

## ·短篇论著·

## 肌肉起止点疗法结合康复训练治疗脑卒中偏瘫肩痛的临床研究

李秀玲<sup>1</sup> 杜磊<sup>2</sup>

## 1 资料与方法

## 1.1 研究对象

选择 2005—2008 年来我院就诊的脑卒中并发偏瘫肩痛患者 116 例,均符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的脑卒中诊断标准<sup>[1]</sup>,并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊,均为初次发病,符合偏瘫肩痛诊断标准<sup>[2]</sup>。所有患者均意识清楚,无认知障碍,生命体征稳定,能配合治疗。将 116 例患者随机分成两组,治疗组 58 例和对照组 58 例,两组患者一般资料比较差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性,见表 1、2。

表 1 两组患者一般情况比较 (例)

| 组别       | 例数    | 性别    |       | 年龄<br>(岁)  | 病程<br>(d) | 病变性质  |       | 侧别    |       |
|----------|-------|-------|-------|------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
|          |       | 男     | 女     |            |           | 出血    | 梗死    | 左侧    | 右侧    |
| 治疗组      | 58    | 30    | 28    | 60.21±6.05 | 21.6±3.87 | 28    | 30    | 27    | 31    |
| 对照组      | 58    | 31    | 27    | 59.85±5.65 | 20.8±3.61 | 30    | 28    | 28    | 30    |
| <i>P</i> | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05      | >0.05     | >0.05 | >0.05 | >0.05 | >0.05 |

表 2 两组肩痛原因情况比较 (例)

| 组别         | 肩关节半脱位 | 肩手综合征 | 其他原因  |
|------------|--------|-------|-------|
| 治疗组        | 32     | 16    | 10    |
| 对照组        | 34     | 14    | 10    |
| <i>P</i> 值 | >0.05  | >0.05 | >0.05 |

## 1.2 治疗方法

对照组采用常规药物加康复训练,治疗组在对照组基础上加肌肉起止点疗法。

**1.2.1 肌肉起止点疗法(反阿是穴疗法):**祖国医学在治疗软组织疼痛时,以痛点为穴的方法被称为“阿是穴”疗法<sup>[3]</sup>,按压阿是穴,患者的疼痛加重或被诱发,而反阿是穴则具备与其相反的特性:按压“反阿是穴”则患者的疼痛就明显减轻或立即消失。有时按压病灶,患者在感到局部症状加重的同时,也感到有种舒适的感觉,说明该点兼备阿是穴和反阿是穴两种特性,该点称“两性穴”或“正反穴”。在偏瘫患者的肩关节周围查体或被动活动可查到多个压痛点,根据压痛点找到反阿是穴即肱二头肌起止点、冈上肌起止点、冈下肌肌腹、斜方肌肌腹、大小圆肌肌腹、大圆肌起点等,其中有的痛点可能是“两性穴”,每次训练前对这些压痛点进行点按、揉推治疗,尤其是对肩关节因疼痛活动受限的患者效果更为明显,使上肢的康复得以正常进行。反阿是穴治疗 15min/次,2 次/d,5d/周,共治疗 8 周,均在康复训练前进行。

**1.2.2 康复训练:**指导家属在卧位及坐位的良肢位摆放;进行肩及上肢各个关节的被动活动训练,尤其肩胛骨的上下左右运动;让患者进行 Bobath 握手,手臂上举训练、推沙磨板、插木钉并耸肩等一些主动运动,主、被动活动均为 20min/次,2 次/d。

**1.2.3 缠绕加压及冷热刺激法<sup>[4]</sup>:**主要针对肩手综合征的患者,将 1—2mm 粗的线绳从手指远端向近端逐个缠绕,同样方法缠绕手掌(背)从远端直到腕关节。然后迅速从指端拉开绳子,2 次/d;冷热刺激法:冷水温度在 10℃左右,热水温度

在 40℃左右,将患手先浸泡在温水中 10min,然后迅速浸泡在冷水中 20min,2 次/d,由陪护进行。

## 1.3 评价标准

肩痛评分采用视觉类比量表 (visual analogue scale, VAS)<sup>[5-6]</sup>,上肢功能评定采用 Fugl-Meyer 量表(FMA)中的上肢部分,日常生活活动能力采用 Barthel 指数(BI)进行评定。分别在治疗前和治疗 8 周后对两组患者进行疗效评价。肩痛有效率统计根据中医病症疗效诊断标准进行评定,显效:肩部疼痛消失,肩关节功能明显改善;有效:肩部疼痛减轻,活动功能改善;无效:症状无改善。

## 1.4 统计学分析

计量资料以均数±标准差表示,计数资料的比较采用  $\chi^2$  检验,计量资料两组间比较采用 *t* 检验,所有数据均采用 SPSS11.5 统计软件分析, $P<0.05$  为差异有显著性意义。

## 2 结果

治疗前两组 VAS、FMA、BI 差异无显著性。治疗 8 周后,两组 VAS、关节活动度、FMA、BI 均明显优于治疗前,而且治疗组上述指标均优于对照组。肩痛的总有效率治疗组明显优于对照组,见表 3。

表 3 两组患者治疗前后各项指标评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

|                 | 治疗组                      | 对照组                     |
|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>疼痛(VAS)</b>  |                          |                         |
| 治疗前             | 6.78±2.81                | 6.81±2.77               |
| 治疗后             | 2.51±1.70 <sup>①③</sup>  | 4.75±1.63 <sup>②</sup>  |
| <b>关节活动度(°)</b> |                          |                         |
| 治疗前             | 6.84±2.41                | 6.80±2.45               |
| 治疗后             | 4.32±1.89 <sup>①③</sup>  | 5.30±2.09 <sup>②</sup>  |
| <b>FMA</b>      |                          |                         |
| 治疗前             | 35.8±8.50                | 36.01±7.89              |
| 治疗后             | 56.87±6.21 <sup>①③</sup> | 41.59±6.89 <sup>②</sup> |
| <b>BI</b>       |                          |                         |
| 治疗前             | 45.47±10.99              | 44.02±10.42             |
| 治疗后             | 66.53±6.89 <sup>①③</sup> | 52.51±7.54 <sup>②</sup> |
| <b>肩痛疗效统计</b>   |                          |                         |
| 显效(例)           | 40                       | 20                      |
| 有效(例)           | 16                       | 23                      |
| 无效(例)           | 2                        | 15                      |
| 有效率(%)          | 96.55                    | 74.14                   |

与治疗前比较:① $P<0.01$ ,② $P<0.05$ ;③与对照组比较  $P<0.05$

## 3 讨论

偏瘫肩痛主要有以下几种原因:①肩关节的误用综合征:多数是动作不当,导致肩部出血、渗出及无菌性炎症反应,形

1 河北省复员军人医院康复科,邢台市,054000

2 河北省邢台市医学高等专科学校

作者简介:李秀玲,女,副主任医师

收稿日期:2009-10-09

成“凝肩”<sup>[7]</sup>。②肌张力异常: 痉挛期由于肌张力增高使肩胛骨位置异常, 后缩下沉, 使肱骨头、喙肩韧带及周围软组织之间增加了摩擦, 刺激软组织的神经感受器导致肩痛<sup>[7-9]</sup>。③肩关节半脱位: 在弛缓期发生率在 60%—80%, 多数在发病后 3 个月之内。目前认为肩关节半脱位是发生偏瘫肩痛的主要原因, 其发生机制主要是由于肩关节周围肌肉的张力低下, 无力使肱骨头保持在关节盂内<sup>[10]</sup>, 从而牵拉臂丛神经和关节囊及周围软组织, 导致神经末梢水肿产生疼痛<sup>[11]</sup>。④肩手综合征: 约占脑卒中并发症的 12.5%—70%<sup>[12]</sup>。主要表现为初期手浮肿、皮温升高、肩手痛、屈腕、手指多呈伸直位, 屈曲时受限, 被动屈曲引起疼痛, 后期表现为手肌肉萎缩甚至畸形, 患手可完全废用<sup>[11, 13]</sup>。

本研究在常规康复训练的基础上加用肌肉起止点疗法, 治疗偏瘫肩痛, 结果显示治疗 8 周后, 两组偏瘫侧肩部疼痛、上肢水肿、肩关节活动度、FMA 及 BI 评分均有显著改善。治疗组优于对照组, 且治疗组临床总有效率高于对照组。说明肌肉起止点疗法配合常规康复训练治疗偏瘫肩痛疗效显著。

传统医学认为疼痛也分实证与虚证, 局部炎症反应为主要矛盾时, 被辨证为“实证”, “实者外坚充满, 不可按之, 按之则痛”, 该点即是阿是穴。这时应避免“阿是穴”, 主要在“反阿是穴”上施治。对于慢性疼痛的患者, 临床辨证为“虚证”, 其局部的主要矛盾已由炎性反应转变为血液循环不良。常表现为喜温喜按, 这时如在病灶局部施治, 可以促进局部血液供应, 从而获得疗效, 这即是“阿是穴”或“两性穴”疗法。

反阿是穴和阿是穴一般是相反或相对的, 多数反阿是穴和阿是穴分布在同一块肌肉或互为连接的肌肉上, 若阿是穴位于肌肉的起点, 则反阿是穴位于肌肉的肌腹或止点; 若阿是穴位于肌肉的止点, 反阿是穴必位于肌肉的肌腹或起点; 若阿是穴位于肌腹, 反阿是穴就位于肌肉的起止点。正是由于阿是穴和反阿是穴具有这种特殊的分布规律, 所以张文兵等<sup>[14]</sup>将这种反阿是穴取穴法称为“肌肉起止点疗法”。因此, 急性疼痛的患者, 以反阿是穴治疗为主, 慢性疼痛的患者则以阿是穴疗法为主或联合应用反阿是穴疗法。反阿是穴下常可触及紧张或条索状的肌纤维, 提示肌纤维的过度紧张、痉挛, 是导致疼痛的重要原因。另一方面, 肌肉紧张产生更多的代

谢产物, 又使血液供应大为减少, 局部的废物无法送走, 营养物质又进不来, 这种恶性循环使病灶加重或慢性化。利用肌肉起止点疗法点揉、推按肩部相应肌肉的起止点, 缓解了肩关节周围的肌肉痉挛, 改善了局部血液循环, 使渗出、水肿减轻, 新陈代谢增强, 减少了酸性物质对神经末梢的刺激, 使肩部疼痛减轻<sup>[14]</sup>, 保证康复训练正常进行, 从而促进上肢功能恢复。康复训练可预防肩关节半脱位、肩胛骨回缩; 增加关节活动度, 预防肌肉萎缩; 向心性缠绕压迫手指、冷温水交替刺激, 可减轻水肿, 改善末梢微循环, 抑制疼痛反射<sup>[15]</sup>。

“反阿是穴疗法”结合康复训练治疗脑卒中偏瘫肩痛效果显著, 值得推广。其确切的机制还有待进一步探讨。

#### 参考文献

- [1] 朱镛连, 主编. 神经康复学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001.543—544.
- [2] 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(下册)[M]. 北京: 华夏出版社, 1999.82—83.
- [3] 张文兵, 霍则军主编. 肌肉起止点疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.7—9.
- [4] 王茂斌主编. 脑卒中的康复医疗 [M]. 北京: 科学普及出版社, 2006.355—356.
- [5] 陈立典, 田永胜. 偏瘫后肩手综合征的康复[J]. 中华理疗杂志, 1997, 20:33—35.
- [6] 邵福元, 邵华磊主编. 颈肩腰痛应用检查学[M]. 第 1 版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002.4—5.
- [7] 张通主编. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2007.100—104.
- [8] 李爱东, 刘洪涛, 黄宗青, 等. 综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位并肩痛的疗效分析 [J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(8): 718—719.
- [9] 冯珍. 偏瘫肩痛治疗研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(5): 470—471.
- [10] 高圣海, 倪朝民, 韩瑞, 等. 偏瘫肩痛对上肢功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(21):215—216.
- [11] 缪鸿石主编. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000.1840—1841.
- [12] 刘敏, 黄兆民. 高压氧配合康复训练对脑卒中肩手综合征的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(2): 123—125.
- [13] 张朝纯主编. 脊柱疾病手法治疗学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2006.127—131.
- [14] 侯丽, 郭海英. 中医综合康复法治疗脑卒中偏瘫痉挛状态的临床研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(3): 283—284.
- [15] 牛雪飞. 脑卒中偏瘫肩痛的康复 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(2): 187—188.

#### ·短篇论著·

## 高危脑瘫婴幼儿早期康复干预对运动功能的影响

梁秋雁<sup>1</sup> 张盘德<sup>1</sup> 杨杰华<sup>1</sup> 张 纓<sup>2</sup> 陈惠琼<sup>1</sup> 冯顺燕<sup>1</sup> 徐坤玉<sup>1</sup>

高危脑瘫婴幼儿由于各种高危因素, 如早产、低出生体重、宫内窘迫、新生儿窒息、缺氧缺血性脑病、颅内出血、高胆红素血症、产伤等导致脑损伤。其主要后遗症是脑性瘫痪。国内脑性瘫痪的发病率为 1.8‰—4‰, 国际上脑性瘫痪的发病率为 1‰—5‰<sup>[1]</sup>。加强对高危婴儿的医学监护, 早期发现脑损伤, 早期进行医学干预和脑康复治疗, 对减轻脑损伤的危害, 预防或减少脑瘫儿童的发生有积极意义<sup>[2]</sup>。我科与儿科合作, 开展了高危脑瘫婴幼儿的早期评估和早期康复治疗。现报道如下:

#### 1 对象与方法

##### 1.1 对象

143 例患儿, 男 97 例, 女 46 例, 年龄 2 个月—2 岁, 平均年龄 5.5 个月, 均经用丹佛小儿智能发育筛查表对其发育状

1 广东省佛山市第一人民医院康复科, 528000

2 广东省佛山市第一人民医院儿科

作者简介: 梁秋雁, 女, 主管技师

收稿日期: 2009-08-25