

·短篇论著·

脑卒中后肩痛的综合治疗效果评价

黄 骥¹ 欧阳娟² 阳 军³ 王炎林¹

肩痛是脑卒中后患者中常见的并发症。有资料显示:中风偏瘫患者肩痛发生率高达 84%^[1]。肩痛不仅延缓上肢功能的康复,而且也阻碍了整体康复进程,通过早期预防和正确治疗不仅可以防治肩痛,而且为上肢功能的恢复,以及生活能力的改善创造条件。本研究比较单纯康复治疗和在在此基础上结合祖国传统医学特色进行综合治疗之间的效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象

湖北省天门市第一人民医院卒中单元于 2006 年 4 月—10 月共收治脑卒中患者 98 例,其中男 70 例,女 28 例,年龄 39—80 岁,均经 CT 或 MRI 确诊为脑卒中,伴有偏瘫体征,并排除丘脑病变所致疼痛和病前明显关节疾病所致疼痛及运动障碍。全部病例均符合 1996 年全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准^[2]。按入院时间单双日随机分类,将单日入院 48 例作为治疗组,双日入院 50 例作为对照组。两组患者年龄、性别、病情、病程差异无显著性,具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组在常规康复治疗的基础上给予针灸、自制的外洗剂外用,对照组给予常规康复治疗。具体如下:

1.2.1 针灸治疗:针刺患侧肩隅、天宗、手五里、手三里、曲池、内关、外关、合谷。手法刺激以出现酸胀感为止。每天 1 次,每次 30min,1 个月为 1 疗程。

1.2.2 中药外洗:嘱患者用以下药物热敷患肢,当归 15g,川芎 12g,桃仁 10g,红花 10g,泽兰 12g,羌活 15g,桂枝 10g,伸筋草 10g,透骨草 10g,威灵仙 10g,桑枝 30g,丝瓜络 10g。加减方法:关节疼痛甚者加乳香 10g,肿胀甚者加金银花 30g,煎至 200ml,用毛巾浸药热敷患肢,每次 30min,2 次/天,15 d 为 1 疗程。

1.2.3 常规康复治疗:① 体位摆放:仰卧位肩下垫一软枕,防止肩胛骨后撤下沉,肱骨充分外旋;肩痛严重时,尽量让患者健侧卧位,以保证肩胛骨自由活动。坐位时,在充分松动肩胛骨后将其矫正至正常位置,使肩关节盂处于朝上,朝前位置,肱骨外旋,屈肘位负重或直臂手支撑负重 15—20min。② 松动肩胛骨:患者仰卧位或坐位,治疗者一手握住患者患肢上臂,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 次。③ 肩关节滑动:患者仰卧,治疗者一手从患侧腋窝下向上,一手从肩峰上相对抱握患肩,分别作上、下、前后、后前的活动,也可将四个方向的活动训练结合起来由前向后由后向前旋转活动 10—15 次。④ 适当的主动和被动运动:注重肩胛带等的主动和被动活动,鼓励患者进行双手 Bobath 握手高举训练,在确保肩胛骨正确位置的前提下,帮助患者进行患肢抓握动作训练,如拧毛巾、抓握木棒等。以上治疗每天 1 次,每次 30—45min,4 周为 1 疗程。

1.3 疗效评定标准

所有患者由专业康复医师在分组时、分组第 4 周后采用简式 Fugl-Meyer 运动功能评价法(FMA)对患者的肢体运动功能进行评价。并使用肩关节疼痛积分表^[3]:5 分持续自发性剧痛、不能活动;4 分自发性疼痛、触之剧痛、不能活动;3 分小范围活动时即出现剧烈疼痛而无法持续活动;2 分中等范围活动时出现疼痛、休息后可以缓解;1 分接近全关节活动范围的活动时才出现疼痛。进行疼痛评价。

1.4 统计学分析

数据以均数±标准差表示,两组数据比较进行 *t* 检验。

2 结果

2 组患者评分结果见表 1,经 *t* 检验两组患者治疗前后均有显著性差异 $P<0.05$,治疗后治疗组与对照组疼痛积分有显著差异 $P<0.001$,治疗后治疗组与对照组 FMA 评分也有显著差异 $P<0.05$ 。

表 1 两组患者治疗前后的疼痛积分和 FMA 评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛积分		FMA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	48	3.95±1.23	1.03±0.52	39.6±25.1	70.4±27.9
对照组	50	4.11±2.02	3.02±1.66	40.2±26.5	53.8±27.1
<i>t</i>		2.95	5.33	2.98	5.32
<i>P</i>			<0.001		<0.05

3 讨论

脑卒中后肩痛与肩关节功能障碍常相伴出现,疼痛导致制动,制动加重疼痛。祖国传统医学在治疗各种疼痛方面存在无可比拟的优势。临床中治疗肩痛用针灸的方法,主要是利用所选择的穴位具有宣气疏经、散结祛瘀、和络止痛的功效。但临床上单独应用针灸方法常因其复杂的病理表现而无法达到持续和确实的止痛效果,本研究在针灸治疗的基础上与外洗方诸药合用,共奏舒筋活血,消肿止痛之功。

脑卒中患者肩痛原因是肩关节旋转运动发生异常和肩周肌张力不平衡所致,尤其表现肩胛骨下坠和后缩以及肱骨内旋。欲缓解脑卒中后肩痛,改善其运动功能就要建立肩周各肌群之间的张力平衡和协调关系。运用肩关节松动术可以抑制肩关节周围异常或不平衡的肌张力,改善肩胛骨下沉和后缩,促使肱骨头充分外旋和肱骨头在关节盂内充分下移,减少肩带肌痉挛,促使肩胛骨能与肱骨同步运动,并使肩关节内旋、内收的痉挛状态得以缓解。肩部的主动活动或被动活动起到稳定肩关节肌群,有力的肌群又可以起到保护关节,预防损伤的作用。两组患者治疗后,均有肩痛减轻、患肩

1 湖北省天门市第一人民医院神经内科, 431700

2 湖北省天门市第一人民医院检验科

3 湖北省天门市卫生学校

作者简介:黄骥,男,主治医师

收稿日期:2007-10-29

的关节活动度改善和患肢运动功能提高。

运动治疗为主的康复训练是偏瘫后肢体运动功能得以恢复的根本保障, 偏瘫肢体的功能恢复也是医生和患者共同追求的目标。因此即便是在偏瘫后肩痛的治疗中也不应当忽略肩关节运动和治疗性训练这一环节。但由于疼痛的原因会使脊髓前角细胞受到抑制, 降低了康复治疗的效果, 会在很大的程度上减低这一疗法的效果。而针灸及中药外洗结合康复的方法可以利用针灸和中药的舒筋活血、和络止痛作用, 在疼痛减轻的情况下进行康复训练, 既克服了单纯针灸和中药外洗缺少肩部运动性治疗手法的介入而难以恢复其肩带

的功能, 又克服了单纯康复训练无止痛作用而引起脊髓前角细胞受到抑制的缺点。在常规康复治疗的基础上, 结合针灸和中药外洗治疗, 提高了脑卒中后肩痛的临床疗效。

参考文献

- [1] 高述珍, 刘连秋, 崔海岩. 脑卒中后肩痛的康复治疗[J]. 青岛医药卫生, 2004, 36(1): 38—39.
- [2] 中华神经科学会. 脑血管疾病分类[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29: 376—377.
- [3] 陈立典, 吴强. 康复治疗偏瘫后肩痛 76 例 [J]. 福建中医药, 2002, 33(5).

·短篇论著·

早期高压氧和康复训练用于治疗脑梗死的疗效观察

陈北方¹ 林秋兰¹ 张长杰¹ 兰纯娜¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取我院神经内科病房 2005 年 1 月—2006 年 9 月住院的脑梗死患者 60 例, 采用抛币法分为 2 组, 药物对照组 (A 组)、高压氧加康复训练组 (B 组), 每组 30 例。疾病诊断采用 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议制定的诊断标准^[1]。

纳入标准包括首次发病, 年龄 45—75 岁; 有肢体运动功能障碍; 病程 7—30d, 经头部 CT 或 MRI 检查明确诊断等。排除标准: 有高压氧治疗禁忌证; 意识不清, 智能低下, 不能正常沟通; 患有严重的心、肝、肾功能疾病; 患有糖尿病或血糖控制不佳; 有出血性疾病, 恶性肿瘤等; 外地无法随访者。两组患者一般资料比较差异无显著性意义 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁)	性别(例)		病程 (天)	受教育时间 (年)	偏瘫侧别(例)	
			男	女			左	右
A 组	30	57.8±7.2	14	16	18.4±5.0	8.1±5.1	20	10
B 组	30	56.9±7.7	17	13	19.6±5.2	7.9±4.3	17	13

1.2 治疗方法

A 组未接受早期高压氧治疗和康复训练, 住院 1 月。B 组于生命体征平稳、神经病学体征不再进展 2—3d 后, 经康复科和高压氧科医师会诊后进行高压氧治疗和康复训练。

1.2.1 药物治疗: 2 组患者均接受相同神经内科药物治疗, 包括护脑、脱水、降压、抗凝、抗感染、改善微循环等。

1.2.2 高压氧治疗: 高压氧的方法如下^[2]: 采用大型空气加压舱, 压力采用 0.22MPa, 加压时间 15min, 稳压时间 65min, 减压时间 20min。吸氧方案采用 30min×2+20min, 每次吸氧 80min, 面罩吸纯氧, 每日 1 次, 10 次为 1 疗程, 共 3 疗程。

1.2.3 康复训练: 康复训练在康复治疗师的指导下进行, 主要采用 Bobath 法和作业疗法^[3]。

Bobath 疗法: ①床上卧位良肢位的摆放, 翻身运动及床

上桥式运动等。②仰卧位, 治疗师将患者患手前臂外旋, 并保持 10—15s, 腕关节及踝关节背伸牵张训练等。③治疗师轻轻拍打患者患上肢伸侧面, 并按揉、牵伸紧张肌肉; ④患者的患肢随治疗师的手所指的方向活动, 并触及治疗师的手, 让关节主动、被动地运动; ⑤患者坐位, 患上肢伸肘, 手指张开, 患手平放, 撑在治疗床上, 利用身体重心倾斜挤压患手; ⑥治疗师一手握住患肢的手心, 另一手控制患肢肘关节, 让患者推送; ⑦让患肢负重, 有利于减轻肌痉挛。

作业治疗: ①治疗桌上推送圆筒: 患者坐位, 双手叉握, 双手肘伸直时, 用健手压迫患手; ②分指板训练: 坐位, 让患手指分开, 插入分指板, 如张力较高, 患手背上可压一个 2—3kg 砂袋; ③徒手操: 双手指叉握, 前伸, 肘关节伸直, 翻手掌, 再上举过头, 反复多次; ④捏木钉, 投篮球等自主训练。康复训练每日 1 次, 每次 50min, 每周 6 次, 1 个月后评定出院。

1.3 评定方法

2 组患者均于治疗前后由不参与治疗的 2 名医疗秘书严格评定。简式 Fugl-Meyer 运动功能评分法 (Fugl-Meyer Assessment, FMA)^[4] 评定偏瘫侧的肢体运动功能; 改良 Barthel 指数 (Modified Barthel Index, MBI) 评定日常生活活动能力^[5]。

1.4 临床疗效评定标准

2 组患者治疗前后均采用脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[2]进行评分 (最高分 45 分, 最低分 0 分), 治疗后加用第四届全国脑血管病学术会议提出的疗效评定标准^[2]评分。

1.5 统计学分析

数据以均数±标准差表示, 全部资料用 SPSS11.0 软件包

1 中南大学湘雅医院高压氧科, 长沙, 410008

作者简介: 陈北方, 女, 主管护师

收稿日期: 2007-10-08