

穴位注射结合功能训练治疗肩手综合征疗效观察

何 炯¹ 易晓净¹

肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)又称反射性交感神经性营养不良综合征,是卒中后偏瘫侧上肢恢复期间常见的并发症之一,多发于卒中后 1—3 个月内,临床主要表现为偏瘫侧肩痛、手肿、皮肤温度异常、出汗、及被动运动时疼痛加剧。病变后期,皮肤、肌肉萎缩,手指关节完全挛缩,患手畸形,运动功能丧失,完全废用^[1]。卒中后肩手综合征的治疗对促进患肢功能的恢复,提高生存质量至关重要。国内外目前尚无治疗本病的特效方法。本研究采用穴位注射与功能训练结合治疗卒中后肩手综合征,取得了较好疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90 例患者均为无锡市中医医院中风科 2006 年 1 月—2008 年 1 月脑血管病区住院患者,随机分为治疗组(穴位注射+康复组) 45 例,其中男性患者 17 例,女性 28 例,平均年龄 51.65 ± 10.53 岁,脑出血 18 例,脑梗死 27 例;对照组(康复组) 45 例,其中男性患者 21 例,女性 24 例,平均年龄 54.65 ± 10.53 岁,脑出血 16 例,脑梗死 29 例;两组在治疗前的性别、年龄、VAS 评分、肩关节活动度、Fugl-Meyer 运动功能评分各方面的比较差异无显著性(均 $P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 脑血管病诊断标准: 临床诊断符合 1995 年全国脑血管病分类及诊断标准,均经头颅 CT 或 MRI 检查确诊。

1.2.2 肩手综合征诊断标准: 参照中国康复研究中心制定的肩手综合征诊断要点^[2],患者有神经系统疾病(脑卒中),单侧肩手痛,皮肤潮红、皮温上升;手指屈曲受限,局部无外伤、感染的证据,也无周围血管病的证据。

1.3 治疗方法

1.3.1 穴位注射治疗: 取穴:肩髃、肩髃、肩内陵、肩部阿是穴(压痛点)。药物:曲安奈德 10mg(1ml)+2%利多卡因 1ml。操作:根据疼痛部位一次选取上述 2 个穴位,常规消毒,一次性 5ml 注射器抽取药液,进针得气,回抽无血,每个穴位注药 1ml。每间隔 3 日治疗 1 次,共 3 次。

1.3.2 功能训练: ①肩、肘、腕及手指的关节被动活动,诱发上肢肌肉活动,维持肌肉长度,防止挛缩;同时借助器械进行作业训练。②保持正确的体位,仰卧位时,患者肩胛骨下垫

枕,使其处于前伸位,腕关节背屈,手指伸直并外展;健侧卧位,患侧上肢下垫枕,使其保持前伸位,掌心向健侧和肩胛骨前伸位;患侧卧位,患者上肢伸直,肩胛骨前伸并掌心向健侧,各种体位摆放均应避免腕屈曲^[3]。③每日指导患者功能训练 2 次(每次 30min),卧位时嘱患侧上肢高于心脏位置。

1.4 观察项目及评分方法

两组病例在治疗前后各进行 1 次患肢肩关节疼痛程度、肩关节活动度和上肢运动功能评定(简化 Fugl-Meyer)。肩关节疼痛程度采视觉模拟评分(VAS)法^[4],以 0—10 分记:0 表示无痛;10 表示剧痛;1—9 表示轻—重程度。肩关节活动度采用测角计测量肩关节主动外展以及被动外展臂上举角度(无痛范围内的被动活动度),偏瘫侧上肢运动功能评分采用简化 Fugl-Meyer 法^[5]。

1.5 统计学分析

各组数据均数±标准差表示,采用 SPSS10.0 软件包处理,进行方差分析、*t* 检验、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗前后疼痛视觉模拟评分比较

治疗前,疼痛评分两组间患者比较,两组差异无显著性($P > 0.05$);两组患者治疗后的疼痛评分明显低于治疗前,治疗前后相比,差异均有显著性($P < 0.05$);治疗后治疗组的疼痛评分明显低于对照组,两组相比差异有显著性($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组疼痛视觉模拟评分(VAS)比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t_2 值	P
治疗组	45	6.00 ± 3.98	1.49 ± 3.01	6.06	< 0.05
对照组	45	7.00 ± 4.02	3.43 ± 2.95	4.80	< 0.05
t_1 值		1.19	3.09		
P		> 0.05	< 0.05		

注: t_1 为组间进行 *t* 检验值; t_2 为组内治疗前后 *t* 检验值。

2.2 治疗前后肩关节活动度比较

治疗前,外展及上举的关节活动度两组比较,两组差异均无显著性(均 $P > 0.05$),治疗后各组患者肩关节外展及上举的关节活动度均明显大于治疗前,治疗前后相比,差异均有显著性(均 $P < 0.05$);治疗后治疗组肩关节外展及上举的关节活动度均明显大于对照组,两组相比差异有显著性(外展 $P < 0.05$,上举 $P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组肩关节外展和上举时活动度比较

组别	例数	肩关节外展				肩关节上举			
		治疗前	治疗后	t_2 值	P	治疗前	治疗后	t_2 值	P
治疗组	45	42.31 ± 11.56	85.27 ± 13.75	16.04	< 0.05	87.25 ± 13.16	148.56 ± 15.21	20.45	< 0.05
对照组	45	40.26 ± 12.90	67.59 ± 12.29	10.29	< 0.05	86.98 ± 12.64	122.65 ± 14.56	12.41	< 0.05
t_1 值		0.79	6.43			0.10	8.25		
P		> 0.05	< 0.05			> 0.05	< 0.05		

注: t_1 为组间进行 *t* 检验值; t_2 为组内治疗前后 *t* 检验值。

2.3 简化 Fugl-Meyer 运动功能评分比较

治疗前,两组患者患侧上肢简化 Fugl-Meyer 运动功能评分比较,差异无显著性($P > 0.05$);治疗后两组患者运动功

1 无锡市中医医院中风科,江苏无锡,214001

作者简介:何炯,男,住院医师

收稿日期:2008-04-10

能评分均明显大于治疗前,治疗前后相比,差异均有显著性(均 $P<0.05$);治疗后治疗组的运动功能评分要明显高于对照组,两组相比差异有显著性($P<0.05$) 见表3。

表3 两组简化 Fugl-Meyer 运动功能评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后	t_2 值	P
治疗组	45	28.99±7.55	54.58±12.85	11.52	<0.05
对照组	45	27.64±9.12	40.02±13.12	5.19	<0.05
t_1 值		0.76	5.32		
P		>0.05	<0.05		

注: t_1 为组间进行 t 检验值; t_2 为组内治疗前后 t 检验值。

3 讨论

作为脑卒中最常见的并发症之一,肩手综合征(shoulder-hand syndrome,SHS)属于反射性交感神经营养不良综合征(reflex sympathetic dystrophy,RSD)的范畴。SHS一般发生于卒中后1—3个月,以偏瘫患侧肩胛周围进行性疼痛和运动受限为首发症状,伴手背及手指肿胀而呈上下一般粗细,手背皮肤皱纹消失,有光亮感,压之微凹、出汗、皮肤温度异常等,继之皮肤逐渐变薄,手掌皮肤色泽变红(偶为苍白等),有时下肢亦有类似表现。晚期手部及肩胛周围肌肉逐渐萎缩,屈肌的肌腱增厚缩短,指关节脱钙畸形^[9]。我国脑卒中后肩手综合征的发病率很高。SHS的致病机理尚未完全阐明,其发病机制可能是脑血管病急性发作影响血管运动中枢,直接引起患肢的交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应,产生局部组织营养障碍,出现肩胛周围和手腕部水肿、疼痛,而疼痛刺激又进一步由神经末梢传至脊髓,引起脊髓中间神经的异常兴奋性刺激,造成血管运动性异常的恶性循环^[9],淋巴、血液流动障碍所致,亦有研究表明SHS可能是局部炎症反应过度的结果^[7]。至今在治疗上没有特异性的方法。

肩痛是肩手综合征比较突出的症状,研究表明,治疗组的疼痛视觉模拟评分明显低于对照组,治疗组应用曲安奈德和利多卡因进行穴位注射,曲安奈德为糖皮质激素,通过有抗炎、抗损伤及抗过敏作用,降低机体对各种有害物质刺激的反应性,提高机体的耐受力,减轻组织损害,而利多卡因为神经阻滞剂,通过对神经阻滞作用,中断产生疼痛的持续性神经活动,缓解肌肉痉挛,缓解肩痛及运动受限症状^[8]。

通过被动活动关节,减轻肌痉挛、牵伸挛缩组织、防止肌肉萎缩,增加被动活动范围,功能训练还可通过增加对梗死

侧皮质的输入刺激而维持和调节皮质对外周的“最高中枢”的功能、刺激对侧相应皮质而促进其代偿功能来改善肩手综合征症状^[9]。但在对Fugl-Meyer运动功能及肩关节活动度的比较中,治疗组Fugl-Meyer运动功能及肩关节活动度的改善明显高于对照组($P<0.05$),因此,采用曲安奈德和利多卡因进行穴位注射,一方面,药物的作用及通过腧穴产生的良性刺激可能在大脑皮质形成新的兴奋灶,促进局部新陈代谢,增强局部组织活力^[10],改善局部病变组织营养状态,使毛细血管神经恢复正常功能,而药物在吸收过程中又延长了对穴位刺激的时间和强度,可以更加有效地阻断疼痛的刺激传导另一反面,以手三阳经穴为主,取其“经络所过,主治所及”作用,来调节经络气血的运行,配合肩部阿是穴,行气消肿、化淤,通经止痛,使关节屈伸转利^[11]。

通过以上临床观察,穴位注射结合功能训练能有效治疗肩手综合征,为治疗肩手综合征开辟了一条经济、方便、行之有效的途径,能明显改善疼痛、淤肿、关节不利等,消除影响患者康复的不利因素,增强了患者功能训练依从性,并与功能训练相辅相成,更加利于肢体功能恢复,从而促进患者日常生活活动能力的恢复。

参考文献

- [1] 韩群英,孟庆法,荆志伟,等.脑卒中合并肩痛患者的回顾性分析[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):404.
- [2] 杨远滨,陈真,李广庆,等.前列地尔注射液配合功能训练缓解脑卒中后肩痛的效果观察[J].中国康复医学杂志,2006,21(11):1045.
- [3] 桑德春,纪树荣,张纛,等.Fugl-Meyer量表在社区脑卒中康复疗效评定中的应用[J].中国康复医学杂志,2007,22(3):264.
- [4] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996:149—150.
- [5] 张建宏.脑卒中后肩部问题[J].中国临床康复,2003,7(5):712—714.
- [6] 蔡亦强,余兢兢.肩手综合征康复治疗疗效观察[J].中国康复理论与实践,2005,11(4):304.
- [7] Veldman PHJM. The symptom of reflex sympathetic dystrophy[J].Lancet,1993,342(8878):1012—1016.
- [8] 周利,郑会芬,邹燃,等.颈夹脊穴穴位注射治疗椎动脉型颈椎病的临床观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):232—234.
- [9] 李玲,袁华,牟翔,等.功能训练对大鼠脑梗死后Fos和Hsp70表达的影响[J].第四军医大学学报,2001,22(10):901—904.
- [10] 宗芳,王全权,陈海林,等.穴位注射配合理疗对椎动脉型颈椎病的疗效[J].中国康复医学杂志,2006,21(8):729—730.
- [11] 程小平.中风后肩手综合征的针刺康复治疗[J].上海针灸杂志,2007,26(6):24.

·短篇论著·

蜡疗配合抗痉挛手法治疗偏瘫后痉挛状态疗效分析

王雪峰¹ 何小花¹ 王 璞¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究病例均为2006年9月—2007年9月住院患者,经临床筛选后,诊断均符合1995年第四届全国脑血管病学术会议标准^[1],并经头颅CT或MRI检查确诊,肢体功能存在

痉挛表现(改良Ashworth分级在1—3级),除运动功能障碍外,无明显的认知功能障碍,随机分为两组。治疗组40例,其

1 大庆油田总医院康复科,大庆市,163001

作者简介:王雪峰,男,主治医师

收稿日期:2008-3-18