

康复干预联合星状神经节按摩治疗肩手综合症的疗效观察

刘清¹ 高青¹ 唐树杰²

¹济南市第五人民医院神经内科, 济南 250022; ²暨南大学中医学院, 广州 510632

通信作者: 唐树杰, Email: sparetime2016@ sina.com

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2020.02.022

肩手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是急性脑血管病常见并发症之一, 患者以肩手疼痛、功能障碍、手部肿胀为主要临床表现, 其发病与交感神经兴奋性增高相关, 也称为反射性交感神经性营养不良综合征。据统计, 脑血管病患者中 SHS 发病率高达 70%^[1], 仅有 20% 患者能恢复至患病前功能状态^[2]。目前关于 SHS 的病理机制尚不明确, 治疗也未形成共识, 现行治疗模式是在药物治疗原发病基础上辅以康复训练及其它疗法。

大量文献报道, 星状神经节阻滞治疗 SHS 疗效肯定, 但星状神经节周围解剖结构复杂, 操作危险性较大, 在一定程度上影响了推广、应用^[3-4]。人迎穴是足阳明胃经颈部腧穴, 其解剖位置与星状神经节相近; 随着相关解剖学、影像学研究不断深入, 按压、针刺人迎穴被广泛用于临床治疗^[5]。基于此, 本研究在康复干预基础上辅以按摩人迎穴(即星状神经节部位)治疗脑卒中后 SHS 患者, 并观察对患者上肢功能及生活质量的影响, 发现康复疗效满意。现报道如下。

一、对象与方法

患者纳入标准包括: ①均符合《神经病学》^[6]中关于脑出血、脑梗死的诊断标准及《康复医学》^[7]中关于 SHS 的诊断标准; ②年龄 ≤ 75 岁; ③SHS 临床分期为 I 期、II 期; ④除给予治疗原发病药物外, 未应用其它治疗 SHS 的药物, 也未实施本研究以外的康复项目; ⑤患者对本研究知情同意并签署相关文件, 同时本研究经济南市第五人民医院伦理学委员会审核(济五院伦审[2016]10 号)。患者剔除标准包括: ①患侧肩关节有肩关节周围炎、类风湿性关节炎、骨质疏松等原发性疾病; ②有 III 级高血压病、急性心肌梗死、出血性疾病或可能影响治疗的其它严重疾病; ③颈部、患肢部位有皮肤病; ④有认知功能障碍, 预计无法参与全程治疗等。

选取 2016 年 3 月至 2018 年 4 月期间在济南市第五人民医院就诊的 86 例脑卒中后 SHS 患者为研究对象, 采用随机数字表法将其分为观察组及对照组, 每组 43 例。观察组共有男 19 例, 女 24 例; 年龄(62.8±6.0)岁; 病程(1.7±0.8)个月; 临床分期 I 期 33 例, II 期 10 例; 脑卒中类型为脑出血 22 例, 脑梗死 21 例。对照组共有男 20 例, 女 23 例; 年龄(62.1±6.2)岁; 病程(1.8±0.6)个月; 临床分期 I 期 35 例, II 期 8 例; 脑出血 19 例, 脑梗死 24 例。2 组患者上述一般资料情况经统计学比较, 发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

2 组患者均给予胞磷胆碱钠胶囊(齐鲁制药有限公司生产, 国药准字 H20020220)、瑞舒伐他汀钙片(鲁南贝特制药有限公司生产, 国药准字 H20080241)等常规药物治疗原发病, 并同时辅以康复干预, 具体干预措施包括: ①良肢位摆放, 包括仰卧、

侧卧、坐位时肢体摆放; ②肢体训练, 在能耐受前提下由治疗师对患侧肩、肘、腕、指间关节等进行轻柔、被动活动, 并要求患者主动活动患肢及进行 Bobath 握手训练, 每次 40 min; ③空气压力波治疗, 患者保持仰卧位, 患肢穿戴压力袖套, 由远心端向近心端循环充气加压, 压力调节至 15~20 kPa, 每次 30 min。

观察组患者在上述干预基础上辅以按摩人迎穴(即星状神经节部位)治疗, 治疗时患者取仰卧位, 患肩垫高, 将头转向健侧, 治疗师用左手示指、中指触及颈总动脉(环状软骨水平)搏动, 并向外侧推移, 促其与食管、气管分离, 以右侧拇指尖垂直向下触及 C₇ 横突, 并且轻柔按压 2~5 s, 每次按压 20~30 次, 每天治疗 1 次; 如按压时患者出现心慌、面色苍白等异常须立即停止治疗, 根据患者适应情况逐渐增加按压强度、次数等。2 组患者均治疗 4 周为 1 个疗程。

于治疗前、治疗 4 周时分别采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估 2 组患者患侧上肢疼痛程度, 分值范围 0~10 分, 0 分表示无痛, 1~3 分表示可以忍受的疼痛, 4~6 分表示疼痛已影响睡眠, 7~10 分表示疼痛难以忍受, 已影响日常饮食及睡眠^[8]; 采用排水法评估患手肿胀程度, 于上午运动前将患手放入装满水的玻璃容器内, 至患手近端腕横纹达水平面时维持 5~10 s(确定水不再溢出), 再用量筒测量剩余水体积, 用相同方法测量健侧手体积并计算两侧手体积差值, 差值越大则表示患手水肿程度越严重^[8]; 采用简化 Fugl-Meyer 评分法(Fugl-Meyer assessment, FMA)评估患侧上肢运动功能, 总分 66 分, 评分越高表示患者上肢运动功能越好^[8]; 采用改良 Barthel 指数评分(modified Barthel index, MBI)评估患者日常生活活动能力, 总分 100 分, 评分越高表示患者日常生活活动能力越好^[9]。

本研究所得计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 SPSS 22.0 版统计学软件包进行数据分析, 计量资料比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

治疗前 2 组患者疼痛 VAS 评分、患手水肿体积、上肢 FMA 评分、MBI 评分组间差异均无统计学意义($P>0.05$); 治疗 4 周后发现 2 组患者疼痛 VAS 评分、患手水肿体积、上肢 FMA 评分、MBI 评分均较治疗前明显改善($P<0.01$), 并且上述疗效指标均以观察组患者的改善幅度较显著, 与对照组间差异均具有统计学意义($P<0.05$), 具体数据见表 1。

三、讨论

本研究结果显示, 治疗 4 周后观察组患者疼痛 VAS 评分、患手水肿体积、上肢 FMA 评分及 MBI 评分均较治疗前及对照

表 1 治疗前、后 2 组患者各项疗效指标结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛 VAS 评分(分)	水肿体积(cm^3)	上肢 FMA 评分(分)	MBI 评分(分)
观察组					
治疗前	43	6.79 $\pm$ 2.19	4.80 $\pm$ 1.01	32.41 $\pm$ 7.83	39.48 $\pm$ 7.52
治疗后	43	2.74 $\pm$ 1.31 ^{ab}	2.75 $\pm$ 1.03 ^{ab}	49.07 $\pm$ 8.25 ^{ab}	60.31 $\pm$ 10.54 ^{ab}
对照组					
治疗前	43	6.85 $\pm$ 2.22	4.92 $\pm$ 1.10	33.12 $\pm$ 7.62	40.29 $\pm$ 7.34
治疗后	43	4.38 $\pm$ 1.57 ^a	3.71 $\pm$ 1.18 ^a	40.31 $\pm$ 8.24 ^a	51.59 $\pm$ 9.78 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

组明显改善($P<0.05$),表明在常规康复干预基础上辅以星状神经节按摩,能进一步缓解 SHS 患者疼痛,减轻水肿程度,改善患肢功能及生活质量。

目前相关研究指出,SHS 发生与急性脑血管病患者肩关节半脱位、肩部肌肉痉挛、上肢活动障碍等因素密切相关,其病理机制尚未明确,可能与中枢神经受损、患肢肌肉泵作用减弱有关,另外交感神经系统功能异常也是重要因素^[1]。由于 SHS 病理机制复杂,临床针对 SHS 患者多采用综合治疗,其中康复干预是最基础治疗方法,如良肢位摆放能促使肩关节解剖关系恢复正常,缓解肩痛;肢体训练能增加关节活动范围,充分发挥肌肉泵功能,促进静脉及淋巴回流;空气压力波治疗能消除肢体水肿、改善关节功能^[10]。本研究对照组患者经上述常规康复干预 4 周后,发现其疼痛 VAS 评分、患手水肿体积、上肢 FMA 评分及 MBI 评分均较治疗前明显改善($P<0.01$),进一步证明康复干预对 SHS 具有良好治疗效果。

星状神经节由颈下神经节和第一胸神经节在椎动脉后方融合而成;急性脑血管病能使星状神经节异常兴奋并刺激交感神经,导致患肢血管痉挛,末梢血流量增加,回流受阻,从而出现水肿、疼痛等一系列营养障碍表现^[1]。刺激星状神经节可调节神经血管功能,是 SHS 治疗的重要靶点组织。相关研究证实,星状神经节阻滞能减轻疼痛,提高 SHS 患者康复治疗依从性,并降低复发率^[1];但星状神经节毗邻机体重要解剖部位,如操作不当容易引发危险(如椎动脉痉挛或损伤蛛网膜下腔、胸膜、甲状腺、喉返神经、膈神经等)^[3-4],在一定程度上限制了其临床应用。人迎穴位于喉结旁、胸锁乳突肌前缘颈动脉搏动处,其解剖部位与星状神经节高度契合;同时人迎穴为足阳明胃经颈部腧穴,并与肾、脾、肝、心、三焦、胆、小肠、冲、任、阴跷脉交通,复杂的解剖结构及特殊的经络联系决定了按摩人迎穴(即星状神经节)对机体内脏、躯体机能或病痛具有特殊调理作用^[11]。本研究观察组患者在常规康复干预基础上辅以按摩人迎穴(即星状神经节),经治疗 4 周后发现该组患者疼痛 VAS 评分、患手水肿体积、上肢 FMA 评分及 MBI 评分均优于治疗前和对照组水平($P<0.05$),表明按摩人迎穴(即星状神经节)可进一步缓解 SHS 患者疼痛,减轻水肿,改善患肢功能及生活质量。其治疗机制包括:按摩星状神经节可能与星状神经节触激术相似^[12],能抑制交感神经异常兴奋,从而调节其节前、节后神经纤维功能,促使支配区肌肉放松,加快血液回流;同时人迎穴为气海所出之门户,按摩该穴能调和阴阳、畅通气机、减轻疼痛^[13];另外需要指出的是,按摩人迎穴虽相对安全,但用力过大仍可能导致心脏骤停、脑梗死等不良事件,故治疗时应根据患者适应情况合理调整按压强度及次数^[11]。

综上所述,本研究结果表明,常规康复干预可缓解脑卒中后 SHS 患者疼痛,减轻患肢水肿,如辅以人迎穴(即星状神经节)按摩能进一步改善患肢功能及生活质量,该联合疗法值得临床推广、应用。

参 考 文 献

[1] 杨露,彭涛,郭铁成.脑卒中后肩手综合征的临床研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(9):716-720.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1242.2018.09.022.

[2] 姜道新,马得旅,王楠,等.肩手综合征的流行病学及病因病机研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(1):47-49.DOI:10.3969/j.issn.1672-1349.2016.01.013.

[3] 涂丁玲,肖钧,薛卫东.超声引导下星状神经节阻滞的临床价值分析[J].黑龙江医学,2019,43(4):335-336.DOI:10.3969/j.issn.1004-5775.2019.04.010.

[4] 李飞,刘庆.星状神经节物理治疗特点及研究现状[J].人民军医,2014,57(6):685-689.

[5] 李娟,程为平,程光宇.运用 MRI 研究针刺人迎穴的安全深度和角度[J].针灸临床杂志,2016,32(7):49-51.

[6] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2013:172.

[7] 黄晓琳,燕铁斌.康复医学[M].5 版.北京:人民卫生出版社,2013:158.

[8] 段好阳,张国栋,尹明,等.手法淋巴引流结合综合康复治疗老年脑卒中后早期肩手综合征患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(8):591-593.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1242.2018.08.008.

[9] 刘福迁,李贞兰,闫兆红,等.早期康复训练联合心理干预治疗老年人脑卒中后抑郁的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2016,38(8):621-622.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1242.2016.08.020.

[10] 刘元梅.康复干预联合补阳还五汤治疗肩手综合征的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(9):737-739.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1242.2013.09.018.

[11] 朱现民,郑婕,王世威.古代凶险要穴人迎新用探析[J].中国针灸,2014,34(4):367-371.DOI:10.13703/j.0255-2930.2014.04.017.

[12] 傅平,胡涛,杨明杰,等.超声引导下拨针触激星状神经节治疗交感型颈椎病的临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(86):21-23.DOI:10.3969/j.issn.1671-3141.2015.86.009.

[13] 黄凡,陈天龙,杨海涛,等.针刺星状神经节对脑卒中后肩手综合征的疗效研究[J].广州中医药大学学报,2015,32(5):868-873.DOI:10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2015.05.020.

(修回日期:2020-01-13)
(本文编辑:易 浩)