

针刺敏化态穴治疗肩关节周围炎的前瞻性随机对照研究

病例报告表  
(CRF)

受试者编码: \_\_\_\_\_

受试者姓名缩写: \_\_\_\_\_

研究者姓名: \_\_\_\_\_

研究单位: 河南省洛阳正骨医院 (河南省骨科医院)

研究日期: 20\_\_年\_\_月\_\_日

在正式填表前，请务必认真阅读下列填表说明

## 病例报告表填写说明

- 1 筛选符合入选标准者填写病例记录表，本试验研究者必须事先充分了解本试验方案及有关资料，严格按方案执行，病例筛选合格者纳入研究。
- 2 各种表格应按要求填写，不得缺项，应使用黑色签字笔或碳素、黑蓝水笔，不能使用铅笔、圆珠笔填表。
- 3 表中凡有“口”的项目，请在相对应条目的“口”内划“√”。病例报告表务必填满，不能有空格。
- 4 病例报告表填写务必准确、清晰，不得将原记录随意涂改，错误之处纠正时需居中划一横线，并签署修改者姓名及修改时间

## 入组筛选表

	是	否
<b>1. 受试者纳入标准:</b>		
◆ 单侧肩关节周围炎诊断明确, 且病程在 6 周以上的患者;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 依据 100 毫米视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)量表, 在活动(日常生活运动或轻度运动)期间出现 50-100 毫米明显疼痛的患者;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 患侧肩部与健康侧相比, 在两次或两次以上运动中活动度受限超过 25%;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 患者及家属能够与研究人员充分沟通并完成调查问卷, 自愿签署知情同意书	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. 受试者排除标准:</b>	是	否
◆ 静息时伴有剧痛 (VAS 评分超过 70mm) 的患者;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 患侧肩部与健康侧相比, 在两次或两次以上运动中活动度受限超过 50%;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 伴肩部其他疾病 (如肩袖损伤)、既往有肩部手术史或重大损伤史的患者;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 伴颈椎疾病的患者;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 参加临床试验前 2 周内抗炎药物用药史, 3 个月内关节内类固醇注射。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 6. 服用治疗精神疾病药物;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 7. 晕针。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
结论: 该患者是否符合纳入标准且不符合排除标准, 同意入组	是	否
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 病历简况

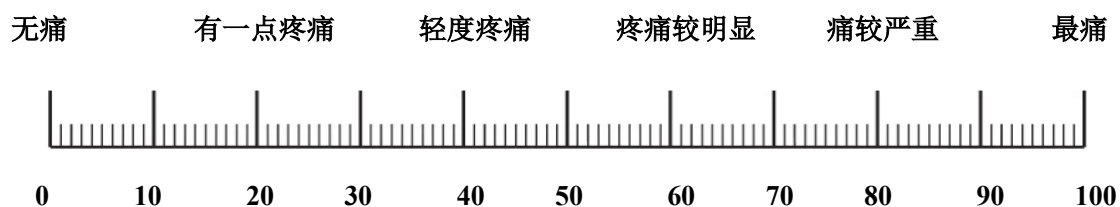
1. 就诊时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
2. 1 年 龄：\_\_\_\_\_（岁）
  - . 2 性 别：1. 男 2. 女
  - . 3 身 高：\_\_\_\_\_（cm） 体 重：\_\_\_\_\_（kg）
  - . 4 血 压：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(mmHg) 心 率：\_\_\_\_\_（次/分）
3. 婚姻状况：1. 未婚 2. 已婚 3. 离异 4. 丧偶
4. 职业：\_\_\_\_\_
5. 吸烟史：1. 是 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_支/天 2. 否 3. 戒烟 \_\_\_\_\_年
6. 户外时间：\_\_\_\_\_小时/天
7. 西医诊断：\_\_\_\_\_
8. 主要并存疾病：\_\_\_\_\_

筛选登记表	就诊日期 _____年____月____日
-------	-----------------------

### 1.视觉模拟（VAS）评分

采用 100cm 的视觉模拟标尺法（VAS）评估疼痛程度，数字表示疼痛的程度，0 代表无痛，50 代表中等疼痛，100 代表极痛。

患者疼痛评估： \_\_\_\_\_mm



医师： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

筛选登记表	就诊日期 _____年____月
	日

## 2.肩关节活动范围

左侧	关节	运动	参考值	右侧
	肩关节	屈曲	0-180°	
		伸展	0-60°	
		外展	0-180°	
		内收	0-45°	
		外旋	0-90°	
		内旋	0-70°	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	就诊日期 _____年____月
	日

### 3.SPADI 量表

疼痛	条目内容	得分
在过去的1周内，在以下情况时，您疼痛的程度？（得分：0 = 无痛；10 = 最严重的疼痛）	疼痛时最厉害的程度	
	向患侧侧卧	
	用患侧的手从高处拿东西	
	用患侧的手触摸后颈部	
	用患侧的手推购物车	
功能障碍	条目内容	得分
在过去的1周内，您用患侧的手做下列事情是否困难？（得分：0 = 没有困难；10 = 根本没法完成）	洗头	
	洗后背	
	穿汗衫或连衣裙（经头穿脱的）	
	穿衬衫时扣纽扣	
	穿裤子	
	把东西放到一个高的架子上	
	提十来斤重的东西	
	从您的后裤兜里取东西	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



筛选登记表	就诊日期 _____年____月
	日

#### 4.穴位的压痛阈值（PPTs）

左侧 PPT 值	穴位	右侧 PPT 值
	肩贞	
	肩髃	
	肩髃	
	臂臑	
	天宗	
	肩中俞	
	肩外俞	
	肩井	
	臑俞	
	秉风	
	曲垣	
	巨骨	
	臑会	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	就诊日期 _____年____月____日
-------	-----------------------

## 5.中国肩袖疾病患者生命质量评估量表（C-RC-QoL）

### 第一部分 症状和体征

该部分与您的症状和体征相关，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打分

1.当您的肩关节进行长时间的活动后（例如超过半小时），您肩膀感受到的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常痛 一点也不痛

2.关于您肩膀的整体功能，肩膀的僵硬或活动受限有多困扰您？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常困扰 一点也不困扰

3.关于您肩膀的整体功能以及肌肉的力量，您认为您的肩膀状态有多弱？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常弱 一点也不弱

4.在您洗澡或淋浴的时候，您感觉您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常困扰 一点也不困扰

5.在您穿上或脱下一些圆领毛衣或 T 恤衫时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常痛/困难 一点也不痛/困难

6.当您把皮带穿戴到裤子上时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常痛/困难 一点也不痛/困难

7.当您使用双手拿起碗筷吃饭时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
 非常痛/困难 一点也不痛/困难

8.当您做家务时（例如拖地、熨烫衣物、铺床、擦洗锅盆、清洁浴缸厕所等），您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

9.当您在单手搬运一个 9 斤到 14 斤重的物品时（例如单手搬动公文包、小行李箱或购物袋时），您搬运物品一侧的肩膀疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

10.当您在割草、耙草或铲雪时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

11.当您睡觉时您肩膀的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛 一点也不痛

12.您曾因您的肩膀疼痛而半夜醒来吗？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

总是因此醒来 从来没因此醒来

13.当您驾驶摩托或骑自行车时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

14.当您使用患肢打开或关闭一个门时，您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

15.当您使用患肢到达某个地方时（例如进入车中），您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

16.您觉得使用 0-100 分来整体评估您肩膀疼痛的水平，最恰当的分是多少？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难 一点也不痛/困难

您还有其它一些感到的肩关节功能或体征问题需要说明的吗？

## 第二部分 与工作有关的问题

以下的问题与您的工作或职业有关。这些问题是评估您在工作中的肩关节功能状态以及您的肩膀症状对当前工作的影响程度。如果您是全日制学生或家庭主妇，请将这些情况代入到您平时的兼职工作中考虑。您仅只需根据近 3 个月内

的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的工作，请直接跳到第 21 题进行作答。注意，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打分。

17. 当您工作时上臂处于您肩膀同样水平时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

18. 当您工作时上臂超过您肩膀的高度时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

19. 平时您是否经常担心以后可能因为肩膀的问题导致您不能继续参加工作？  
(如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线)

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

20. 平时您是否经常担心工作可能导致您肩膀的症状或体征日益严重？ (如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线)

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

您还有其它与工作相关的问题需要特别说明的吗？

### 第三部分 娱乐活动以及日常运动（或比赛）

以下这些问题主要是关注您肩膀的问题对于您日常娱乐活动、运动(或比赛)的影响。这些问题关注因肩膀的疼痛、功能障碍等影响您参与上述活动的 ability。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的参与上述活动，请直接跳到第 25 题进行作答。

21. 当您参加日常一般的体育活动时，您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

22. 当您参加主要使用上肢的相关体育活动时（例如棒球、网球、高尔夫球、排球、壁球、游泳、投掷等），您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

23. 平时您是否经常担心参与日常运动可能会导致您肩膀的症状或体征日益严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

24. 基于您目前参与娱乐活动或运动的表现水平，相较于您肩关节出现症状之前的水平如何？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
差很远 没什么变化

#### 第四部分 日常生活

下列问题是关于您日常生活方面。 这些问题主要关注您肩膀症状或体征对于您日常生活中的一些活动（除开工作、运动、娱乐活动等）的影响程度。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

25. 您是否经常担心肩膀的问题可能影响到您自身的日常生活安全？（例如携带小孩、在院子里工作、攀爬梯子、使用电动工具等）

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

26. 您肩膀的问题对于您享受日常生活的影晌有多大？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常大 没什么影响

27. 日常生活中您是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

28. 在日常生活中，当您与家人共处时，是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

29. 你肩膀的问题已经存在一段时间了，而在这段时间里，你是否为避免一些潜在因素伤害到您的肩膀而改变了一些生活方式？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
完全改变了 没有任何改变

#### 第五部分 社会和心理方面

下列问题关注您肩膀的症状及体征对您社会及心理方面的影响，主要评估肩膀的疼痛对于您日常生活态度及感受的影响。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

30. 您是否由于您肩膀的问题在家庭生活或工作中遇到困难？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常困难 没有困难

31.您肩膀的问题是否导致您夜晚失眠?

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
每天晚上 从来没有

32. 您害怕您的肩膀再次受到创伤吗?

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常害怕 不害怕

33. 您肩膀的问题是否影响到了您日常的性生活?

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常影响 没有影响

34. 您肩膀的问题是否影响了您与朋友及家人的相处?

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
不能正常相处 没有影响

医师: \_\_\_\_\_

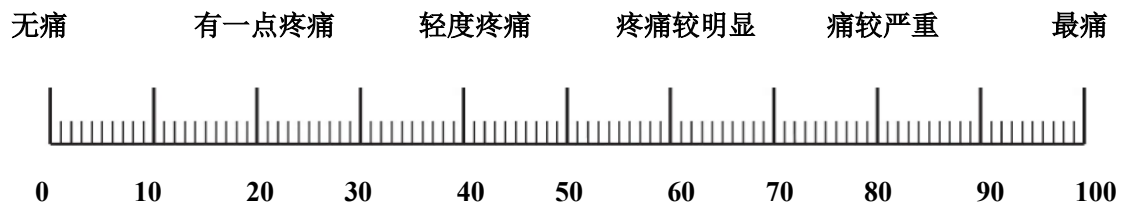
日期: \_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束时
-------	-------

### 1.视觉模拟（VAS）评分

采用 100cm 的视觉模拟标尺法（VAS）评估疼痛程度，数字表示疼痛的程度，0 代表无痛，50 代表中等疼痛，100 代表极痛。

患者疼痛评估： \_\_\_\_\_ mm



医师： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束时
-------	-------

## 2.肩关节活动范围

左侧	关节	运动	参考值	右侧
	肩关节	屈曲	0-180°	
		伸展	0-60°	
		外展	0-180°	
		内收	0-45°	
		外旋	0-90°	
		内旋	0-70°	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



筛选登记表	治疗结束时
-------	-------

### 3.SPADI 量表

疼痛	条目内容	得分
在过去的 1 周内，在以下情况时，您疼痛的程度？（得分：0 = 无痛；10 = 最严重的疼痛）	疼痛时最厉害的程度	
	向患侧侧卧	
	用患侧的手从高处拿东西	
	用患侧的手触摸后颈部	
	用患侧的手推购物车	
功能障碍	条目内容	得分
在过去的 1 周内，您用患侧的手做下列事情是否困难？（得分：0 = 没有困难；10 = 根本没法完成）	洗头	
	洗后背	
	穿汗衫或连衣裙（经头穿脱的）	
	穿衬衫时扣纽扣	
	穿裤子	
	把东西放到一个高的架子上	
	提十来斤重的东西	
	从您的后裤兜里取东西	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束时
-------	-------

#### 4.穴位的压痛阈值（PPTs）

左侧 PPT 值	穴位	右侧 PPT 值
	肩贞	
	肩髃	
	肩髃	
	臂臑	
	天宗	
	肩中俞	
	肩外俞	
	肩井	
	臑俞	
	秉风	
	曲垣	
	巨骨	
	臑会	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

## 5.中国肩袖疾病患者生命质量评估量表（C-RC-QoL）

### 第二部分 症状和体征

该部分与您的症状和体征相关，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打分

1.当您的肩关节进行长时间的活动后（例如超过半小时），您肩膀感受到的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛

一点也不痛

2.关于您肩膀的整体功能，肩膀的僵硬或活动受限有多困扰您？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

3.关于您肩膀的整体功能以及肌肉的力量，您认为您的肩膀状态有多弱？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常弱

一点也不弱

4.在您洗澡或淋浴的时候，您感觉您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

5.在您穿上或脱下一些圆领毛衣或T恤衫时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

6.当您把皮带穿戴到裤子上时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

7.当您使用双手拿起碗筷吃饭时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

8.当您做家务时（例如拖地、熨烫衣物、铺床、擦洗锅盆、清洁浴缸厕所等），您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

9.当您在单手搬运一个 9 斤到 14 斤重的物品时（例如单手搬动公文包、小行李箱或购物袋时），您搬运物品一侧的肩膀疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

10.当您在割草、耙草或铲雪时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

11.当您睡觉时您肩膀的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛 一点也不痛

12.您曾因您的肩膀疼痛而半夜醒来吗？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
总是因此醒来 从来没因此醒来

13.当您驾驶摩托或骑自行车时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

14.当您使用患肢打开或关闭一个门时，您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

15.当您使用患肢到达某个地方时（例如进入车中），您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

16.您觉得使用 0-100 分来整体评估您肩膀疼痛的水平，最恰当的分是多少？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

您还有其它一些感到的肩关节功能或体征问题需要说明的吗？

## 第二部分 与工作有关的问题

以下的问题与您的工作或职业有关。这些问题是评估您在工作中的肩关节功能状态以及您的肩膀症状对当前工作的影响程度。如果您是全日制学生或家庭主妇，请将这些情况代入到您平时的兼职工作中考虑。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的工作，请直接跳到第 21 题进行作答。注意，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打

分。

18. 当您工作时上臂处于您肩膀同样水平时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

18. 当您工作时上臂超过您肩膀的高度时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

19. 平时您是否经常担心以后可能因为肩膀的问题导致您不能继续参加工作？

（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

20. 平时您是否经常担心工作可能导致您肩膀的症状或体征日益严重？（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

您还有其它与工作相关的问题需要特别说明的吗？

### 第三部分 娱乐活动以及日常运动（或比赛）

以下这些问题主要是关注您肩膀的问题对于您日常娱乐活动、运动(或比赛)的影响。这些问题关注因肩膀的疼痛、功能障碍等影响您参与上述活动的的能力。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的参与上述活动，请直接跳到第 25 题进行作答。

21. 当您参加日常一般的体育活动时，您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

22. 当您参加主要使用上肢的相关体育活动时（例如棒球、网球、高尔夫球、排球、壁球、游泳、投掷等），您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

23. 平时您是否经常担心参与日常运动可能会导致您肩膀的症状或体征日益严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

24. 基于您目前参与娱乐活动或运动的表现水平，相较于您肩关节出现症状之前

的水平如何？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
差很远 没什么变化

#### 第四部分 日常生活

下列问题是关于您日常生活方面。 这些问题主要关注您肩膀症状或体征对于您日常生活中的一些活动（除开工作、运动、娱乐活动等）的影响程度。您同样仅只需根据近 3 个月内 的情况来回答下列问题。

27. 您是否经常担心肩膀的问题可能影响到您自身的日常生活安全？（例如携带小孩、在院子里工作、攀爬梯子、使用电动工具等）

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

28. 您肩膀的问题对于您享受日常生活的影响有多大？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常大 没什么影响

27. 日常生活中您是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

28. 在日常生活中，当您与家人共处时，是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

30. 你肩膀的问题已经存在了一段时间了，而在这段时间里，你是否为避免一些潜在因素伤害 到您的肩膀而改变了一些生活方式？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
完全改变了 没有任何改变

#### 第五部分 社会和心理方面

下列问题关注您肩膀的症状及体征对您社会及心理方面的影响，主要评估肩膀的疼痛对于您日常生活态度及感受的影响。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

30. 您是否由于您肩膀的问题在家庭生活或工作中遇到困难？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常困难 没有困难

31.您肩膀的问题是否导致您夜晚失眠？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

每天晚上

从来没有

33. 您害怕您的肩膀再次受到创伤吗?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常害怕

不害怕

33. 您肩膀的问题是否影响到了您日常的性生活?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常影响

没有影响

34. 您肩膀的问题是否影响了您与朋友及家人的相处?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

不能正常相处

没有影响

医师: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

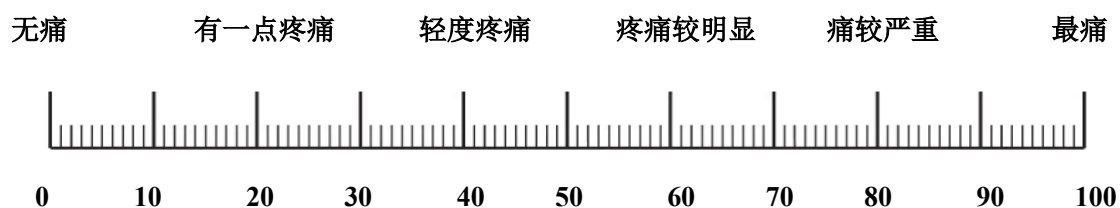
筛选登记表

治疗结束后第 4 周

## 1.视觉模拟（VAS）评分

采用 100cm 的视觉模拟标尺法（VAS）评估疼痛程度，数字表示疼痛的程度，0 代表无痛，50 代表中等疼痛，100 代表极痛。

患者疼痛评估：\_\_\_\_\_mm



医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



筛选登记表	治疗结束后第 4 周
-------	------------

## 2.肩关节活动范围

左侧	关节	运动	参考值	右侧
	肩关节	屈曲	0-180°	
		伸展	0-60°	
		外展	0-180°	
		内收	0-45°	
		外旋	0-90°	
		内旋	0-70°	

医师： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束后第 4 周
-------	------------

### 3.SPADI 量表

疼痛	条目内容	得分
在过去的 1 周内，在以下情况时，您疼痛的程度？（得分：0 = 无痛；10 = 最严重的疼痛）	疼痛时最厉害的程度	
	向患侧侧卧	
	用患侧的手从高处拿东西	
	用患侧的手触摸后颈部	
	用患侧的手推购物车	
功能障碍	条目内容	得分
在过去的 1 周内，您用患侧的手做下列事情是否困难？（得分：0 = 没有困难；10 = 根本没法完成）	洗头	
	洗后背	
	穿汗衫或连衣裙（经头穿脱的）	
	穿衬衫时扣纽扣	
	穿裤子	
	把东西放到一个高的架子上	
	提十来斤重的东西	
	从您的后裤兜里取东西	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束后第 4 周
-------	------------

4.穴位的压痛阈值（PPTs）

左侧 PPT 值	穴位	右侧 PPT 值
	肩贞	
	肩髃	
	肩髃	
	臂臑	
	天宗	
	肩中俞	
	肩外俞	
	肩井	
	臑俞	
	秉风	
	曲垣	
	巨骨	
	臑会	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

## 5.中国肩袖疾病患者生命质量评估量表（C-RC-QoL）

### 第三部分 症状和体征

该部分与您的症状和体征相关，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打分

1.当您的肩关节进行长时间的活动后（例如超过半小时），您肩膀感受到的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛

一点也不痛

2.关于您肩膀的整体功能，肩膀的僵硬或活动受限有多困扰您？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

3.关于您肩膀的整体功能以及肌肉的力量，您认为您的肩膀状态有多弱？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常弱

一点也不弱

4.在您洗澡或淋浴的时候，您感觉您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

5.在您穿上或脱下一些圆领毛衣或 T 恤衫时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

6.当您把皮带穿戴到裤子上时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

7.当您使用双手拿起碗筷吃饭时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

8.当您做家务时（例如拖地、熨烫衣物、铺床、擦洗锅盆、清洁浴缸厕所等），您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

9.当您在单手搬运一个 9 斤到 14 斤重的物品时（例如单手搬动公文包、小行李箱或购物袋时），您搬运物品一侧的肩膀疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

10.当您在割草、耙草或铲雪时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

11.当您睡觉时您肩膀的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛 一点也不痛

12.您曾因您的肩膀疼痛而半夜醒来吗？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
总是因此醒来 从来没因此醒来

13.当您驾驶摩托或骑自行车时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

14.当您使用患肢打开或关闭一个门时，您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

15.当您使用患肢到达某个地方时（例如进入车中），您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

16.您觉得使用 0-100 分来整体评估您肩膀疼痛的水平，最恰当的分是多少？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

您还有其它一些感到的肩关节功能或体征问题需要说明的吗？

## 第二部分 与工作有关的问题

以下的问题与您的工作或职业有关。这些问题是评估您在工作中的肩关节功能状态以及您的肩膀症状对当前工作的影响程度。如果您是全日制学生或家庭主妇，请将这些情况代入到您平时的兼职工作中考虑。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的工作，请直接跳到第 21 题进行作答。注意，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打

分。

19. 当您工作时上臂处于您肩膀同样水平时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

18. 当您工作时上臂超过您肩膀的高度时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

19. 平时您是否经常担心以后可能因为肩膀的问题导致您不能继续参加工作？

（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

20. 平时您是否经常担心工作可能导致您肩膀的症状或体征日益严重？（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

您还有其它与工作相关的问题需要特别说明的吗？

### 第三部分 娱乐活动以及日常运动（或比赛）

以下这些问题主要是关注您肩膀的问题对于您日常娱乐活动、运动（或比赛）的影响。这些问题关注因肩膀的疼痛、功能障碍等影响您参与上述活动的的能力。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的参与上述活动，请直接跳到第 25 题进行作答。

21. 当您参加日常一般的体育活动时，您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

22. 当您参加主要使用上肢的相关体育活动时（例如棒球、网球、高尔夫球、排球、壁球、游泳、投掷等），您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

23. 平时您是否经常担心参与日常运动可能会导致您肩膀的症状或体征日益严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

24. 基于您目前参与娱乐活动或运动的表现水平，相较于您肩关节出现症状之前

的水平如何？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
差很远 没什么变化

#### 第四部分 日常生活

下列问题是关于您日常生活方面。 这些问题主要关注您肩膀症状或体征对于您日常生活中的一些活动（除开工作、运动、娱乐活动等）的影响程度。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

29. 您是否经常担心肩膀的问题可能影响到您自身的日常生活安全？（例如携带小孩、在院子里工作、攀爬梯子、使用电动工具等）

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

30. 您肩膀的问题对于您享受日常生活的影响有多大？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常大 没什么影响

27. 日常生活中您是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

28. 在日常生活中，当您与家人共处时，是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

31. 你肩膀的问题已经存在了一段时间了，而在这段时间里，你是否为避免一些潜在因素伤害到您的肩膀而改变了一些生活方式？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
完全改变了 没有任何改变

#### 第五部分 社会和心理方面

下列问题关注您肩膀的症状及体征对您社会及心理方面的影响，主要评估肩膀的疼痛对于您日常生活态度及感受的影响。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

30. 您是否由于您肩膀的问题在家庭生活或工作中遇到困难？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常困难 没有困难

31. 您肩膀的问题是否导致您夜晚失眠？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

每天晚上

从来没有

34. 您害怕您的肩膀再次受到创伤吗？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常害怕

不害怕

33. 您肩膀的问题是否影响到了您日常的性生活？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常影响

没有影响

34. 您肩膀的问题是否影响了您与朋友及家人的相处？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

不能正常相处

没有影响

医师： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

筛选登记表

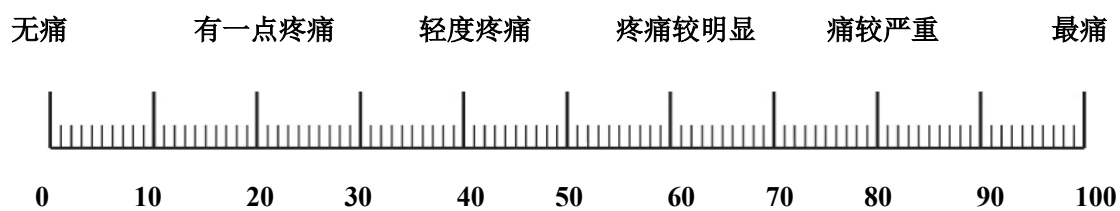
治疗结束后第 12 周



## 1.视觉模拟（VAS）评分

采用 100cm 的视觉模拟标尺法（VAS）评估疼痛程度，数字表示疼痛的程度，0 代表无痛，50 代表中等疼痛，100 代表极痛。

患者疼痛评估：\_\_\_\_\_mm



医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束后第 12 周
-------	-------------

## 2.肩关节活动范围

左侧	关节	运动	参考值	右侧
	肩关节	屈曲	0-180°	
		伸展	0-60°	
		外展	0-180°	
		内收	0-45°	
		外旋	0-90°	
		内旋	0-70°	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束后第 12 周
-------	-------------

### 3.SPADI 量表

疼痛	条目内容	得分
在过去的 1 周内，在以下情况时，您疼痛的程度？（得分：0 = 无痛；10 = 最严重的疼痛）	疼痛时最厉害的程度	
	向患侧侧卧	
	用患侧的手从高处拿东西	
	用患侧的手触摸后颈部	
	用患侧的手推购物车	
功能障碍	条目内容	得分
在过去的 1 周内，您用患侧的手做下列事情是否困难？（得分：0 = 没有困难；10 = 根本没法完成）	洗头	
	洗后背	
	穿汗衫或连衣裙（经头穿脱的）	
	穿衬衫时扣纽扣	
	穿裤子	
	把东西放到一个高的架子上	
	提十来斤重的东西	
	从您的后裤兜里取东西	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

筛选登记表	治疗结束后第 12 周
-------	-------------

#### 4.穴位的压痛阈值（PPTs）

左侧 PPT 值	穴位	右侧 PPT 值
	肩贞	
	肩髃	
	肩髃	
	臂臑	
	天宗	
	肩中俞	
	肩外俞	
	肩井	
	臑俞	
	秉风	
	曲垣	
	巨骨	
	臑会	

医师：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

## 5.中国肩袖疾病患者生命质量评估量表（C-RC-QoL）

### 第四部分 症状和体征

该部分与您的症状和体征相关，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打分

1.当您的肩关节进行长时间的活动后（例如超过半小时），您肩膀感受到的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛

一点也不痛

2.关于您肩膀的整体功能，肩膀的僵硬或活动受限有多困扰您？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

3.关于您肩膀的整体功能以及肌肉的力量，您认为您的肩膀状态有多弱？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常弱

一点也不弱

4.在您洗澡或淋浴的时候，您感觉您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常困扰

一点也不困扰

5.在您穿上或脱下一些圆领毛衣或 T 恤衫时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

6.当您把皮带穿戴到裤子上时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

7.当您使用双手拿起碗筷吃饭时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

8.当您做家务时（例如拖地、熨烫衣物、铺床、擦洗锅盆、清洁浴缸厕所等），您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

9.当您在单手搬运一个 9 斤到 14 斤重的物品时（例如单手搬动公文包、小行李箱或购物袋时），您搬运物品一侧的肩膀疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

10.当您在割草、耙草或铲雪时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

11.当您睡觉时您肩膀的疼痛有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛 一点也不痛

12.您曾因您的肩膀疼痛而半夜醒来吗？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
总是因此醒来 从来没因此醒来

13.当您驾驶摩托或骑自行车时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

14.当您使用患肢打开或关闭一个门时，您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

15.当您使用患肢到达某个地方时（例如进入车中），您活动一侧肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

16.您觉得使用 0-100 分来整体评估您肩膀疼痛的水平，最恰当的分是多少？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常痛/困难 一点也不痛/困难

您还有其它一些感到的肩关节功能或体征问题需要说明的吗？

## 第二部分 与工作有关的问题

以下的问题与您的工作或职业有关。这些问题是评估您在工作中的肩关节功能状态以及您的肩膀症状对当前工作的影响程度。如果您是全日制学生或家庭主妇，请将这些情况代入到您平时的兼职工作中考虑。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的工作，请直接跳到第 21 题进行作答。注意，在线上划出一个斜线以表示您对每道题的回答打

分。

20. 当您工作时上臂处于您肩膀同样水平时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

18. 当您工作时上臂超过您肩膀的高度时，您肩膀的疼痛或活动困难有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

19. 平时您是否经常担心以后可能因为肩膀的问题导致您不能继续参加工作？

（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

20. 平时您是否经常担心工作可能导致您肩膀的症状或体征日益严重？（如果你因肩膀的问题而完全无法工作，请在最左侧划上斜线）

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

您还有其它与工作相关的问题需要特别说明的吗？

### 第三部分 娱乐活动以及日常运动（或比赛）

以下这些问题主要是关注您肩膀的问题对于您日常娱乐活动、运动（或比赛）的影响。这些问题关注因肩膀的疼痛、功能障碍等影响您参与上述活动的的能力。您仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。如果您的肩膀症状或体征没有影响到您的参与上述活动，请直接跳到第 25 题进行作答。

21. 当您参加日常一般的体育活动时，您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

22. 当您参加主要使用上肢的相关体育活动时（例如棒球、网球、高尔夫球、排球、壁球、游泳、投掷等），您肩膀的疼痛或活动障碍有多严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常痛/困难

一点也不痛/困难

23. 平时您是否经常担心参与日常运动可能会导致您肩膀的症状或体征日益严重？

0 • \_\_\_\_\_ • 100

随时担心

从来不担心

24. 基于您目前参与娱乐活动或运动的表现水平，相较于您肩关节出现症状之前

的水平如何？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
差很远 没什么变化

#### 第四部分 日常生活

下列问题是关于您日常生活方面。 这些问题主要关注您肩膀症状或体征对于您日常生活中的一些活动（除开工作、运动、娱乐活动等）的影响程度。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

31. 您是否经常担心肩膀的问题可能影响到您自身的日常生活安全？（例如携带小孩、在院子里工作、攀爬梯子、使用电动工具等）

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时担心 从来不担心

32. 您肩膀的问题对于您享受日常生活的影响有多大？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常大 没什么影响

27. 日常生活中您是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

28. 在日常生活中，当您与家人共处时，是否经常意识到自己肩膀存在问题？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
随时 从来没有

32. 你肩膀的问题已经存在了一段时间了，而在这段时间里，你是否为避免一些潜在因素伤害到您的肩膀而改变了一些生活方式？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
完全改变了 没有任何改变

#### 第五部分 社会和心理方面

下列问题关注您肩膀的症状及体征对您社会及心理方面的影响，主要评估肩膀的疼痛对于您日常生活态度及感受的影响。您同样仅只需根据近 3 个月内的情况来回答下列问题。

30. 您是否由于您肩膀的问题在家庭生活或工作中遇到困难？

0 • \_\_\_\_\_ • 100  
非常困难 没有困难

31. 您肩膀的问题是否导致您夜晚失眠？

0 • \_\_\_\_\_ • 100



每天晚上

从来没有

35. 您害怕您的肩膀再次受到创伤吗?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常害怕

不害怕

33. 您肩膀的问题是否影响到了您日常的性生活?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

非常影响

没有影响

34. 您肩膀的问题是否影响了您与朋友及家人的相处?

0 • \_\_\_\_\_ • 100

不能正常相处

没有影响

医师: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

### 针刺相关不良反应记录

不良反应： \_\_\_\_\_

处理记录： \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

医师： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_