

6 周后,干预组患者的患肢运动功能康复效果显著优于对照组,提示尽管脑卒中偏瘫患者随着时间的推移、疾病的自然演变,其运动功能可获得一定程度的改善,但早期规范的康复护理干预,可以明显改善偏瘫患者肌痉挛与运动能力,预防各种继发性功能障碍,更大程度地改善患者运动功能,达到康复或减轻残疾的目的。证实了早期康复护理干预对脑卒中患者功能恢复有着重要影响。康复介入越早,患者的功能恢复越好^[6]。早期康复护理干预是安全的、有效的,更大程度地改善患者运动功能与生活自理能力,能使患者从生物-心理-社会功能方面达到全面康复,提高患者的生存质量,回归家庭、回归社会^[7]。

【参考文献】

[1] 徐蓉. 综合护理干预对脑卒中偏瘫患者康复的影响[J].

中国全科医学,2011,20(29):322-326.

[2] 胡永善. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000,161-162.

[3] 吴毅,吴军发. 脑卒中康复干预的基础研究和临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(8):701-703.

[4] Schneider MA, Schneider MD. Recognizing poststroke depression[J]. Nursing,2012, 42(12):60-63.

[5] 杨湘英,徐雯,徐月花. 住院康复脑卒中患者照料者的心理健康状态的问卷调查[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(12):1145-1146.

[6] 陈丽. 脑卒中偏瘫患者的早期康复护理[J]. 护理实践与研究,2010,7(7):30-31.

[7] Aadal L, Angel S, Dreyer P, et al. Nursing roles and functions in the inpatient neurorehabilitation of stroke patients: a literature review[J]. J Neurosci Nurs,2013,45(3):158-170.

减重措施联合常规康复训练对脑卒中患者肩关节半脱位后肩痛的影响

孙莹,罗艳,施加加,蒋丽琴,朱晓红,李周

【摘要】 目的:研究减重措施联合常规康复训练对脑卒中患者肩关节半脱位后肩痛的影响。方法:将伴肩关节半脱位的脑卒中患者 24 例随机分为 2 组各 12 例,2 组均给予常规康复训练,观察组增加肩关节半脱位的减重措施干预。治疗前后采用第二肩关节间隙 X 线测量法测量肩峰与肱骨头间距(AHI 值),并评价肩关节 VAS 疼痛指数。结果:治疗 8 周后,2 组 AHI 值、VAS 评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组降低较对照组更明显($P < 0.05$)。结论:减重措施联合常规康复训练对改善脑卒中患者肩关节半脱位后肩痛具有明显效果。

【关键词】 疼痛;康复宣教;运动疗法;脑卒中;肩关节半脱位

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.03.017

脑卒中患者常发生肩关节半脱位、肩手综合征和肩痛等肩部问题,严重影响患者的上肢运动训练和功能恢复,并对患者的日常生活活动能力造成一定的不良影响^[1],特别是肩关节半脱位,如不进行干预措施,很有可能导致肩手综合征和肩痛等并发症的发生。对此我科根据近些年的国内外研究成果,结合康复宣教、运动疗法和减重措施等方法对肩关节半脱位进行治疗,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 3 月~2013 年 8 月我院神经康复科住院治疗的脑卒中伴有肩关节半脱位患者 24

例,均符合《中国脑血管病防治指南》中脑卒中诊断标准^[2]及《中国康复医学诊疗规范》中肩关节半脱位中诊断标准^[3]。入选标准:患者脱离脑卒中后急性期,生命体征稳定;年龄 50~75 岁,病程 > 10d;单侧肢体运动功能障碍;上肢三角肌肌力 ≤ 3 级,上肢和手的 Brunnstrom 分期为 1 期或 2 期。排除视听理解障碍、严重的心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全、除脑卒中外有上肢骨关节炎、神经根型颈椎病等影响患者上肢运动功能的疾病病史者。患者随机分为 2 组各 12 例,①观察组:男 7 例,女 5 例;平均年龄(65.41 ± 4.76)岁;平均病程(21.52 ± 5.77)d。②对照组:男 6 例,女 6 例;平均年龄(66.29 ± 5.43)岁;平均病程(20.64 ± 5.23)d。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 所有患者入院后均进行关于肩关节半脱

收稿日期:2013-09-07

作者单位:昆山市康复医院,江苏 昆山 215300

作者简介:孙莹(1987-),女,技师,主要从事作业疗法康复方面的研究。

通讯作者:罗艳,346112295@qq.com

位预防的康复宣教、物理因子治疗和常规的运动疗法。

①康复宣教:指导正确的肩关节体位摆放,转移中避免对患肩的牵拉,减少肩关节非正常对位下的关节活动等。②物理因子治疗:采用功能性电刺激,患侧三角肌和肩袖肌等部位,每次20min,每天2次,每周6d。③运动疗法:采用脑卒中常规运动疗法训练,肩关节的运动疗法重点:矫正肩胛骨关节盂位置^[2],保持肩关节无痛范围内关节活动,特别是患者在用健手握患手练习肩关节屈曲上举时。提高肩关节周围肌肉力量,特别是肩袖肌和三角肌的力量练习,肩关节相对稳定的前提下可以进行仰卧位的患肩神经肌肉本体促进技术(proprioceptive neuromuscular facilitation,PNF)力量训练。每次40min,每天2次,每周6d。观察组增加肩关节半脱位减重措施。如直立床站立训练时、给予患者平板支撑上肢肢体,避免患者长时间上肢悬于体侧;如坐位训练时可将患肢支撑于治疗床面,坐轮椅时上肢支撑在轮椅扶手上;避免患者肌力肌张力不足时进行上肢MOTOmed训练;站立位训练时最好是配合肩部贴扎治疗下进行训练^[3];用白贴在鹰嘴下3cm贴一圈(此处白贴应松弛贴敷,不得过紧而影响前臂的血液和淋巴液回流)、乳头上1.5cm经锁骨外1/3处向后背,达平乳头后方贴一层、拉紧白贴沿上肢外侧从肩部白贴处向下贴至肘部白贴处,再施以“X”贴扎于上,白贴弹性下降时及时更换。治疗过程中根据肩关节半脱位变化情况及时调整肩部贴扎。

1.3 评定标准 ①肩关节半脱位测量方法^[4]:采用第二肩关节间隙X线测量方法,测量肩峰外端前缘(通常为一直行致密线)和与之平行的肱骨头切线之间的距离(H)。肩峰与肱骨头间距(acrolnio-humeral interval,AHI)>14mm为肩关节半脱位。②视觉模拟量表法(Visual Analogue Scale,VAS),采用游标卡尺进行评定,令患者移动标尺至自己认为的疼痛位置上。

1.4 统计学方法 所有数据均采用SPSS 17.0软件进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗8周后,观察组有3例患者肩关节半脱位复位,对照组有1例肩关节半脱位复位。观察组1例患者治疗第6周出现患侧手部和上肢轻度水肿,及时暂停该患者的贴扎治疗,并临床对症处理后水肿好转。

治疗后,2组AHI值、VAS评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且观察组降低较对照组更明显($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组AHI值及VAS评分治疗前后比较

$\bar{x} \pm s$

组别	n	AHI(mm)		VAS(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	12	23.88±2.39	13.22±2.11 ^{ab}	3.19±0.37	1.34±0.19 ^{ab}
对照组	12	22.34±2.43	18.62±2.69 ^a	3.11±0.39	1.86±0.27 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

盂肱关节的稳定性由静态机制和动态机制共同构成^[5]。脑卒中患者患侧肩关节由于长时间重力的作用,肱骨头向关节盂下方滑动,出现肩关节半脱位。发生肩关节半脱位可导致肩关节被动活动或牵拉时易受损伤而发生疼痛^[6],主动活动时也常因姿势不当而疼痛;患者常因疼痛而惧怕活动,保持制动体位,最终导致关节活动范围下降及挛缩,直接影响患侧上肢的功能恢复,并致患者日常生活活动能力评分下降^[7]。对患者入院宣教十分重要,是预防肩关节半脱位的第一步,也是很重要的康复治疗内容。治疗时均以主动预防措施为主,治疗为辅,主要有肩关节正确的体位摆放、矫正肩胛骨的姿势、肩胛骨及肩关节的被动运动、刺激肩周稳定肌的活动和张力、抗重力(外力)措施等。

本研究数据表明,抗重力措施能够有效地降低脑卒中患者住院期间肩关节半脱位的AHI程度和缓解因肩关节半脱位后的肩痛。同时本研究中发现发生肩关节半脱位的患者不一定伴有肩痛,观察组中发生肩关节半脱位同时伴有肩痛的患者疼痛程度轻于对照组,说明采用积极的抗重力措施,特别是贴扎治疗可以明显减少肩关节半脱位后所致的肩痛发生,因为脑卒中患者肩痛的原因大部分是由于早期肩关节半脱位下的康复训练和过多的盂肱关节非对位的活动,造成了肩关节的损伤^[8-10],这方面的效果优于传统的肩带无法在患者肩关节运动时对肱骨头的位置的保护^[11];同时即使肩关节半脱位发生后,通过正确的运动训练方式依然可以减少肩痛的发生。但是值得注意的一点是,对于上肢和手血液和淋巴液循环不畅的患者,慎用白贴贴扎治疗,该治疗在一定程度会导致局部组织的血液和淋巴液循环受限^[12]。

本研究通过对脑卒中患者肩关节半脱位的减重措施的实施,在患者康复训练过程中避免因肩关节半脱位造成肩部软组织损伤后继而形成肩痛,在患者肩部疼痛和减轻肩关节半脱位程度方面取得了较好的临床效果,但是对肩关节半脱位复位的效果差强人意。本次研究的不足之处在于观察的样本量较小,研究时间较短,尚未进行跟踪随访。

【参考文献】

[1] 毕研贞,郑志雄,李增康,等.充气式肩吊带对偏瘫后肩关

- 节半脱位的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(5): 452-453.
- [2] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007, 30-50.
- [3] 缪鸿石. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京: 华夏出版社, 1999, 75-78.
- [4] Patricia M. Davies. 刘钦刚主译. 循序渐进[M]. 北京: 华夏出版社, 2007, 281-286.
- [5] 朱红梅, 卞荣, 王盛. 两种贴扎方法用于治疗脑卒中偏瘫患者肩关节半脱位的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(7): 638-641.
- [6] 黎江芽. 多层螺旋 CT(MSCT)对健康成人第二肩关节间隙的测量研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2010, 8(5): 48-50.
- [7] Huang YC, Liang PJ, Pong YP. Physical findings and sonography of hemiplegic shoulder in patients after acute stroke during rehabilitation[J]. J Rehabil Med, 2010, 42(1): 21-26.
- [8] 晁敏, 王尊, 王磊. 脑卒中肩关节半脱位的康复[J]. 中国康复, 2012, 27(4): 298-300.
- [9] 黄开学, 杨芳, 张宗美, 等. 运动疗法联合中药薰蒸治疗脑卒中肩关节半脱位[J]. 中国康复, 2012, 27(1): 9-11.
- [10] 黄秀金. 早期康复护理对偏瘫肩关节半脱位的影响[J]. 中国康复, 2009, 24(3): 152-152.
- [11] 冯洪, 方玉美, 李淑会. 脑卒中肩关节半脱位患者使用肩吊带的护理观察[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(1): 98-99.
- [12] 周文萍, 阚世锋, 陈文华. 脑卒中后肩关节半脱位的研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(9): 831-833.

针刺结合靶向超声药物导入治疗脑卒中后肩-手综合症的临床观察

尹正录, 孟兆祥, 王继兵, 金星

【摘要】 目的: 观察针刺结合靶向超声药物导入疗法对脑卒中后肩-手综合征(SHS)的临床疗效。方法: 脑卒中合并 SHS 的患者 85 例, 分为观察组 42 例和对照组 43 例。对照组给予常规康复训练加针刺治疗, 观察组在此基础上辅以靶向超声药物导入治疗。结果: 治疗 4 周后, 2 组患者偏瘫上肢上肢简化的 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、改良 Barthel 指数(MBI)评分与治疗前比较均有明显提高($P < 0.05$), 且观察组 2 项指标高于对照组($P < 0.05$)。2 组临床疗效比较, 观察组的临床有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。结论: 针刺结合靶向超声药物导入治疗可以明显改善脑卒中后 SHS 的临床症状, 提高上肢运动及日常生活能力。

【关键词】 靶向超声药物导入; 针刺; 脑卒中; 肩-手综合征

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2014.03.018

肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是脑卒中偏瘫后常见的并发症, 多发生在脑卒中后 3 个月内, 其发生率为 12.5%~74.1%^[1]。SHS 如早期不及时治疗, 病情恶性进展, 将成为患肢永久性的功能障碍。笔者对脑卒中后 SHS 患者采用针刺结合靶向超声药物导入治疗, 疗效满意, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月~2013 年 1 月期间在我科接受治疗的脑卒中偏瘫患者 85 例, 均符合中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的脑卒中诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 确诊, 且符合 SHS 诊断要

点^[2], 临床分期为 I 期和 II 期^[2]; 生命体征平稳, 可以配合康复训练; 均签署知情同意书。排除患肢局部有外伤、感染及周围血管病的患者。85 例患者随机分为 2 组, ①观察组 42 例: 男 29 例, 女 13 例, 年龄(56.4 ± 10.0)岁; 病程(40.5 ± 12.8)d; 脑出血 20 例, 脑梗死 22 例; SHS 临床分期 I 期 30 例, II 期 12 例。②对照组 43 例: 男 28 例, 女 15 例, 年龄(54.4 ± 11.2)岁; 病程(42.4 ± 11.1)d; 脑出血 19 例, 脑梗死 24 例; SHS 临床分期 I 期 32 例, II 期 11 例。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 对照组采用规范化的康复训练加针刺治疗方案治疗, 观察组在此基础上辅以靶向超声药物导入治疗。①常规康复训练方法: 良肢位摆放, 适当抬高患肢; 坐、立位肩托固定, 避免腕部受屈; 向心性压迫缠绕法; 冷热交替治疗; 神经肌肉促通技术促进患者主被动活动; ADL 训练; 作业疗法; 避免患侧的静脉输液和过

收稿日期: 2014-02-22

作者单位: 江苏省苏北人民医院康复医学科, 扬州 225001

作者简介: 尹正录(1982-), 男, 硕士, 主要从事针灸、神经康复方面的研究。

通讯作者: 孟兆祥, yinzhenglu@126.com