员会成立》 转载自《解放军报》1988年4月29日
	（三）《针刺经外奇穴治疗肩周炎获显效》 转载自《健康报》1988年8月25日
	（四）《292医院与地方单位协作治疗肩周炎、肥胖病有成效》转载自《光明日报》1988年7月21日
	（五）《老年性肩周炎的治疗》 转载自《中国老年报》1989年3月29日
	（六）《搞科研需要稳定的环境》 转载自《战友报》1988年7月22日
	（七）《肩周炎患者的福音》 转载自《北京晚报》1988年7月30日
	（八）《北京卫戍区医院为首都群众实行义务便民服务》 转载自《战友报》1988年8月4日
	（九）神针神针针到病除 转载自《开封日报》1989年5月31日
	（十）一针一穴治疗肩周炎 转载自《信息产业报》1989年7月26日
	（十一）王文远治疗肩周炎一针见效

转载自《中国老年报》1989年8月30日

(十二) 誉满京华的王一针

转载自《中国中医药报》1989年9月11日

附录二： 转载三封患者来信

(一) 全国农业展览馆离休干部宫秋光同志来信摘登

(二) 美国亚特兰大市针灸博士陈尔伟先生来信摘登

(三) 日本毛泽东思想学院行政委员长竹田幸子女士来信摘登

附录三： 常见肩关节、下肢解剖、功能检查示意图

附录四： 参考资料

A n a l y s i s o f T h e r a p e u t i c E f f e c t o f
A c u p u n c t u r e a t Z h o - n g p i n g A c u p o i n t f o r
P e r i a r t h r i l i s o f S h o u l d e r
G o o d N e w s f o r O m a r t h r i t i s P a t i e n t s