

搏。本组患者除房颤外,经济条件许可者均安装了双腔起搏器。

心脏起搏器植入术能改善患者的生活质量,但是对患者的生活质量做出正确评定非常重要。生活质量原本是一社会概念,在 20 世纪 70 至 80 年代被引入医学领域^[3]。重大的负性生活事件,可引起患者严重的心理应激反应,患者要面临行为方式(疾病危险因素)的矫正、心理适应、家庭和社会角色的再调整,出现很多生理、心理、社会等方面的压力,表现为抑郁、焦虑、恐惧、失望、悲伤等心理反应,均影响着患者的生活质量。生活质量的测评主要借助量表,其中 SF-36 量表是适用于普通人群的普适性量表,是目前被普遍认可的生活质量量表之一^[3],SF-36 也是较为公认的效度和信度较好的量表。

本研究采用 SF-36 量表对心脏起搏器植入术患者生活质量进行评价,发现患者术后“生理机能”、“生理职能”、“躯体疼痛”、“总体健康”、“精力”、“社会功能”、“情感职能”、“精神健康”、“健康变化”等 9 项均明显优于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果显示,心脏起搏器植入术能改善缓慢型严重心律失常患者的心脏储备功能,减少与运动有关的症状并且减轻患者的残疾,提高缓慢型严重心律失常患者的生活质量,具有可靠的疗效。本组研究资料提示,心脏起搏器植入术在消除患者躯体症状的同时,可消除患者焦虑、抑郁情绪,改变不良的应对方式,能有效提

高患者生活质量,尤其是精力、精神健康、社会功能、躯体疼痛和总体健康等方面,这与国外的报道是相一致的^[4]。加强起搏器的随访和管理,通过随诊了解起搏器的治疗效果,防治并发症、防止起搏故障发生,以保障患者的安全,对维护患者的生活质量至关重要。

评定心脏起搏器植入患者术后生活质量是我们非常关注的重要内容。SF-36 量表对于评价患者的生理状态、心理社会状况均很有用,是一个简明、实用的量表。利用该量表的评价,进一步证实心脏起搏器植入术的治疗效果,并能从生理功能、心理社会功能等多方面提高患者的生活质量,心脏起搏器植入术是治疗各种原因引起的不可逆的心脏起搏和传导功能障碍性疾病的有效方法。

参 考 文 献

- [1] 许绵绵,骆翠娥,林美华. 中文版 SF-36 量表对冠心病患者康复治疗的评定. 国际护理学杂志, 2006, 25: 369-370.
- [2] 陈莹,吴焱贤,胡允兆,等. 永久心脏起搏器植入术治疗Ⅲ度 AVB 的观察. 实用医技杂志, 2006, 13: 1222-1223.
- [3] 阮新民,江巍,林宇,等. 调脾护心法对冠脉搭桥患者临床疗效及生存质量的影响. 中国中西医结合杂志, 2006, 26: 28-32.
- [4] Lindsay GM, Smith LN, Hanlon P, et al. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. Heart, 2001, 85: 80-86.

(修回日期: 2007-03-13)

(本文编辑: 阮仕衡)

脑卒中后肩-手综合征相关因素分析

石元洪 吴奇 吴向斌

【摘要】目的 探讨脑卒中后肩-手综合征(SHS)的临床相关因素。**方法** 前瞻性研究并分析 658 例不同性质、病变侧别及病变部位的脑卒中患者并发 SHS 的发病率,并探讨影响脑卒中后 SHS 治疗效果的相关因素。**结果** 脑卒中并发 SHS 的发病率为 35.87%,缺血性脑卒中、出血性脑卒中并发 SHS 的发病率分别为 38.04% 和 31.51%,二者比较差异无统计学意义($P > 0.05$);病灶位于左侧、右侧和双侧大脑半球患者并发 SHS 的发病率分别为 37.89%、31.34% 和 39.62%,三者比较差异无统计学意义($P > 0.05$);病灶位于皮质+基底核、单个脑叶、多个脑叶、基底核区、小脑、脑干及其它部位患者并发 SHS 的发病率分别为 40.23%、37.25%、36.37%、35.69%、31.43%、35.14% 和 32.26%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。轻、中、重型脑卒中后 SHS 患者治疗前目测类比评分法(VAS)评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 脑卒中后并发 SHS 的发病率与脑卒中性质、侧别和部位无关;脑卒中后 SHS 的轻重与脑卒中的病情严重程度无关;脑卒中的病情越严重,脑卒中后 SHS 的治疗效果越差。

【关键词】 肩-手综合征; 脑卒中; 发病率

脑卒中后肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是脑卒中后常见的并发症之一。脑卒中后 SHS 是指脑卒中后瘫痪

侧上肢的肩部、手指及腕关节的疼痛、肿胀、活动受限等临床症状群,如不进行及时有效的治疗,最终会导致手部肌肉萎缩、手指挛缩,是脑卒中致残的重要原因之一。目前,有关脑卒中后 SHS 的报道多集中于治疗和发病机制的探讨^[1],对其临床相关

因素的分析国内外报道相对较少。我们采用前瞻性研究,对我科于 2003 年 12 月至 2006 年 6 月收治的 684 例脑卒中患者以及其中并发 SHS 的 112 例患者进行分析,初步探讨脑卒中后 SHS 的临床相关因素。

资料与方法

一、临床资料

入选的 684 例脑卒中患者为首次发病,均经 CT 及/或 MRI 检查证实,并符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议制定的诊断标准^[2],其中 26 例发病后 1 周内死亡(未列入发病率统计中),19 例不愿接受 SHS 的相关治疗(未列入预后相关因素分析的统计中)。排除标准:合并肩周炎、肩关节半脱位、颈椎病等骨科疾病,由脊髓病变、丘脑病变、心肌梗死、外伤等引起疼痛,严重意识障碍,双侧肌力Ⅳ级以下。

658 例脑卒中患者中,男 397 例,女 261 例;年龄 37~92 岁,平均(64.8±15.6)岁;并发 SHS 236 例,均符合 SHS 诊断标准^[3]。随机选取 112 例接受治疗的 SHS 患者列入疗效相关因素分析的统计中,均为 I 期 SHS 患者。

二、治疗方法

112 例脑卒中后 SHS 患者明确诊断后,立即给予药物(非甾体消炎药,如芬必得)及康复治疗。康复治疗包括:(1)特殊体位及患肢良肢位的摆放,患者可采用仰卧位、患侧卧位、健侧卧位或坐位,患肢置于略高处,使各关节处于伸展的功能位;(2)向心性加压缠绕,用直径为 1~2 mm 的绳子由远端向近端缠绕患侧每根手指,然后用相同的方法由手掌至腕关节缠绕,再逐一松开,如此反复,每次 30 min,每日 2~3 次;(3)局部超短波治疗,应用 DL-C-A 型超短波治疗机,波长为 6 m,频率为 40.68 MHz,功率为 200 W,用 2 个 5 cm×5 cm 的电极于患者肩部对置,每次治疗 20 min,每日 1 次。

三、疗效标准及评定方法

分别于治疗前及治疗 2 周后进行评定。

1. 脑卒中严重程度的评定:采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)进行临床神经功能缺损评分,数值越大,卒中程度越重。轻型为 0~6 分,中型为 7~14 分,重型为 >14 分。

2. 疼痛的评定:采用目测类比评分法(Visual Analogue Scale,VAS)^[4]对疼痛进行量化评定。评定工作由同一医师进行。

3. 疗效标准:显效为 VAS 评分减少 6 分以上,疼痛、水肿消失,肤色正常,关节活动不受限,手部小肌肉无萎缩;有效为 VAS 评分减少 2~6 分,疼痛基本缓解,水肿基本消失,肤色稍苍白,关节活动稍受限,手部肌肉萎缩不明显;无效为 VAS 评分减少 2 分以下,症状和体征无明显变化,甚至出现关节强直和肌肉萎缩。

四、统计学分析

前瞻性分析脑卒中并发 SHS 患者的发病率和相关因素以及 112 例并发 SHS 患者的预后和相关因素。应用 SSPS 12.0 版统计软件,计数资料采用 χ^2 检验,均数的比较采用方差分析,等级资料比较采用 Radit 分析,相关性分析采用 Spearman 相关分析。

结 果

一、658 例脑卒中患者 SHS 的发病率及相关因素分析

不同性质的脑卒中患者 SHS 发病率见表 1,缺血性脑卒中和出血性脑卒中患者 SHS 的发病率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。不同病变侧别脑卒中患者 SHS 发病率见表 2,病灶位于左侧、右侧及双侧大脑半球的脑卒中患者 SHS 的发病率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。不同病变部位脑卒中患者 SHS 发病率见表 3,脑卒中病变部位不同患者 SHS 发病率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 不同性质的脑卒中患者并发 SHS 的发病率

性 质	脑卒中(例)	脑卒中后 SHS(例)	SHS 发病率 (%)
缺血性脑卒中	439	167	38.04
出血性脑卒中	219	69	31.51 ^a
合计	658	236	35.87

注:与缺血性脑卒中患者 SHS 发病率比较,^a $P>0.05$

表 2 不同病变侧别脑卒中患者并发 SHS 的发病率

病变侧别	脑卒中(例)	脑卒中后 SHS(例)	SHS 发病率 (%)
左侧半球	388	147	37.89
右侧半球	217	68	31.34
双侧半球	53	21	39.62 ^a

注:不同侧别脑卒中患者 SHS 发病率比较,^a $P>0.05$

表 3 不同病变部位脑卒中患者并发 SHS 的发病率

病变部位	脑卒中(例)	脑卒中后 SHS(例)	SHS 发病率 (%)
皮质+基底核区	87	35	40.23
单个脑叶	51	19	37.25
多个脑叶	33	12	36.37
基底核区	353	126	35.69
小脑	35	11	31.43
脑干	37	13	35.14
其它部位	62	20	32.26 ^a

注:不同病变部位脑卒中患者 SHS 发病率比较,^a $P>0.05$

二、112 例脑卒中后 SHS 患者脑卒中的严重程度与 SHS 疗效的关系

112 例脑卒中后 SHS 患者根据 NIHSS 评分结果分为轻、中、重型 3 组,其中轻型 39 例,中型 48 例,重型 25 例。3 组治疗前、后 NIHSS 评分及 VAS 评分结果比较见表 4,疗效评定结果见表 5。治疗前,3 组 NIHSS 评分比较,差异有统计学意义($P<0.01$),而 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),NIHSS 评分与 VAS 评分无相关性($P>0.05$)。脑卒中患者病情越严重,SHS 的疗效越差,3 组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 4 不同病情脑卒中后 SHS 患者的 NIHSS 评分与 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

病情	例数	NIHSS 评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
轻型	39	4.18±0.67	1.75±0.28 ^a	6.17±0.72	3.21±0.34 ^a
中型	48	11.46±2.58	5.47±0.85 ^a	6.94±0.85	4.07±0.46 ^a
重型	25	23.39±6.73	16.46±3.32 ^a	7.39±1.04	4.83±0.57 ^b

注:与治疗前比较,^a $P<0.01$,^b $P<0.05$

表 5 不同病情脑卒中后 SHS 患者的疗效比较

病情	例数	疗效评定			总有效率 (%)
		显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	
轻型	39	24	14	1	97.44
中型	48	19	22	7	85.42
重型	25	6	10	9	64.00 ^a

注:3 组总有效率比较,^a $P < 0.01$

讨 论

SHS 主要见于脑卒中、脊髓损伤及心肌梗死后,但以脑卒中后最常见,如果处理不当,往往影响患肢的康复,加重患者的残疾程度^[5]。国外文献多称之为复杂性局部疼痛综合征(complex regional pain syndrome, CRPS)^[6],亦有人称之为反射性交感神经萎缩症(reflex sympathetic dystrophy, RSD)。

SHS 多发生于脑卒中后 3 个月内,发病率从 12.5% ~ 74.1% 不等^[1],各家报道不一,可能与对脑卒中观察时间长短不同以及界定 SHS 的标准不同有关^[7]。本研究结果显示脑卒中后 SHS 发病率为 35.87%,与文献报道相近^[5,8]。本研究还显示,不同性质、不同病变侧别与不同病变部位脑卒中患者的 SHS 发病率相近,差异无统计学意义。这与有些文献报道的缺血性脑卒中患者 SHS 发病率高于出血性脑卒中和 SHS 多见于额、颞、顶叶卒中的观点相左^[9]。目前一般认为 SHS 与脑卒中患者早期不正确的运动模式导致肩腕关节损伤、患肢体液回流障碍以及中枢神经受损后血管运动功能障碍等有关^[1]。无论哪种类型、何种部位的脑卒中,都可能存在上述机制,从而导致 SHS 的发生。王共强等^[5]报道,CRPS 不仅仅限于上肢。因此我们认为 SHS 的发病率与脑卒中性质和部位无关。

有文献报道,脑卒中后 SHS 的预后与运动障碍、肌张力增

高程度、感觉障碍、意识障碍和脑卒中的严重程度密切相关,与是否合并肩关节半脱位、抑郁症、偏侧忽略和脑卒中部位无关^[8]。本研究结果显示,脑卒中后 SHS 的症状与脑卒中的病情严重程度无关,而脑卒中病情越严重,患者的治疗效果越差,与上述文献报道结果相似。其原因可能是脑卒中的病情越重,对 SHS 康复治疗的负面影响越大。

参 考 文 献

- [1] 张建宏,范建中,彭楠,等.综合康复治疗脑卒中后肩-手综合征的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2005,27:537-540.
- [2] 各类脑血管疾病诊断要点.中华神经科学杂志,1996,29:379-383.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司,主编.中国康复医学诊疗规范(上册).北京:华夏出版社,1998:64-65.
- [4] Harke H, Gredenkort P, Ladleif HU, et al. Spinal cord stimulation in sympathetically maintained complex regional pain syndrome type I with severe disability. A prospective clinical study. Eur J Pain, 2005, 9: 363-373.
- [5] 王共强,胡纪源,洪铭范,等.急性脑梗死并发肩-手综合征 115 例:相关因素回顾分析.中国临床康复,2004,22:4414-4415.
- [6] Pertoldi S, Di Benedetto P. Shoulder-hand syndrome after stroke. A complex regional pain syndrome. Eura Medicophys, 2005, 41: 283-292.
- [7] 贾和平,李英杰,徐谦,等.星状神经节阻滞结合肩部阻滞治疗脑卒中后肩-手综合征观察.中华理疗杂志,2001,24:234-235.
- [8] Daviet JC, Preux PM, Salle JY, et al. Clinical factors in the prognosis of complex regional pain syndrome type I after stroke: a prospective study. Am J Phys Med Rehabil, 2002, 8: 34-39.
- [9] 黄如训,苏镇培.脑卒中.北京:人民卫生出版社,2001:209.

(修回日期:2007-01-18)

(本文编辑:吴倩)

《中华物理医学与康复杂志》2007 年第 5 期 “继续教育园地”测试题

读杂志、获学分,本刊继续教育园地栏目每期推出,只要您每期阅读该栏目文章,正确填写答题卡寄回本刊编辑部,您就可获得国家 II 类继续教育学分,每期 1 分,全年可获得 12 分。

测试题(文章见本期 358 页,答题卡见本期 333 页):

1、国外文献报道脑卒中后抑郁症的发生率大多数为:

- A. 25% ~ 79% B. 40% ~ 50%
C. 41% ~ 54% D. 42% ~ 55%

2、脑卒中后抑郁症的发病机制与何因素有关:

- A. 神经生物学因素 B. 社会心理学因素
C. 两者共同作用 D. 两者均不是

3、国内常使用何标准作为脑卒中后抑郁症的定性诊断标准:

- A. CCMD-3 B. ICD-10 F06.32
C. DSM-III D. DSM-III-R

4、脑卒中后抑郁症的药物治疗首选:

- A. TCAs B. SSRIs
C. MAOI D. 精神兴奋剂

5、脑卒中后抑郁症的治疗方法有:

- A. 药物治疗 B. 心理治疗
C. 针灸治疗 D. 以上均是