Traditional Chinese Medicine 中医学, 2026, 15(11), 138-147
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/tcm
https://doi.org/10.12677/tcm.2026.1511633

Hans汉斯

董氏奇穴三肩穴治疗肩周炎：理论基础、潜在机制与未来研究方向

张靖宇，刘　丹*

黑龙江中医药大学附属第一医院针灸四科，黑龙江　哈尔滨

收稿日期：2026年9月23日；录用日期：2026年10月28日；发布日期：2026年11月10日

摘　要

肩周炎在现代医学中通常称为冻结肩或粘连性肩关节囊炎，主要表现为肩部疼痛、僵硬及肩关节主动、被动活动范围受限。其病理过程与关节囊及肩周软组织的炎症、纤维化和挛缩有关，部分患者可伴随肩峰下滑囊炎、保护性肌肉痉挛及肩关节功能下降。董氏奇穴三肩穴位于手背第一掌骨尺侧，临床多采用健侧远端取穴，并可配合肩关节活动训练。其理论基础包括“以筋治筋、以骨治骨”、太极全息定位及“上病下治”“左病右治”等。现代医学视角下，三肩穴针刺可能通过感觉传入、脊髓及中枢疼痛调制、自主神经调节、感觉－运动整合和神经－免疫调节等途径发挥作用。现有研究提示，三肩穴联合治疗可能改善特定证型冻结肩患者的疼痛、肩关节活动度及部分炎症相关指标；但直接证据数量有限，且存在样本量小、联合干预较多、随访不足等问题。尤其目前缺乏三肩穴远端取穴与传统肩部局部取穴的头对头随机对照研究，尚不能认定其在疗效、患者接受度、依从性或安全性方面更具优势。本文旨在梳理三肩穴治疗肩周炎的理论基础、潜在机制与证据局限，并提出未来研究方向。

关键词

董氏奇穴，三肩穴，肩周炎，冻结肩，远端取穴，理论探讨，研究展望

Three Shoulder Points of Dong’s Extraordinary Points for Frozen Shoulder: Theoretical Basis, Potential Mechanisms, and Future Research Directions

Jingyu Zhang, Dan Liu*

Department of Acupuncture and Moxibustion IV, First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用：张靖宇，刘丹．董氏奇穴三肩穴治疗肩周炎：理论基础、潜在机制与未来研究方向[J]．中医学, 2026, 15(11): 138-147. DOI: 10.12677/tcm.2026.1511633

Received: September 23, 2026; accepted: October 28, 2026; published: November 10, 2026

Abstract

In contemporary medicine, periarthritis of the shoulder is commonly referred to as frozen shoulder or adhesive capsulitis. It is primarily characterized by shoulder pain, stiffness, and restricted active and passive range of motion of the glenohumeral joint. Its pathological process is associated with inflammation, fibrosis, and contracture of the joint capsule and periarticular soft tissues. Some patients may also present with subacromial bursitis, protective muscle spasm, and impaired shoulder function. The Three Shoulder Points of Dong's Extraordinary Points are located on the ulnar aspect of the first metacarpal bone on the dorsum of the hand. In clinical practice, these points are commonly needled on the contralateral, unaffected side as distal points and may be combined with shoulder range-of-motion exercises. Their theoretical basis includes the principles of "treating tendons through tendons", "treating bones through bones", Taiji holographic correspondence, "treating upper-body disorders from below", and "treating left-sided disorders from the right side". From a modern biomedical perspective, acupuncture at the Three Shoulder Points may exert therapeutic effects through sensory afferent input, spinal and supraspinal pain modulation, autonomic regulation, sensorimotor integration, and neuroimmune modulation. Available studies suggest that multimodal interventions involving the Three Shoulder Points may improve pain, shoulder range of motion, and selected inflammation-related biomarkers in patients with frozen shoulder of specific traditional Chinese medicine syndrome patterns. However, direct evidence remains limited, with common limitations including small sample sizes, frequent use of combined interventions, and inadequate follow-up. In particular, no head-to-head randomized controlled trials have directly compared distal needling at the Three Shoulder Points with conventional local shoulder acupuncture. Consequently, it cannot currently be concluded that distal needling offers superior efficacy, patient acceptability, treatment adherence, or safety. This article reviews the theoretical basis, potential mechanisms, and evidentiary limitations of the Three Shoulder Points in the management of periarthritis of the shoulder and proposes directions for future research.

Keywords

Dong's Extraordinary Points, Three Shoulder Points, Periarthritis of the Shoulder, Frozen Shoulder, Distal-Point Acupuncture, Theoretical Discussion, Future Research Directions

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 背景

目前，董氏奇穴三肩穴治疗冻结肩的研究主要为小样本、单中心临床观察，部分研究采用针刺联合中药或康复训练的综合干预方案。现有结果可为三肩穴改善疼痛和功能提供初步线索，但尚不足以证明其疗效优于传统局部针刺、常规康复或药物治疗。

远端取穴可避免直接针刺患肩疼痛区域，是三肩穴的重要操作特点；但其是否能够提高患者接受度、依从性，或在疼痛缓解、功能恢复及安全性方面优于局部取穴，尚缺乏直接比较证据。因此，本文定位为理论探讨与研究展望，重点分析三肩穴治疗肩周炎的理论依据、潜在机制、现有证据及未来研究方向。

2. 引言

2.1. 肩周炎的临床特征及疾病负担

肩周炎是一种以肩关节疼痛和活动受限为主要表现的常见肌肉骨骼系统疾病。与一般肩痛不同，冻结肩通常同时存在主动活动和被动活动受限，尤其以外旋受限较为突出。疾病发展可表现为疼痛期、冻结期和解冻期，但不同患者的病程、症状严重程度和恢复速度存在差异，不能简单套用固定的阶段持续时间[1] [2]。

冻结肩的疼痛常在夜间或患侧卧位时加重，患者在穿衣、梳头、洗漱、举臂、取物及背手等动作中可能出现明显困难。疼痛持续存在还可能造成睡眠障碍、活动回避和肩周肌力下降；长期制动则可能进一步加重关节囊挛缩及软组织功能障碍，形成疼痛与活动减少相互影响的恶性循环[1] [2]。

目前，冻结肩的确切病因尚未完全明确。研究认为，肩关节囊及肩峰下滑囊的炎症反应、成纤维细胞活化、胶原沉积和关节囊纤维化可能参与疾病发生发展；糖尿病、甲状腺疾病、肩部外伤、手术后制动及其他导致肩关节长期活动减少的因素，也可能增加冻结肩发生风险[1] [3]。Lho 等对冻结肩患者肩峰下滑囊组织进行研究，发现其中部分促炎细胞因子表达升高，提示局部炎症反应可能与疾病的疼痛和组织改变有关[3]。

2.2. 常规治疗及其局限性

冻结肩的治疗通常需要根据疼痛程度、关节活动受限情况、疾病阶段、合并疾病及患者功能需求进行个体化选择。现有治疗原则主要包括减轻疼痛、维持或恢复关节活动度、改善肩关节功能以及处理相关危险因素。

2.2.1. 药物及注射治疗

非甾体抗炎药和其他镇痛药可用于短期减轻疼痛，帮助患者参与康复训练；部分患者还可接受糖皮质激素局部注射或肩关节腔注射，以缓解疼痛并改善早期活动受限。药物和注射治疗通常更侧重症状控制，疗效可能受到疾病阶段、注射部位、药物剂量和操作技术等因素影响[4] [5]。长期或不规范使用非甾体抗炎药可能增加胃肠道、肾脏及心血管相关风险；糖皮质激素注射则需要关注感染、局部组织损伤、血糖波动及重复注射等问题。对于合并糖尿病、凝血功能异常、感染风险或其他基础疾病的患者，治疗前应进行风险评估。

2.2.2. 康复训练及手法治疗

康复训练是冻结肩治疗的重要组成部分，通常包括疼痛可耐受范围内的肩关节主动运动、被动活动、牵伸训练及肩胛胸廓运动控制训练。适当的关节活动有助于维持关节囊延展性，减少因疼痛回避造成的进一步制动。手法治疗或关节松动术可作为康复训练的辅助方式，但操作强度应与患者疼痛程度、组织耐受性及疾病阶段相匹配，过度牵拉可能加重疼痛，影响后续训练依从性[6]。

现有证据提示，运动治疗和手法治疗可能改善冻结肩患者的疼痛与功能，但研究之间在训练内容、频率、疗程、治疗师技术及对照方案等方面存在差异，因此尚难确定适用于所有患者的统一最优方案[7]。

2.2.3. 介入及手术治疗

对于经过规范保守治疗仍存在明显疼痛和功能障碍的患者，可根据临床表现和影像学检查结果考虑更具侵入性的治疗方式，包括麻醉下手法松解、关节镜下关节囊松解等。此类治疗可在一定程度上改善严重的关节活动受限，但需要承担麻醉、感染、骨折、软组织损伤、神经血管损伤及术后再次粘连等风险，术后仍需配合系统康复训练，以维持治疗所得的活动范围[1] [5]。因此，介入或手术治疗通常不应替代基础康复，而应在严格评估适应证后作为部分患者的治疗选择。

2.2.4. 针灸治疗及董氏奇穴的研究价值

针灸具有局部刺激相对有限、治疗方式灵活和可与康复训练配合等特点。关于针灸治疗冻结肩的研究显示，针灸可能在短期内改善疼痛和肩关节功能，但现有研究仍受到样本量偏小、干预方案差异较大、对照措施不一致、盲法实施困难及随访时间不足等因素影响，证据确定性仍需谨慎评价[8] [9]。Schröder等开展的随机对照研究提示，针刺可对粘连性肩关节囊炎产生即时镇痛作用，但即时镇痛结果并不等同于长期功能恢复或改变疾病自然病程[9]。

董氏奇穴治疗肩周炎的研究重点主要集中于三肩穴等远端取穴方案。与患肩局部取穴相比，远端取穴理论上可以减少对疼痛部位的直接刺激，并便于在留针期间配合肩关节活动。万晴冬等针对气滞血瘀型冻结肩开展的临床研究显示，三肩穴联合身痛逐瘀汤治疗后，患者疼痛评分、部分肩关节活动度及血清 TNF-α、IL-6 水平均有所改善；但该研究属于特定证型和具体联合治疗背景下的临床观察，不能据此直接推论三肩穴单独治疗对所有冻结肩患者均有效，也不能据此确定其疗效优于全部传统治疗方法[7]。

3. 董氏奇穴治疗肩周炎的理论基础

3.1. 董氏奇穴的学术特点及远端取穴思路

董氏奇穴是以董景昌临床经验为基础发展形成的特色针灸学术体系，在腧穴定位、配穴方法和针刺操作等方面具有一定特点。其临床应用常强调“上病下治”“下病上治”“左病右治”“动气针法”及倒马针法等思路，重视根据病变部位、疼痛性质、活动受限情况和整体状态进行少穴、远端及动态取穴。需要说明的是，上述内容主要属于董氏奇穴的流派理论和临床经验，其与传统十四经穴体系的关系、具体穴位定位及主治范围，在不同教材、传承体系和临床医家之间可能存在一定差异。因此，在临床研究中应明确所依据的穴位定位标准、针刺深度、针刺方向、得气要求、留针时间及配合运动方式，以提高干预措施的可重复性[7] [10]。

从传统针灸理论看，远端取穴可理解为通过经络、气血和整体调节作用影响病变部位；从现代医学视角看，远端针刺所产生的感觉输入，可能经外周神经、脊髓和中枢神经系统参与疼痛调制及运动控制。针刺镇痛并非单一局部效应，可能涉及脊髓背角伤害性信息调控、下行性疼痛抑制、内源性阿片肽释放及自主神经调节等多个层面[11]-[13]。

对于冻结肩患者而言，患肩局部常存在夜间疼痛、压痛、活动受限及对活动的回避。采用手部等远端区域取穴，在操作上可避免对疼痛肩部进行反复针刺，并可在患者疼痛缓解或可耐受的前提下配合肩关节活动训练。该特点可作为董氏奇穴在冻结肩治疗中的临床应用思路之一，但“远端取穴必然优于局部取穴”或“远端针刺可显著提高依从性”等结论，目前尚缺乏直接的高质量比较研究支持。

3.2. “以筋治筋、以骨治骨”理论与肩周炎

中医学中“筋”的概念并不完全等同于现代解剖学中的单一组织，而多泛指与肢体屈伸、关节活动和运动功能密切相关的肌肉、肌腱、韧带、筋膜等组织。中医经典提出“宗筋主束骨而利机关”，强调筋与骨骼约束、关节稳定及运动功能之间的关系[14]。冻结肩以疼痛、僵硬及关节活动受限为主要表现，其现代病理基础涉及关节囊炎症、纤维化和挛缩，同时可伴随肩周肌肉保护性紧张、肌腱及筋膜活动受限等改变[1]-[3]。因此，从“筋主运动、筋束骨利关节”的传统理论出发，冻结肩可被理解为与筋脉拘急、筋骨失利和关节不利有关。

董氏奇穴治疗中所称“以筋治筋、以骨治骨”，强调选取与筋腱、骨缘关系较密切的穴位，并通过相应针刺方向和层次进行刺激。三肩穴位于手背第一掌骨尺侧，临床研究中常以第一掌骨及其邻近软组织作为定位参照；针刺操作强调在安全前提下靠近筋腱、骨缘进针[7]。这种取穴方式体现了董氏奇穴将

局部筋骨结构特点与远端对应关系相结合的治疗思路。

应注意，“贴筋贴骨进针”并不等同于将针尖刺入骨组织，也不应以强烈疼痛或出血作为针刺到位的标准。规范操作应依据患者体型、局部解剖结构和针感反应确定针刺方向及深度，并避免损伤局部血管、神经、肌腱或其他组织。针刺治疗须由具备相应资质的医务人员在无菌条件下实施。

现代研究提示，针刺机械刺激可激活皮肤、肌肉、筋膜及结缔组织中的感觉传入纤维和机械感受器，并可能影响局部组织张力、脊髓反射、疼痛感知及运动控制[11] [12]。

3.3. 太极全息定位理论与三肩穴取穴思路

太极全息定位是董氏奇穴常用的理论解释之一，其核心观点为人体某些局部区域可在一定规律上反映整体或相应部位的功能状态，临床可据此在手、足等远端区域选取对应穴位。三肩穴位于手背第一掌骨尺侧，在董氏奇穴临床应用中被用于肩部及上肢疼痛、活动受限等相关病证[7]。该理论与传统经络取穴不同，更强调局部与整体、远端与病所之间的对应关系。

三肩穴取健侧的做法体现了“左病右治、右病左治”的临床思路。对于患肩疼痛明显、局部触碰敏感或活动受限较重的患者，健侧手部取穴可减少患侧局部操作；留针期间可根据患者耐受程度，配合患肩主动或辅助活动，以观察疼痛和活动范围的即时变化。该方式具有操作相对灵活的特点，但健侧取穴的疗效是否优于患侧取穴、双侧取穴或局部常规针刺，仍需要采用设计严谨的头对头随机对照研究加以比较。

3.4. 三肩穴治疗冻结肩的现有临床依据

目前，三肩穴治疗冻结肩的直接临床证据主要来自万晴冬等开展的一项气滞血瘀型冻结肩临床研究。该研究将 75 例患者随机分组，观察三肩穴联合身痛逐瘀汤与指南推荐穴位针刺联合身痛逐瘀汤的疗效差异。结果显示，两组治疗后疼痛评分、肩关节外展、前屈和后伸活动度均较治疗前改善；三肩穴组在部分疼痛、关节活动度及血清 TNF-α、IL-6 指标方面显示出较优趋势[7]。

上述结果初步提示，三肩穴联合中药治疗可能有助于改善特定证型冻结肩患者的疼痛和肩关节功能，其作用可能与炎症相关指标变化有关。然而，该研究的干预措施为“三肩穴 + 身痛逐瘀汤”，而不是单纯三肩穴治疗。因此，不能将结果完全归因于三肩穴本身，也不能据此判断其对不同分期、不同中医证型或合并糖尿病等不同人群均具有同等疗效。此外，血清 TNF-α 和 IL-6 属于全身性炎症相关指标，不能完全替代肩关节囊、肩峰下滑囊或肩周软组织的局部病理指标[3] [7]。

4. 董氏奇穴治疗肩周炎的远端取穴机制及临床应用

4.1. 远端取穴的基本特点

远端取穴是董氏奇穴临床应用的重要特点之一，主要指在距离病变部位较远的手、足或四肢末端选取腧穴，以治疗局部疼痛、活动障碍或相关功能异常。其理论基础包括“上病下治”“下病上治”“左病右治”及“以痛为腧”等。与肩部局部取穴相比，远端取穴能够减少对患肩疼痛区域的直接刺激，尤其适用于局部压痛明显、皮肤敏感、活动严重受限或患者对近部针刺耐受性较差的情况。在冻结肩治疗中，远端取穴并不意味着完全忽视患肩局部病理改变，而是通过远端针刺缓解疼痛、改善患者主动活动能力，并与肩关节运动训练相结合。其临床思路可概括为“远端针刺减轻疼痛，配合功能活动促进恢复”。

4.2. 远端针刺的感觉传入与疼痛调节机制

针刺刺激可作用于皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱和筋膜等组织中的感觉神经末梢，并通过外周神经

将感觉信息传入脊髓和中枢神经系统。相关研究认为，针刺镇痛可能涉及脊髓背角伤害性信息调节、脑干下行性疼痛抑制系统、内源性阿片肽释放以及脑内疼痛相关网络的功能改变[11] [13]-[15]。

从脊髓调节角度看，远端针刺产生的非伤害性或轻度伤害性感觉输入，可能通过抑制伤害性信息在脊髓背角的传递，降低患者对疼痛刺激的敏感性。从中枢性镇痛角度看，针刺可能影响导水管周围灰质、延髓头端腹内侧区及脊髓背角等疼痛调控相关结构，并促进内源性阿片肽等镇痛介质参与疼痛抑制[11]-[15]。

Schröder 等开展的随机、双盲对照研究显示，针刺可对粘连性肩关节囊炎产生即时镇痛作用[9]。

4.3. 远端针刺对感觉——运动功能的可能影响

冻结肩患者由于疼痛和活动受限，常出现肩关节主动活动减少、肩胛－肱骨运动协调性下降及肩周肌肉保护性紧张。长期活动回避可能进一步造成关节囊挛缩、肌力下降和运动模式异常。针刺远端穴位所产生的感觉输入，可能通过本体感觉、皮肤感觉及深部组织感觉参与运动控制，从而影响患者对患肩位置和运动的感知。

三肩穴位于手部，针刺后可产生来自远端肢体的感觉刺激。若同时配合肩关节主动或辅助活动，可能形成感觉输入与运动输入的协同作用，帮助患者在疼痛较低的状态下完成肩关节活动。其潜在过程可表现为：

(1) 针刺刺激减轻疼痛，使患者更愿意主动活动患肩；

(2) 肩关节活动增加，有助于维持关节囊和肩周软组织的延展性；

(3) 反复的感觉－运动训练可能改善肩胛带及肩关节的运动协调；

(4) 患者对活动的恐惧和回避减少，逐渐恢复日常生活功能。

4.4. 远端针刺对局部循环的可能影响

冻结肩的炎症、疼痛和纤维化过程可能伴随局部组织血流、血管舒缩和代谢状态的改变。针刺所产生的感觉神经反应和自主神经调节，可能影响血管舒缩、局部血流灌注和组织氧合，从而对疼痛及软组织功能产生一定影响。

Langevin 等提出，针刺引起的机械刺激可能通过结缔组织变形和细胞机械信号传导，影响局部组织反应[12]。此外，针刺相关生理研究显示，针刺及加热刺激可改变人体肌腱局部血容量和氧饱和度[16]。这些研究提示针刺可能对组织微循环和氧代谢产生影响。

4.5. 远端针刺与炎症反应调节

冻结肩的病理变化与关节囊及肩峰下滑囊的炎症反应、成纤维细胞活化和胶原沉积有关。Lho 等研究发现，冻结肩患者肩峰下滑囊组织中部分炎症细胞因子表达升高，提示局部炎症可能参与疼痛和关节活动受限的形成[3]。万晴冬等对气滞血瘀型冻结肩患者进行临床研究，观察到三肩穴联合身痛逐瘀汤治疗后，患者血清 TNF-α 和 IL-6 水平下降，同时疼痛评分和部分肩关节活动度得到改善[7]。

4.6. 远端取穴的临床应用方法

目前文献中，三肩穴治疗冻结肩的操作方法主要包括健侧取穴、针刺后留针及配合肩关节活动。根据万晴冬等的研究，患者取坐位并握拳，于健侧手背第一掌骨尺侧定位三肩一、三肩二和三肩三穴，针刺后留针约 30 min，期间间隔行针，并结合肩关节活动观察治疗反应[7]。

在临床应用中，应重点明确以下内容：

(1) 诊断标准。应排除肩袖撕裂、肩峰下撞击综合征、肩关节骨关节炎、颈椎神经根病、类风湿性关节炎及肿瘤等其他可引起肩痛和活动受限的疾病。

(2) 取穴侧别。应明确采用健侧、患侧还是双侧取穴，并说明选择依据。若采用健侧取穴，应记录患者患侧疼痛程度、局部皮肤状态及对局部针刺的耐受情况。

(3) 穴位定位。应以明确的骨性标志和测量方法描述三肩穴位置，必要时配合穴位示意图，避免仅使用“第一掌骨尺侧”这类可能产生理解差异的表述。

(4) 针刺参数。应报告针具规格、进针方向、针刺深度、是否要求得气、行针手法、留针时间、治疗频率和总疗程。

(5) 运动配合。若采用针刺期间肩关节活动，应详细说明活动方向、活动幅度、活动次数和疼痛耐受标准，避免将“动气针法”作为无法重复的笼统描述。

(6) 联合治疗。若同时使用中药、康复训练、推拿或其他针刺方法，应分别说明各项干预措施，以便判断三肩穴的独立贡献。

(7) 疗效评价。除 VAS 或数字疼痛评分外，还应评价肩关节前屈、外展、外旋和内旋活动度，并结合 SPADI、Constant-Murley 评分、生活质量和患者总体疗效评价等指标[17] [18]。

4.7. 董氏奇穴治疗肩周炎的临床应用证据

目前，董氏奇穴治疗冻结肩的直接研究数量较少，已报道的临床证据主要集中于三肩穴及其与中药联合应用。万晴冬等研究显示，三肩穴联合身痛逐瘀汤可能改善气滞血瘀型冻结肩患者的疼痛、肩关节活动度和部分炎症相关指标[7]。

4.8. 安全性及注意事项

针刺总体属于相对安全的治疗方式，但安全性与操作者资质、穴位定位、针刺深度、无菌操作和患者基础状况密切相关。大样本前瞻性观察研究显示，针刺相关不良事件多为局部出血、瘀斑、短暂疼痛、头晕和晕针等，严重不良事件较少见[19] [20]。

5. 三肩穴治疗肩周炎的临床特点与待验证问题

现有研究显示，三肩穴联合身痛逐瘀汤可改善气滞血瘀型冻结肩患者的疼痛评分及部分肩关节活动度，并伴随血清 TNF-α、IL-6 水平下降[7]。但该研究属于联合干预，无法明确三肩穴的独立疗效，也不能据此证明其优于传统经穴针刺、康复训练或药物治疗。

三肩穴位于手背第一掌骨尺侧，临床常取健侧，可减少对患肩局部疼痛区域的直接刺激，并便于针刺过程中配合肩关节活动训练。这一特点具有一定临床操作意义，可能适用于局部压痛明显或不愿接受局部针刺的患者。然而，“远端取穴、局部刺激较少”仅是操作特点，不能直接推论其患者接受度、依从性、疗效或安全性优于肩部局部针刺。

目前尚缺乏以三肩穴远端取穴和传统肩部局部取穴为主要比较对象的随机对照研究。因此，三肩穴远端取穴的临床价值仍应视为待验证问题，而非已被充分证实的治疗优势。

针刺总体具有较好的安全性，常见不良反应主要包括局部出血、瘀斑、短暂疼痛、头晕及晕针等[19] [20]。三肩穴取穴部位远离肩关节及胸部深部结构，但手部仍有血管、神经、肌腱和腱鞘等组织，故不能据此认定其安全性必然优于局部针刺。临床应用中仍应由具备资质的医务人员规范操作，并记录不良事件。

6. 研究不足与未来方向

现有研究主要存在以下不足：第一，直接针对三肩穴治疗原发性冻结肩的研究数量有限，样本量较

小，且多为单中心研究；第二，联合中药、康复训练或其他针刺方法较多，难以判断三肩穴的独立疗效[7]；第三，随机分配、分配隐藏、盲法评价、样本量估算及不良事件报告等方法学信息不足；第四，疗效评价多集中于疼痛评分、关节活动度和总有效率，缺少统一的功能量表及长期随访；第五，机制研究主要依据血清 TNF-α、IL-6 等间接指标，尚不能反映肩关节局部炎症、纤维化或神经功能变化。

未来研究应开展多中心、大样本、预注册的随机对照试验，并参照 CONSORT 和 STRICTA 规范报告研究设计及针刺操作细节[10] [21]。研究中宜明确冻结肩诊断标准、疾病分期、取穴侧别、针刺深度、留针时间、治疗频率及联合康复方案。

尤其应开展三肩穴远端取穴与传统肩部局部取穴的头对头比较研究。两组应尽量保持疗程、治疗频率、留针时间及康复训练内容一致，仅比较主要取穴部位的差异。主要结局可包括疼痛评分、肩关节活动度、SPADI 评分、Constant-Murley 评分及生活质量[17] [18]；同时应记录患者接受度、治疗完成率、脱落率、针刺相关疼痛和不良事件。通过此类研究，方可客观评价远端取穴是否具有特定临床价值。

在机制研究方面，可结合肌骨超声、彩色多普勒超声、表面肌电图、三维运动分析及功能磁共振等方法，观察三肩穴针刺对肩关节活动、局部血流、肌肉激活和疼痛相关脑网络的影响。相关机制应表述为“可能涉及”感觉传入、疼痛调制、自主神经及神经－免疫调节，而不宜视为已被完全证实的特异性作用机制[11]-[13] [15] [16]。

7. 研究展望

7.1. 开展多中心、大样本随机对照试验

今后应开展多中心、大样本、随机对照临床试验，明确冻结肩诊断标准、疾病分期、中医证型及纳入排除标准。研究方案应在试验注册平台进行预注册，提前确定主要结局指标、样本量、统计分析方法和不良事件处理方案。

对照组可根据研究目的设置为传统经穴针刺、常规康复、药物治疗、模拟针刺或等待治疗。若研究三肩穴与传统针刺的相对疗效，应尽量保持治疗频率、留针时间和康复措施一致，以减少非特异性因素干扰。

7.2. 建立标准化三肩穴治疗方案

现有研究对三肩穴定位、取穴侧别、进针深度、行针手法、留针时间和运动配合的报告仍不够统一。后续应通过专家共识、解剖定位研究和预试验，形成具有可重复性的操作方案。

7.3. 采用统一、临床相关的核心结局指标

未来研究不宜仅以“总有效率”作为主要结局，而应采用多维度评价体系。建议将疼痛强度、肩关节活动范围、肩关节功能、生活质量和患者总体改善作为核心指标，并同时报告最小临床重要差异(MCID)、治疗反应率和长期复发情况。可采用 VAS 或数字疼痛评分评价疼痛，采用 SPADI、Constant-Murley 评分评价肩关节功能，并结合前屈、外展、外旋和内旋活动度进行客观测量[17] [18]。

7.4. 加强客观机制研究

未来可结合肌骨超声、彩色多普勒超声、近红外光谱、表面肌电图、三维运动分析和功能磁共振成像等技术，观察三肩穴针刺对肩周组织血流、肌肉募集、肩胛运动、关节活动及疼痛相关脑网络的影响。机制研究还可检测炎症因子、神经肽、自主神经功能指标和免疫相关指标，并结合局部影像学变化，避免仅凭血清 TNF-α、IL-6 变化推断关节囊纤维化已经逆转。只有将临床疗效、客观功能指标和生物学指标进行综合分析，才能逐步阐明董氏奇穴可能的作用机制。

7.5. 重视疾病分期和患者个体差异

冻结肩不同阶段的主要病理和治疗目标并不完全相同。疼痛期应重点关注镇痛和维持活动，冻结期应侧重改善活动范围和软组织延展性，恢复期则应加强肌力、协调性及日常功能训练。后续研究应根据疾病分期分别评价三肩穴的治疗效果。

8. 小结

董氏奇穴三肩穴治疗肩周炎具有远端取穴、筋骨定位及可配合肩关节活动训练等特点。现有临床研究提示，三肩穴相关综合治疗可能改善部分冻结肩患者的疼痛、肩关节活动度及炎症相关指标[7]。但目前证据数量有限，且缺少三肩穴远端取穴与传统局部针刺的直接比较研究。

因此，远端取穴应被视为三肩穴的理论和操作特点，而非已被证实的临床优势。三肩穴目前可作为冻结肩综合治疗中值得进一步研究的候选干预措施，其疗效、安全性、适用人群及作用机制仍需通过规范化随机对照试验和长期随访加以验证。

参考文献

[1] Millar, N.L., Meakins, A., Struyf, F., Willmore, E., Campbell, A.L., Kirwan, P.D., *et al*. (2022) Frozen Shoulder. *Nature Reviews Disease Primers*, **8**, Article No. 59. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00386-2

[2] Mertens, M.G., Meeus, M., Verborgt, O., Girbes, E.L., Horno, S.M., Aguilar-Rodriguez, M., *et al*. (2023) Exploration of the Clinical Course of Frozen Shoulder: A Longitudinal Multicenter Prospective Study of Functional Impairments. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, **27**, Article ID: 100539. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2023.100539

[3] Lho, Y., Ha, E., Cho, C., Song, K., Min, B., Bae, K., *et al*. (2013) Inflammatory Cytokines Are Overexpressed in the Subacromial Bursa of Frozen Shoulder. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, **22**, 666-672. https://doi.org/10.1016/j.jse.2012.06.014

[4] Sun, Y., Lu, S., Zhang, P., Wang, Z. and Chen, J. (2016) Steroid Injection versus Physiotherapy for Patients with Adhesive Capsulitis of the Shoulder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine*, **95**, e3469. https://doi.org/10.1097/md.0000000000003469

[5] Skaliczki, G., Kovács, K., Antal, I., Sallai, I., Kovács, B., Nyőgér, Z., *et al*. (2024) Arthroscopic Capsular Release Is More Effective in Pain Relief than Conservative Treatment in Patients with Frozen Shoulder. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **25**, Article No. 145. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07275-7

[6] Page, M.J., Green, S., Kramer, S., Johnston, R.V., McBain, B., Chau, M., *et al*. (2014) Manual Therapy and Exercise for Adhesive Capsulitis (Frozen Shoulder). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 8, CD011275. https://doi.org/10.1002/14651858.cd011275

[7] 万晴冬, 董单, 李国庆, 等. 董氏奇穴“三肩穴”治疗气滞血瘀型冻结肩的疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2024, 34(5): 442-445.

[8] Ben-Arie, E., Kao, P., Lee, Y., Ho, W., Chou, L. and Liu, H. (2020) The Effectiveness of Acupuncture in the Treatment of Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, **2020**, Article ID: 9790470. https://doi.org/10.1155/2020/9790470

[9] Schröder, S., Meyer-Hamme, G., Friedemann, T., Kirch, S., Hauck, M., Plaetke, R., *et al*. (2017) Immediate Pain Relief in Adhesive Capsulitis by Acupuncture—A Randomized Controlled Double-Blinded Study. *Pain Medicine*, **18**, 2235-2247. https://doi.org/10.1093/pm/pnx052

[10] MacPherson, H., Altman, D.G., Hammerschlag, R., Youping, L., Taixiang, W., White, A., *et al*. (2010) Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. *PLOS Medicine*, **7**, e1000261. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000261

[11] Zhao, Z. (2008) Neural Mechanism Underlying Acupuncture Analgesia. *Progress in Neurobiology*, **85**, 355-375. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2008.05.004

[12] Langevin, H.M., Churchill, D.L. and Cipolla, M.J. (2001) Mechanical Signaling through Connective Tissue: A Mechanism for the Therapeutic Effect of Acupuncture. *The FASEB Journal*, **15**, 2275-2282. https://doi.org/10.1096/fj.01-0015hyp

[13] Han, J. (2004) Acupuncture and Endorphins. *Neuroscience Letters*, **361**, 258-261. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2003.12.019

[14] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.

[15] 李甲文. 针刺镇痛的中枢神经递质基础[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(1): 160-161, 163.

[16] Kubo, K., Yajima, H., Takayama, M., Ikebukuro, T., Mizoguchi, H. and Takakura, N. (2010) Effects of Acupuncture and Heating on Blood Volume and Oxygen Saturation of Human Achilles Tendon *in Vivo*. *European Journal of Applied Physiology*, **109**, 545-550. https://doi.org/10.1007/s00421-010-1368-z

[17] Roach, K.E., Budiman-Mak, E., Songsiridej, N. and Lertratanakul, Y. (1991) Development of a Shoulder Pain and Disability Index. *Arthritis & Rheumatism*, **4**, 143-149. https://doi.org/10.1002/art.1790040403

[18] Constant, C.R. and G. Murley, A.H. (1987) A Clinical Method of Functional Assessment of the Shoulder. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, **214**, 160-164. https://doi.org/10.1097/00003086-198701000-00023

[19] Witt, C.M., Pach, D., Brinkhaus, B., Wruck, K., Tag, B., Mank, S., *et al*. (2009) Safety of Acupuncture: Results of a Prospective Observational Study with 229,230 Patients and Introduction of a Medical Information and Consent Form. *Complementary Medicine Research*, **16**, 91-97. https://doi.org/10.1159/000209315

[20] MacPherson, H., Thomas, K., Walters, S. and Fitter, M. (2001) The York Acupuncture Safety Study: Prospective Survey of 34 000 Treatments by Traditional Acupuncturists. *BMJ*, **323**, 486-487. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.486

[21] Schulz, K.F., Altman, D.G. and Moher, D. (2010) CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *BMJ*, **340**, c332. https://doi.org/10.1136/bmj.c332