

· 短篇论著 ·

综合康复治疗脑卒中后肩-手综合征的疗效观察

万裕萍 高宇飞

我科采用康复训练结合针刺和红外线照射治疗脑卒中后肩-手综合征患者疗效显著,现报道如下。

一、资料与方法

一般资料:选择 2004 年 12 月至 2005 年 12 月来我科接受康复治疗的首发脑卒中患者 36 例,均符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议通过的脑卒中诊断标准^[1],并经头颅 CT 或 MRI 检查证实,且患者临床表现均符合肩-手综合征诊断标准^[2]。将患者随机分为综合康复组 17 例和对照组 19 例。综合康复组年龄 40~78 岁,平均(63±10.5)岁;脑出血 9 例,脑梗死 8 例;病程为 0.5~6 个月,平均(2±1.5)个月。对照组年龄 39~75 岁,平均(64±11.4)岁;脑出血 8 例,脑梗死 11 例;病程为 0.5~6 个月,平均(2±1.5)个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 组均采用针刺疗法和红外线照射。针刺取穴为臑俞、巨骨、肩髃、肩髃、肩贞、消乐、手三里、手五里、阳溪、阳池、阳谷、合谷、八邪和外劳宫。针刺方法:患肢处于肩关节复位状态下,尽量伸直肘部,前臂旋前,抬高手掌,选用 0.3 mm×40.0 mm 不锈钢针,采用平补平泻法,针刺得气后接通 6805 型电针治疗仪,采用连续波,刺激 20 min,刺激强度以患者能耐受为度。同时加用红外线照射治疗 30 min。

综合康复组同时进行康复训练。(1)触觉刺激:用软毛刷在患者肩胛区、三角肌区、上肢外侧部、手背快速来回刷动。(2)冰刺激:将 5 cm×5 cm×2 cm 大小的冰块放在上述区域 3~5 s,快速来回移动 5 次后擦干,治疗者在局部快速拍打至皮肤发红。(3)向心性挤压:治疗者抬高患者患肢,由指尖向手掌挤压,由腕关节逐渐向上至肘关节。(4)被动运动:在无痛范围内进行肩关节各个方向的被动运动,如指间关节、腕关节和肘关节。(5)良姿位的摆放。(6)主动运动:抬高肘及手部,尽可能使患者进行上肢的主动活动。

分别于治疗前及治疗 5 周后,由专人对患者进行相应的评估。评定方法:采用 Fugl-Meyer 法^[3]评定患者上肢运动功能,采用 Barthel 指数(Barthel Index, BI)^[3]评定患者日常生活活动能力,选用目测类比评分法(Visual Analogue Scale, VAS)^[4]对上肢疼痛程度进行评估。水肿评定标准:0 分为无水肿;2 分为轻度水肿;4 分为中度水肿;6 分为严重水肿。肩-手综合征疗效评定标准^[2]:显效为关节水肿、疼痛消失,关节活动功能无明显受限,手部小肌肉无萎缩;有效为关节水肿基本消失,疼痛基本缓解,关节活动轻度受限,手部小肌肉萎缩不明显;无效为患者症状、体征无明显改善,关节活动功能明显受限,肌肉萎缩逐渐加重。

统计学分析:计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,统计数据应用 Excel 软件系统进行 t 检验。

二、结果

治疗 5 周后,2 组患者肩-手综合征均有显著改善,其中对

照组显效 7 例(36.8%),有效 11 例(57.9%),无效 1 例(5.3%);综合康复组显效 10 例(58.8%),有效 7 例(41.2%),无效 0 例。

2 组患者治疗前、后 Fugl-Meyer 积分(上肢)、BI 积分、VAS 评分和水肿程度评分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。说明综合康复组在改善偏瘫上肢运动功能、消除水肿和疼痛方面的疗效明显优于对照组。

表 1 2 组治疗前、后各项评分结果比较(分)

组别	例数	Fugl-Meyer 积分(上肢)	BI 积分	VAS 评分	水肿程度评分
综合康复组	17				
治疗前		16.12±12.55	47.74±24.94	8.90±1.12	3.93±2.05
治疗后		35.82±18.97*	77.65±18.94*	2.80±1.28*	1.51±1.18*
对照组	19				
治疗前		17.74±13.99	45.79±23.70	8.94±1.56	3.98±2.24
治疗后		19.26±16.09	55.26±27.41	3.10±1.50	1.82±1.40

注:与对照组治疗后比较,* $P<0.05$

三、讨论

肩-手综合征又称反射性交感神经性营养不良,是指脑卒中后患侧肩部、手指和腕关节疼痛,关节活动受限,血液流动障碍,导致皮肤发红、发绀、温度增高,严重者可出现关节僵直,皮肤及肌肉萎缩或痉挛。患者会因疼痛而不敢活动患侧上肢,同时又因其固定肩关节的肌肉松弛,从而使肩关节处于半脱位状态,严重影响了瘫痪上肢的功能恢复。据统计,肩-手综合征的发病率占偏瘫患者的 12.5%,常在卒中后 1~3 个月内发生^[5]。我们认为脑卒中后肩-手综合征属于中医“中风恢复期”范畴,由于机体正气不足,气虚血瘀,经脉痹阻,而引起肌肉、关节、筋骨发生疼痛、麻木、肿胀、屈伸不利,甚至关节变形脱位。取穴以手阳明、手少阳经为主。针刺患肢使气血运行,濡养周身,沟通肢窍,疏经止痛。康复训练利用多种感觉,如触觉和冰刺激等来激发患者肌肉的活动,使肌肉反射性回缩,改善静脉回流,消除患肢水肿,防止疼痛及肌肉僵硬、挛缩。本研究结果表明,综合康复组疗效明显优于对照组。

参 考 文 献

- 1 黄如训,梁秀龄. 临床神经病学. 北京:人民卫生出版社,1999. 259-261.
- 2 王茂斌. 偏瘫的现代评价与治疗. 北京:华夏出版社,1990. 226-231.
- 3 缪鸿石,朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗. 北京:华夏出版社,1996.
- 4 张建宏,范建中,齐志强,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.
- 5 刘钦刚,主译. 循序渐进. 合肥:中国科学技术大学出版社,1996. 179-180.

(收稿日期:2006-07-09)

(本文编辑:吴 倩)