

关节腔内注射结合针刺和常规康复治疗脑卒中后肩手综合征的临床疗效观察

王立童 姜永梅 詹红生 王健仇 新惠

肩手综合征 (shoulder-hand syndrome, SHS) 是脑卒中后常见的并发症之一, 以肩部疼痛性运动障碍和同侧手、腕疼痛以及肢体运动障碍为主要表现, 发病率为 12.5%~70.0%, 多发于脑卒中发病后 3 d 内^[1-2]。SHS 如治疗不当或不及时, 可严重影响患者上肢功能的恢复, 甚至导致肩、手、指的永久性畸形, 严重影响患者的生命质量。2014 年 4 月至 2015 年 3 月, 大连医科大学附属第二医院采用肩关节腔内注射结合针刺和常规康复治疗治疗肩手综合征, 取得了良好的临床效果。报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料及分组

纳入标准: ①符合第 4 届全国脑血管病学术会议修订的各脑卒中诊断标准^[3]; ②符合《脑卒中的康复评定与治疗》中肩手综合征的诊断标准, 且均为 I 期^[4]; ③年龄 < 80 岁, 生命体征平稳, 神志清楚, 配合查体及治疗; ④签署知情同意书。

排除标准: ①合并血液系统、内分泌系统、肿瘤等严重原发性疾病的患者, ②不能配合查体及治疗, 如严重的失语、血管性痴呆、严重的精神或情绪障碍的患者, ③因各种肌病、骨与关节病及丘脑病变所致的疼痛和运动障碍的患者, 如肩周炎、颈椎病、丘脑痛等, ④高热、感染、血压过高、晕针的患者。

选取 2014 年 4 月至 2015 年 3 月大连医科大学附属第二医院收治且符合上述标准的脑卒中后合并肩手综合征患者 38 例, 其中男 15 例, 女 23 例; 年龄 32~80 岁, 平均 (60.2±7.2) 岁; 右侧患病 15 例, 左侧患病 23 例。采用随机抽信封法将 38 例患者随机分为观察组 (20 例) 和对照组 (18 例), 2 组患者的一般资料经统计学分析, 差异均无统计学意义 ($P < 0.01$), 详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别 (例)		患病侧 (例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)
		男	女	右侧	左侧	
观察组	20	7	13	9	11	59.8±5.7
对照组	18	8	10	6	12	60.6±4.8

二、治疗方法

2 组患者均采用常规康复手法和针刺疗法进行治疗, 观察组在此基础上增加关节腔内注射疗法。

1. 常规康复手法: ①肩胛骨位置的调整, 冈上肌、三角肌手法刺激; ②滚桶训练, 肩、肘、腕关节的外展训练; ③腕及手指的

被动活动, 诱发手指伸展及屈曲; ④注意掌指关节、指间关节活动范围, 适当进行骨间肌、蚓状肌训练; ⑤鼓励并指导患者以健手带动患手完成进食、洗脸、刷牙、梳头、排便、穿衣等日常生活动作, 在注意安全情况下, 减少健手辅助, 尽量多用偏瘫侧手。每日 1 次, 每次 45 min, 4 周为 1 个疗程。

2. 针刺疗法: 取穴患侧肩髃、肩贞、臂臑、极泉、肩髃、曲池、外关、合谷、八邪为主穴, 随证配穴阿是穴。患者取健侧卧位, 暴露患侧肩、手, 皮肤用 75% 酒精常规消毒后, 用上海产 40 mm 毫针直刺 (八邪穴以 25 mm 毫针向上斜刺), 然后行平补平泻手法, 以出现酸麻胀感为止。留针 30 min, 期间行针 1 次。针刺疗法, 每日 1 次, 每周治疗 5 d, 共治疗 4 周。

3. 关节腔内注射: 患者取卧位或坐位, 碘伏皮肤消毒患侧肩部喙突旁 (肩髃穴) 寻找关节间隙皮肤, 采用一次性无菌注射器穿刺, 回抽无血, 且无放射痛、麻木感后, 注射 2% 盐酸利多卡因注射液 2 ml 与醋酸曲安奈德注射液 1 mg 的混合液, 缓慢注射完毕, 采用无菌棉签按压 1 min, 被动活动肩关节, 以促进药物扩散, 每周注射 1 次, 连续注射 4 周。

(三) 疗效标准

2 组患者均于治疗前和治疗 4 周后 (治疗后) 分别采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)^[5]、简式 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (Fugl-Meyer assessment, FMA) 和功能综合评定量表 (functional comprehensive assessment, FCA) 进行疗效评价。

1. VAS 评分^[5]: 用于评价 2 组患者治疗前、后患侧肩部的疼痛程度, 评估时采用中华医学会监制的 VAS 卡, 卡上印有 10 cm 长线段, 线段上有可移动游标, 线段两边分别表示无痛 (0 分) 和最剧烈疼痛 (10 分), 嘱患者根据自身疼痛情况移动游标至相应位置并计分。

2. FMA 评分^[6]: 采用 FMA 评分上肢部分评估 2 组患者治疗前、后的上肢运动功能, 共 33 项, 每项最高 2 分, 总分为 66 分, 得分越高则运动能力越好。

3. FCA 评分^[7]: 用于评价 2 组患者治疗前、后的肢体功能, FCA 量表检测内容包括肢体功能和认知 2 大类, 本研究取其中肢体功能部分, 共 13 个子项目, 每项得分为 1~6 分, 总分为 78 分, 得分越高则综合功能越好。

(四) 统计学分析

本研究均采用 SPSS 13.0 版统计学软件进行分析。组内治疗前、后的比较采用 t 检验, 组间比较采用两组积分差值、 t 检验和 Ridit 分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

治疗前, 2 组患者的 VAS、FMA、FCA 评分组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后, 2 组患者的 VAS、FMA、FCA 评分与组内治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 且观察组治疗后的 VAS、FMA、FCA 评分均显著优于对照组治疗后, 差

异均有统计学意义($P<0.01$),详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后 VAS、FMA、FCA 评分比较
(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS 评分	FMA 评分	FCA 评分
观察组				
治疗前	20	9.04±0.46	14.73±0.73	23.87±0.68
治疗后	20	1.03±0.02 ^{ab}	46.02±0.92 ^{ab}	59.02±0.09 ^{ab}
对照组				
治疗前	18	8.87±0.70	15.62±0.27	24.68±0.38
治疗后	18	4.27±0.82 ^a	35.72±0.38 ^a	48.29±0.27 ^a

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

三、讨论

本研究结果显示,治疗后,2 组患者的 VAS、FMA、FCA 评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),且观察组治疗后的 VAS、FMA、FCA 评分均显著优于对照组治疗后,差异均有统计学意义($P<0.01$)。该结果表明,肩关节腔内注射结合针刺和常规康复疗法可显著缓解 SHS 患者的疼痛程度,并改善其上肢和肢体功能。

目前,SHS 的病因不详,其可能的发病机制有:①交感神经功能障碍出现血管运动系统和皮肤腺体功能紊乱——有研究采用高位胸交感神经节切断和星状神经节封闭治疗,手部症状缓解,但肩痛未明显改善,提示手部症状与交感神经功能障碍有关,同时也提示 SHS 手和肩的发病机制可能不同^[8]。②肩-手泵功能障碍——手的大多数动脉位于掌侧,而血液回流通过手背静脉和淋巴管,SHS 早期手的肿胀以手背为主,肌肉收缩是血液回流的主要动力,纪红等^[9]采用冷热水交替刺激可调节肌肉的兴奋性,改善肿胀,③局部损伤与炎症——SHS 的早期软瘫可导致肱骨头半脱位,局部关节囊、韧带因牵拉受损,刺激神经感受器引起肩痛^[10],红外线、蜡疗等^[11]虽可改善肩部疼痛,但大部分患者仍存在感觉障碍。

中医典籍中对 SHS 的症状与病因病机有如下记载,如《针灸甲乙经》曰“偏枯,身偏不用而痛”,“偏枯,臂腕发痛,肘屈不能伸”。《灵枢·刺节真邪》云:“虚邪偏客身半……发为偏枯。”即 SHS 以脑卒中后瘫痪肢体局部肌肉、关节疼痛、肿胀、屈伸不利为特征,其症状与中医痹症相似,中风后气血凝滞,经脉受阻,痰浊瘀血聚于患侧肢体,气血不通,故会出现偏瘫侧肩、肘、腕胀痛。早期证属气滞血瘀,治疗关键在于疏通气血、通经活络,有研究以舒经活络、消肿止痛的中药治疗 SHS,取得了较好的临床效果^[12]。本研究中,取穴肩髃、臂臑、曲池、合谷均属手阳明大肠经穴,阳明经多气多血,气血通畅,正气得以扶助,阳明经主润

宗筋,宗筋主束骨而利关节;而外关为八脉交会穴,《铜人腧穴针灸图经》记载,肩贞“治风痹,手臂不举”、极泉治“四肢不收”,八邪、阿是穴均为近端取穴,可达到疏通经气,通利关节,消肿止痛的疗效^[13]。结合西医对于肩痛的病因分析,给予肩关节腔内注射能够有效的缓解肩痛,有利于良姿位的摆放、全关节被动活动范围的保持,促进上肢运动功能及综合功能的恢复。因此,本研究在此基础上,增加关节腔内注射醋酸曲安奈德和利多卡因的混合液,可起到减轻组织炎症反应和镇痛的作用^[13]。

综上所述,肩关节腔内注射结合针刺和常规康复疗法可显著缓解 SHS 患者的疼痛程度,并改善其上肢和肢体功能,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] Van Ouwennaller C, Laplace PM, Chantaine A. Painful shoulder in hemiplegia[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1986, 67(1): 23-26.

[2] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 206-208.

[3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[4] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定与治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996: 149-150.

[5] 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, 1998: 384.

[6] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 393-396.

[7] 胡永善, 吴毅, 范文可, 等. 功能综合评定量表的研究(一) 量表设计[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(1): 35-38.

[8] 王茂斌. 脑卒中的康复医疗[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2006: 352-356.

[9] 纪红, 茆红霞. 肩吊带联合冷热水交替浸浴疗法治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(5): 385-386. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.05.022.

[10] Joynt RL. The source of shoulder pain in hemiplegia[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1992, 73(5): 409-413.

[11] 卢红玉, 庞全塘, 郭光远, 等. 红外/红光局部照射联合综合康复治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2015, 37(5): 375-377. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.05.015.

[12] 庞全塘, 卢红玉, 刘平. 伸筋丹胶囊联合综合康复训练治疗肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(8): 618-619. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.08.017.

[13] 袁艳辉. 温针灸治疗缺血性脑卒中后肩手综合征临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(4): 100-101. DOI: 10.3969/j.issn.1005-5304.2014.04.033.

(修回日期: 2016-03-15)
(本文编辑: 阮仕衡)