

综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位的疗效观察

蔡成欢¹ 冯尚武¹ 谢镇良¹ 易强¹

肩关节半脱位(glenohumeral subluxation, GHS)又称盂肱关节半脱位,是脑卒中后偏瘫患者的并发症之一,是导致肩痛、肩关节活动疼痛受限、肩手综合征等一系列相关并发症的重要因素,也是制约偏瘫患者上肢功能恢复的主要原因之一^[1]。多数在脑卒中发病后3周以内,特别是偏瘫侧上肢松弛状态下发生,国外报道其发生率为50%—90%^[2],国内报道其发生率为40.9%—70.0%^[3]。我院采用综合康复治疗脑卒中后肩关节半脱位的方法,取得了较好的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2006年1月—2008年3月在本院康复医学科和家庭病床科住院的脑卒中患者60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,并经头颅CT

或MRI明确诊断为脑梗死或脑出血。对照组的数据基本上是由本院家庭病床科所提供,由于各方面的原因(例如:家庭经济困难),此类患者脑卒中急性期已过,在家接受常规药物治疗为主。此类病患者及其家人经过康复指导,仅部分家庭可以掌握一些康复技巧。

肩关节半脱位诊断标准^[4]:①有明确临床特征,即肩胛带下降、肩关节腔向下倾斜、肩胛骨下角的位置比健侧低,病侧呈翼状肩;②坐位时肩峰下可触及凹陷;③偏瘫侧肩X线正位片显示肩峰与肱骨头间隙超过14mm,或两侧间隙之差>10mm。脑梗死38例,脑出血22例,随机分组为康复干预组32例,对照组28例。60例患者均进入统计分析,在观察期内无死亡和失访病例。两组患者在性别、年龄、病程和脑卒中类型等方面差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

1.2 治疗方法

表1 两组患者基线资料的比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	类型(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
康复干预组	32	17	15	65.1±10.3	56.52±2.20	12	20
对照组	28	16	12	67.6±12.2	54.21±2.10	10	18

入选患者根据其病变性质及病情均给予脑卒中常规药物治疗,同时根据患者具体情况进行血压、血糖、血脂控制及其他对症处理。康复干预组在接受常规药物治疗的同时辅以正确良姿位摆放、运动与作业疗法、物理治疗、针灸,关节注射、非甾体类抗炎药物治疗、戴肩吊带等康复治疗,具体方法包括以下方面。

1.2.1 正确良姿位摆放:采取偏瘫侧、健侧和仰卧位。偏瘫侧卧位时,躯干向后旋转,背后用软枕支持,健侧卧位时偏瘫侧上肢由软枕支持在患者前面,肩前屈约100°,仰卧位时偏瘫侧肩胛下放软枕防止肩胛后缩;坐位洗刷、用餐时,在患者座位前放一餐桌,使桌前调至不使肩关节有下沉感为宜。

1.2.2 运动与作业疗法:①肩关节主、被动运动,患者处于仰卧位时,可练习上肢上举动作,肘关节保持伸直,肩关节作缓慢回旋运动,动作范围由小到大,在无痛的情况下进行。②肩胛骨的主动运动训练,患者取坐位,在手摇式OT桌上摆放一滚筒,用健侧手带动患侧手,做向前、后滚动训练,完成肩胛骨的内收与外展的控制,然后双侧上肢在躯干两侧自然下垂,做患侧耸肩动作,完成肩胛骨的上提与下掣动作,患者取仰卧位,肩关节前屈90°,肘关节伸展,做上肢向屋顶的垂直向上动作,完成肩胛骨的内收、外展抗阻力运动。③肩胛骨被动运动,治疗者一手托住偏瘫侧上臂使之处于外旋状态,另一只手放在肩胛骨内缘下角处,向上、外、前三个方向活动偏瘫侧肩胛骨,并尽可能让其充分前伸,至运动时不觉有阻力为止。④负重训练,偏瘫侧上肢肘关节伸直,腕关节屈曲,偏瘫侧手放在坐位臀位水平略外侧,然后让躯体向偏瘫侧倾斜,利用患者体重使偏瘫侧上肢各关节受压及负重。⑤抗阻训练,患者健侧卧位,偏瘫侧肩关节前屈90°、伸肘、前臂旋

后及腕背伸,治疗师一手握患者偏瘫侧手,一手置肘关节处,沿上肢纵轴向肩关节方向挤压,而患者予以抵抗。⑥上肢反射性抑制运动模式诱发训练,训练时患者取坐位,颈部及脊柱伸展,治疗师一手握患肢的肘关节,另一手控制患手,使其完成上肢外旋、肘伸展、前臂旋后、腕关节伸展、拇指外展、手指伸展的运动。以上治疗30—45min/次,每日2次,分上、下午进行。

1.2.3 物理治疗:①中频电疗,采用电体操处方,作用于冈上肌、三角肌、大圆肌及小圆肌,强度以患者感觉为主,引起局部肌肉收缩,以强化肌肉,治疗时间为20min,每日2次。②如有肩关节疼痛导致活动障碍的患者,则加以温热式低周波(HL-III好玛医疗)治疗仪镇痛,采用自动1(肩颈部神经)处方(治疗参数,自动1,10min,3—20Hz),治疗时间为10min,每日2次。

1.2.4 针灸疗法:①电针治疗,以局部取穴为主,配合远道取穴,选取手阳明大肠经为主,辨证治疗。主穴:肩髃、肩贞、肩内陵、天宗、曲池、合谷。辨证论治:(1)气血淤滞型:+三阴交、内关、太冲(手法捻转泻法),(2)气血虚弱型:+足三里、气海(手法捻转补法),(3)肝肾不足型:+肝俞、肾俞、太溪、关元(手法捻转补法)。选用30号毫针,主穴采用“平补平泻”手法使穴位得气后,选取肩髃(+)、曲池(-);肩贞(+),天宗(-)四个穴位接通G6805-II型电针治疗仪,给予连续波刺激20min,电针治疗选用中刺激(肌肉可见收缩,患者可以耐受为度),每日1次。②新艾灸疗法:在天宗穴范围内找寻热敏

1 广东省江门市残联康复医院,广东江门,529000

作者简介:蔡成欢,男,住院医师

收稿日期:2009-01-24

点,通过四个步骤:第一步(回旋灸 2min 以温运气血),第二步(雀啄灸 2min 以激发穴位效应),第三步(沿经络循行线往返灸 2 min 以激发经络感传),第四步(在热敏点处定灸 30min-1h 以维持感传效应直至感传消失)。

1.2.5 关节注射:若患者肩部疼痛较剧烈,行肩关节腔内注射技术于关节内给药,注射药物我们主要采用为曲安奈德注射液,一次注射给药 1ml:40mg。

1.2.6 药物治疗:以选用非甾体类抗炎药为主,如疼痛影响患者日常生活活动不大的可不予患者服用。

1.2.7 戴肩吊带:给予患侧上肢 Brunnstrom 分期为 I-Ⅱ期的患者站立或行走时戴肩吊带。

1.3 疗效标准及评定方法

1.3.1 疗效标准:显效:肩痛明显缓解,肩关节活动范围明显改善;有效:肩痛缓解,肩关节活动范围部分改善;无效:肩痛及肩关节活动范围无改变。

1.3.2 选用目测类比评分法:(visual analogue scale, VAS)对上肢疼痛程度进行评估,设定线段长度为 10cm,以 mm 为最小单位标出刻度,让患者根据自己的疼痛程度用笔在线段上划上相应的点,以反映其疼痛程度。上肢运动功能评定,采用改良的 Fugl-Meyer(FMA)法^[49]。日常生活活动能力评分采用 BI 指数^[39]。

1.4 统计学分析

数据采用平均值±标准差表示,治疗前、后患侧上肢疼痛,上肢运动功能,日常生活活动能力等均采用 *t* 检验进行统计学比较, $P<0.05$ 为差异具有显著性意义。

2 结果

本研究中 60 例患者经过为期 4 周的治疗后,康复干预组与对照组的总有效率分别为 93.75%和 46.42%,差异有显著性意义 ($P<0.01$);康复干预组与对照组的显效率分别为 56.25%和 14.28%,差异有显著性意义($P<0.01$),见表 2。治疗后,康复干预组与对照组的上肢运动功能比较,差异有显著性意义($P<0.01$)。治疗后,康复干预组与对照组的日常生活活动能力比较,差异有显著性意义($P<0.01$),见表 3。

表 2 2 组临床疗效比较

组别	例数	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)	显效率 (%)
康复干预组	32	18	12	2	93.75	56.25
对照组	28	4	9	15	46.42	14.28

注:与对照组比较, $P<0.01$

表 3 2 组治疗后上肢运动功能评分、ADL 能力比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FMA		BI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
康复干预组	32	18.12±7.41	38.16±5.72	28.9±8.4	55.3±12.6
对照组	28	19.50±6.98	24.72±6.12	30.1±7.9	41.7±10.1

注:与对照组比较, $P<0.01$

3 讨论

肩关节半脱位是脑血管病常见的并发症之一,其发生率在患侧上肢弛缓性麻痹时占 60%—80%,好发于 Brunnstrom Ⅱ-Ⅲ期肌张力弛缓阶段,因此多数出现在发病后 3 个月之内,发生机制在于弛缓性麻痹时,肩关节周围的肌肉张力低下,肌力下降及肌肉反射消失,对肩关节的牵拉机制丧失,由

于患侧上肢自重使肩关节周围的软组织被伸展,使肱骨头由肩关节盂中半脱位而出,临床表现主要是肩关节活动受限,特别是上举时可有疼痛^[7]。

解剖学上,肩带肌中肩胛下肌、冈上肌、冈下肌和小圆肌分别经过肩关节的前方、上方、后方,与关节囊紧贴,形成肌腱袖。这些肌肉的收缩,可保持肱骨头与肩胛骨关节面的接触。尤其冈上肌的功能对防止半脱位有着重要作用。促使以上肌群的功能得到改善,是防止半脱位的主要环节。如肩胛肌处于弛缓状态,半脱位是不可能预防的。半脱位并不会造成肩关节疼痛,但是由于肩关节稳定性差,错误的手法训练中的损伤或是佩戴吊带,将关节固定在错误的解剖位置上,是造成肩关节肿胀和疼痛的主要原因^[6]。

肩关节半脱位的治疗目的主要针对三个方面,①通过修正肩胛骨和肱孟窝的位置恢复肩关节的正常固锁机制,②刺激和激活肩周围的稳定肌,③在不损伤关节及其周围的结构的情况下保持充分的无痛的 ROM^[7]。我们在临床实践中发现,综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位患者有较好疗效,其康复疗法包括正确良姿位摆放、运动与作业疗法、物理治疗、针灸,关节注射,药物治疗,戴肩吊带等。其中正确良姿位摆放能有效防止肩关节受累,尤其须注意肩胛骨位置。在保持肩胛骨正确位置的前提下,主、被动活动患肢对功能恢复具有显著促进作用,在主、被动运动中,应避免各类能引起患者疼痛的活动及体位。在无痛范围内尽可能做前臂的旋后动作,卧位时的上肢上举练习也有利于静脉回流。肩关节半脱位常伴有疼痛症状,而疼痛会严重影响患者的功能锻炼,将不利于关节的复位。我们利用中频电疗(电体操处方)主要是加强肩关节周围肌群的被动锻炼,提高肌肉的张力,有利于关节的复位,如疼痛症状明显,可采用温热式低周波治疗仪,可起到镇痛的作用,将利于患者的主动功能训练,利于关节复位。肩关节半脱位属于中医“肩痹”范畴,中医认为气血运行不畅或瘀滞,致使筋脉肌肉失于濡养,“不荣则痛”,故见肩关节酸痛,麻木甚或瘫痪失用,针灸治疗可益气生血,温经通络,起到补虚固托作用,促使肩关节附近肌肉韧带韧性增强,从而起到固托肩关节的作用。药物治疗能减轻患者疼痛,利于患肢进行功能锻炼,促进肢体功能恢复。给患侧上肢 Brunnstrom 分期为 I-Ⅱ期的患者戴肩吊带,能更好地保护肩关节,并起到支托作用。临床实践表明,脑卒中后肩关节半脱位的疗效以综合康复手段为佳,通过治疗可防止或减轻患肢疼痛,改善患侧上肢运动功能,提高患者日常生活活动能力。

参考文献

- [1] 钱开林,王彤.功能性电刺激治疗脑卒中后肩关节半脱位疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25:37—38.
- [2] 孙启良. 偏瘫患者与肩关节半脱位 [J]. 中国康复医学杂志, 1995, 10: 55—56.
- [3] 周敬华,梁华忠.脑卒中早期康复对运动功能及肩手综合征的影响[J].中国康复医学杂志,2005,10:750—752.
- [4] 章荣,周蜜娟.综合疗法治疗卒中后肩手综合征疗效观察[J].中国康复医学杂志,2008,6:545—546.
- [5] 王佳泽.运动对偏瘫病人肩痛的作用[J].国外医学·物理医学与康复学分册,1991,11:59.
- [6] 于兑生,恽晓平,主编.运动与作业疗法[M].北京:华夏出版社,2002.483—502.
- [7] 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,2000.1878.1840—1841.