

· 临床研究 ·

关节腔内注射并肩胛关节松动术辅助治疗脑卒中后偏瘫肩

谢玉华 谢辉 李兴 何旭光 谢功能 姚洁滢

【摘要】目的 探讨肩关节腔内注射并肩胛关节松动术辅助治疗脑卒中后偏瘫肩的效果。方法 将 62 例脑卒中患者随机分为治疗组 32 例、对照组 30 例。对照组采用悬吊疗法、电针、肩关节运动训练、经皮神经电刺激治疗,治疗组在上述治疗基础上增加关节腔内注射、肩胛骨松动术,2 组均治疗 4 个月。治疗前、后分别采用 Fugl-Meyer 评分法(FMA)评估患者上肢运动能力,采用视觉模拟评分法(VAS)评估上肢疼痛程度,比较治疗前、后的改善程度。结果 2 组患者治疗前 FMA 及 VAS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);分别经相应治疗后,2 组患者上述各项指标均较治疗前显著改善($P<0.01$),并且治疗组各项指标明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。结论 关节腔内注射结合肩胛关节松动术辅助治疗脑卒中后偏瘫肩可明显缓解疼痛程度,改善上肢运动功能。

【关键词】 关节腔内注射; 肩胛骨; 关节松动术; 偏瘫肩

脑卒中后偏瘫肩包括肩关节半脱位、肩痛和肩-手综合征等三个主要问题,在偏瘫患者中发生率为 73%、72% 和 12.5%^[1]。偏瘫肩的发生严重阻碍了脑卒中患者上肢运动功能恢复,甚至使残存功能或已恢复的功能丧失,严重影响了患者的生活质量。目前,针对偏瘫肩的治疗方法多样,比如:关节松动术、传统悬吊疗法、针刺疗法等。针对偏瘫的发生机制,我们采用关节腔内注射并肩胛关节松动术辅助治疗,取得了较好的疗效,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取 2005 年 10 月至 2008 年 7 月我科收治的脑卒中后出现肩痛或肩关节半脱位的患者 62 例,就诊前均未进行过正规的康复治疗,所有脑卒中患者均经 CT 检查确诊,符合临床诊断标准^[2]:①肩痛;②肩关节活动度受限;③坐位肩峰下可触及凹陷;④偏瘫侧肩正位 X 线片示肩峰与肱骨头之间的间隙 $>14\text{ mm}$,两侧肩正位 X 线片相比,偏瘫侧间隙比健侧大 10 mm ;⑤单侧肩手痛,皮肤潮红,皮温上升;⑥手指屈曲受限;⑦局部无外伤、感染的证据。其中③④为肩关节半脱位的诊断标准;⑤⑥⑦为肩-手综合征的诊断标准。

排除标准:丘脑病变所致的疼痛和病前明显关节疾病所致的疼痛或运动障碍、认识及言语功能障碍、血管瘤或血管畸形致偏瘫。

二、分组方法

采用随机分组,治疗组 32 例,其中男 14 例,女 18 例;年龄 46~80 岁,平均 (58.2 ± 4.2) 岁;病程 1~12 个月;脑出血 18 例,脑梗死 14 例;合并肩关节半脱位 30 例,肩-手综合征 3 例,肩关节周围肌肉松弛 30 例;肌力 0 级 26 例,Ⅰ级 2 例,Ⅱ~Ⅲ级 2 例,Ⅲ~Ⅳ级 1 例,Ⅳ级以上 1 例,肌张力增高 1 例,肌力下降 30 例。对照组 30 例,其中男 17 例,女 13 例;年龄 44~72 岁,平均 (52.2 ± 3.2) 岁;病程 1~12 个月;脑出血 16 例,脑梗死 14 例;其中合并肩关节半脱位 27 例,肩-手综合征 3 例,肩关节周

围肌肉松弛 28 例;肌力 0 级 24 例,Ⅰ级 2 例,Ⅱ~Ⅲ级 2 例,Ⅲ~Ⅳ级 1 例,Ⅳ级以上 1 例,肌张力增高 1 例,肌力下降 25 例。2 组临床资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

三、治疗方法

对照组采用综合康复治疗。

1. 良肢位摆放^[3]:患者仰卧位,肩关节下方垫一个枕头,使肩胛骨向前突,上肢肘关节伸展,置于枕上,腕关节背伸,手指伸展;患者健侧或患侧卧位,肩关节和手臂充分向前伸展,手指放松;患者坐位,用枕头垫于背部使躯干伸直,肩和手臂充分向前伸展,置于桌上或轮椅扶手上。以上姿势应经常转换,预防患者因长时间患侧卧位而造成肩痛。

2. 戴肩吊带:在疼痛消退后解除。

3. 经皮神经肌肉电刺激疗法^[4]:电刺激三角肌后部纤维、三角肌中部纤维及冈上肌,选择频率 100 Hz,波宽 0.15~0.25 ms,每次 30 min,电流强度以患者耐受为限。每日治疗 1 次,15 d 为 1 个疗程,疗程间间隔 3 d,共计 6~7 个疗程。

4. 电针治疗:取肩周穴位配合极泉、内关、通里、绝骨、三阴交、涌泉、人中穴。选择电流强度 3 mA,电流频率 100 Hz,波形为间断波。每次 30 min,每日 2 次,10 d 为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,治疗 4 个月。

5. 肩关节运动训练^[5]:疼痛消失或减轻后,鼓励患者尽可能地使用偏瘫侧手,包括偏瘫侧肢体的主动运动和被动运动,如用健手握住患手做来回握手样动作,或患手做抓握和放松木棒动作,或 Bobath 握手;在不引起疼痛的前提下由治疗人员对患肢各关节做轻柔的全范围活动,使关节囊、关节周围的肌腱充分伸展,用力由小到大,关节活动由小关节开始到大关节结束;最后对肌肉进行按摩。治疗每天 2 次,每次 30~45 min,每周 5~6 d,6 周为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,治疗 4 个月。

治疗组在上述治疗的基础上增加关节腔内注射和关节松动术。

1. 关节腔内注射:选择肩峰下进针,用 5 ml 注射器向肩关节腔内注射醋酸泼尼松龙 2 ml 加 2% 利多卡因 3 ml,每 10 d 注射 1 次,共注射 2 次或至疼痛完全缓解。

2. 肩胛骨关节松动术:①肩周肌肉的放松运动,患侧手臂运动以前,必须先放松肩胛骨周围肌肉。②肩胛关节活动,患

者仰卧,治疗师一手握住患肢上臂,一手拇指与四指分开,托住患侧肩胛下缘,向上、外及前活动肩胛骨 10~15 遍。③孟肱关节滑动,患者仰卧,治疗师一手从患侧腋窝由下向上,一手从肩峰上相对抱握患肩,通过双手虎口、拇指和其他四指分别作向上、下、前后、后前活动,也可将 4 个方向的活动训练结合起来,向前向后,由后向前旋转滑动 10~15 遍。治疗每天 2 次,每次 20 min,每周 5~6 d,6 周为 1 个疗程,疗程间休息 2 d,治疗 4 个月。

四、疗效评估

所有患者在治疗前、治疗 4 个月后进行评估。采用简式 Fugl-Meyer 评分法(Fugl-Meyer Assessment, FMA)对患者肩关节屈曲、外旋、外展、内旋的活动范围进行评分;采用视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)对患者疼痛程度进行评分^[6]。

五、统计学分析

所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,用 SPSS 13.0 版统计软件进行数据分析,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前、后关节活动范围、疼痛评分比较,差异有统计学意义;治疗后组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 2 组治疗前、后患侧肩关节功能及疼痛评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	Fugl-Meyer 评分	疼痛程度评分
治疗组	32		
治疗前		0.3 ± 0.3	80.0 ± 0.3
治疗后		1.9 ± 0.4^a	20.0 ± 0.5^a
对照组	30		
治疗前		0.4 ± 0.4	82.0 ± 0.4
治疗后		1.0 ± 0.5^{ab}	60.0 ± 0.6^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.01$;与治疗组治疗后比较,^b $P < 0.01$

讨 论

脑卒中后出现偏瘫肩的机制在于^[5]:①偏瘫侧肩胛带张力降低。肩胛带张力降低或提肩胛肌主动活动丧失,导致肩胛带下垂,尤其是前锯肌丧失了上提关节盂及肩胛向前的共同作用,致肩关节向下倾斜。②偏瘫侧肩胛骨周围肌肉肌张力的失衡。③偏瘫侧肩胛骨旋转成外展位,引起肱骨头容易向下滑出

关节盂。针对偏瘫肩产生的机制,采用针对性的治疗是取得疗效的关键。

关节腔内注射结合肩胛骨松动术的治疗作用在于:①止痛。患者因为疼痛不敢活动上肢,拒绝治疗师行关节松动治疗,而长期不活动上肢又可加重肩痛,使上肢功能进一步丧失,形成恶性循环。因此,止痛是否得当成为治疗偏瘫肩的关键问题之一。现有的常规康复治疗多不太强调主动、积极止痛,而采用悬吊制动的方式等待疼痛自然缓解,这样就错失了早期治疗时机,最终影响康复疗效。采用关节腔内注射利多卡因和醋酸泼尼松龙可有效缓解疼痛和肌肉痉挛,早期止痛后鼓励患者多活动上肢,从而促进其功能恢复。②纠正失调的肩关节位置。肩胛骨松动及孟肱关节松动可有效矫正肩胛骨的位置,从而矫正关节盂的位置,恢复肩原有的锁定机制,使肩关节复位。③恢复肩周肌肉及韧带的张力,再辅以电针、经皮神经电刺激治疗,可有效提高肩关节周围肌肉的稳定性,使脱位的关节恢复并维持正常位置。

有研究者建议对偏瘫肩疼痛的治疗采用避免活动肩关节的方式,或在无痛的范围内被动活动肩关节,以免疼痛刺激给患者造成焦虑等不良的心理影响^[6]。而李爱东等^[7]治疗偏瘫肩疼痛时采用悬吊法制动,让肩关节回复原位。我们认为治疗偏瘫肩宜主动采用止痛措施,尽快祛除疼痛,为早期恢复肩关节的活动争取时间,同时辅以肩胛骨关节松动术,增强肩关节周围肌肉韧带张力,可取得更好的疗效。

参 考 文 献

- [1] 张皓. 肩-手综合征. 中国康复理论与实践, 2002, 8: 62.
- [2] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范(下册). 北京: 华夏出版社, 1999: 82-83.
- [3] 倪朝民. 脑卒中患者的肩部问题. 现代康复, 2000, 4: 506-507.
- [4] 钱开林, 王彤. 中枢性损伤后肩痛的机理和治疗. 中国康复医学杂志, 2003, 18: 127-128.
- [5] 马兰, 杨传东, 刘桂秋. 上肢功能训练对偏瘫肩痛的影响. 中国康复医学杂志, 2003, 18: 351.
- [6] Davies PM, 刘钦刚. 循序渐进·偏瘫患者的全面康复治疗. 北京: 华夏出版社, 2007: 279-343.
- [7] 李爱东, 刘洪涛, 黄宗青, 等. 综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位并肩痛的疗效分析. 中国康复医学杂志, 2006, 21: 718-719.

(修回日期: 2009-08-12)

(本文编辑: 吴 倩)