

## • 神经康复 •

## 基层医院中脑卒中常见并发症的康复治疗

赵军 陈巍

[关键词] 基层医院; 脑卒中; 肩-手综合征; 膝关节反张; 肩关节半脱位; 关节挛缩; 康复

中图分类号: R 743. 3; R 493 文献标识码: B 文章编号: 1006-9771(2003)06-0342-02

近年来, 脑卒中有发病率上升和患者年轻化趋势。随着患者数量的增加, 基层医院接诊的脑卒中患者数量也在增多。但基层医院往往对患者做紧急处理后将其转到康复中心或综合医院治疗。由于未采取有效康复措施, 常造成患者产生多种并发症。这些并发症可是单发的或多发的, 对患者日后的功能恢复产生极为不利的影响。因此, 在基层医院中对急性期脑卒中患者早期或超早期介入康复治疗是非常必要的, 可避免并发症的发生, 减少患者不应有的痛苦, 提高患者的生活质量。对脑卒中常见的并发症可采取以下防治措施。

## 1 肩-手综合征

肩-手综合征虽可通过急性期的正确处理避免发生, 但由于医生认识不足, 此综合征的发生率较高, 可达 74.1%<sup>[1]</sup>, 多发生在脑卒中后 3 天—6 个月<sup>[2]</sup>, 按发展可分为 3 个阶段, 第 1 阶段为水肿期, 可以治愈, 但若不予正确治疗可发展为第 2、3 阶段, 导致手部肌肉萎缩及手指变形, 使手功能丧失<sup>[2]</sup>。

1.1 临床表现 突然出现患手浮肿、疼痛(可伴患侧肩疼痛), 被动活动时出现肩、手及上肢肌肉疼痛, 多伴肩关节半脱位, 同时可有手的皮肤变薄及颜色改变<sup>[2-4]</sup>, 并且手因浮肿而活动受限。中期可有明显手部肌肉萎缩。至晚期患手出现特征性畸形。

1.2 病因: ①脑卒中后患侧上肢长时间制动及处于不良肢位, 尤其是腕关节处于掌屈位而致静脉及淋巴回流不畅; ②长时间患手输液诱发手浮肿; ③颈交感神经受刺激, 致使功能异常; ④手部外伤(主要是跌伤或灼伤)。

1.3 康复治疗: ①肩-手综合征的早期治疗主要是消除水肿<sup>[4]</sup>, 应经常保持各手指伸展, 适当抬高患肢并取腕关节背伸位, 以利静脉及淋巴回流; ②向心性缠绕压迫手指法: 用直径约 1—2mm 的线从手指远端向近端缠绕每一个手指及手掌, 缠到腕关节为止, 再从远端一一

解开绳子, 每天反复进行; ③冷水—温水交替浸泡法: 冷水温度约 10℃, 温水温度约 40℃, 分别在冷水和温水中各浸泡 10min, 水面应超过腕关节, 以上方法重复 3—4 次, 每天可做 2—3 次; ④冰水浸泡法: 冰与水按 2: 1 混合, 同健手(或医生的手)共同浸入混合水中, 并使整个手掌浸在水中, 时间以健手能耐受为度, 反复 3—5 次, 每天做 2—3 次, 此法在早期非常有效; ⑤必要时(疼痛明显时)可给予激素治疗, 如强的松 30mg/d, 使用 2 周左右, 以后逐渐减量。

## 2 膝关节反张

此症多发生于患侧下肢肌张力低、负重能力差时, 多因膝关节周围肌肉力量不均衡造成膝关节不稳, 加之过早下地行走、负重所致。有的医生鼓励患者在膝关节反张下行走, 以求得患者“能”走。膝关节如此反复受损害会出现不可治愈的膝关节疼痛, 对患者下肢功能的进一步康复非常不利, 因此应引起临床医生的高度重视。

2.1 病因及表现 部分脑卒中急性期患者患侧下肢肌张力非常低, 膝稳定性极差, 患肢无负重能力。患者为能早期下地活动, 不得不取膝关节反张(膝关节过伸展)位负重或行走, 以求患侧下肢暂时的稳定性。行走时由于膝关节反张, 而致臀部后翘, 引起髋控制能力差, 躯干重心不稳。过早站立负重也会激活伸肌张力, 出现膝关节过伸展, 同时出现踝跖屈。长时间这样行走可使膝关节周围软组织及关节囊受损。

2.2 纠正方法 避免患侧下肢无张力站立及行走, 利用各种方法提高下肢的稳定性<sup>[5]</sup>, 增加患侧下肢的耐力; 可进行膝关节及髋关节训练, 让患者取俯卧位, 在无臀部代偿下做膝关节屈曲, 或让患者在仰卧位下做膝关节屈曲训练、髋关节内收和外展控制训练、髋关节伸展控制训练(搭桥运动)等, 待患者患侧下肢肌张力改善后, 再进行患膝关节屈曲(约 5°)的站立训练。当患者能控制下肢后, 可在保持膝屈曲约 5°下行走。开始时行走一定要缓慢, 避免膝关节反张。

## 3 肩关节半脱位

脑卒中患者最易发生肩关节半脱位。有报道, 发病半年以上的脑卒中患者有 78.3% 存在不同程度的肩关节半脱位<sup>[1]</sup>。肩关节半脱位是影响上肢功能恢复的

作者单位: 1. 250022 山东济南市, 济南市第五人民医院神经内科(赵军); 2. 100077 北京市, 北京博爱医院神经康复科(陈巍)。作者简介: 赵军(1962-), 男, 山东济南市人, 主治医师, 主要研究方向: 脑血管病临床治疗。

主要原因,一般在发病后 3 周内就可发生。此时患侧上肢处于弛缓性瘫痪期,肱骨头很容易从关节内脱出。被动上举患肢可矫正<sup>[1,2]</sup>。

3.1 病因:①在脑卒中早期,由于患肢肌张力过低,尤其是肩关节周围的固定肌松弛(主要是三角肌后部纤维、岗上肌、岗下肌等)丧失固定作用;②肱骨头只有 1/3 在关节盂内,靠关节周围的软组织(固定肌)来固定,由此来保证肩关节有最大的活动范围,所以肩关节是极不稳定的关节结构,脑卒中的早期如果注意不当极易发生半脱位;③在固定肌松弛情况下,医护人员或家属无保护性拖拉患侧上肢;④患肢自体重力作用。

3.2 临床检查 视诊时,可见肩胛带下降,肩关节向下倾斜,肩胛骨下角较健侧低,呈翼状肩胛骨,在肩峰与上肢肱骨头之间有凹陷。上举患肢时肩痛,用手触诊有空洞感即可确认<sup>[6]</sup>。严格诊断需做 X 光检查,表现为关节间隙大于 0.6cm,但肱骨头仍在关节盂内。

3.3 治疗:①急性期应避免用力拖拉患者患侧上肢;②仰卧位时上肢旋前、伸展,上肢及肩胛部用薄枕垫起;健侧侧卧位时患侧上肢伸直、肩关节屈曲 90°,并用较厚的枕头垫起患侧上肢,使患侧上肢与床面接近平行;患侧侧卧位时上肢及手指伸展、肩关节屈曲 80°—90°(时间以 5—10min 为宜),以免影响患肢血液循环;③坐位及半坐位时(坐起角度约 45°),可将三角巾悬于颈部托起患侧上肢,若屈肌痉挛明显时此方法的使用要慎重;④坐轮椅时,在轮椅上放一木板使患肢放在木板上,避免患手悬于木板边缘外(以上均是预防肩关节半脱位非常有效的方法);⑤在不引起患者患肢肩关节疼痛的前提下,患肢上抬过头并做肩关节被动活动,同时挤压肩关节及周围组织(如冈下肌、肱三头肌、三角肌等),以促进这些肌肉的活动,预防肩关节半脱位。做肩关节被动活动时,一定要在不引起肩关节疼痛的情况下,由医生或患者本人做肩关节各方向的被动运动,因疼痛可引起患者恐惧或加重上肢痉挛,对上肢功能恢复不利。

#### 4 关节挛缩

脑卒中偏瘫患者因瘫痪、长期制动、未行积极康复治疗及局部和环境因素等,一般 3 周以上就可出现关节挛缩、强直,常见于肩关节、肘关节、腕关节、各手指关节、髋关节、膝关节及踝关节等<sup>[3]</sup>,增加患者康复的难度,影响功能恢复。

4.1 原因 脑卒中后发生的关节挛缩是由关节周围软组织的挛缩引起,一般病后 5—7 天就可出现胶原纤维萎缩及肌纤维弹性下降,3 周左右就可有关节挛缩现象发生。若结缔组织中的胶原成分增加、细胞成分减少,就会变硬而失去弹性。各种原因引起的主动或被动关节活动范围不充分,可使关节囊和肌间的疏松结缔

组织因胶原成分增多而变成致密结缔组织,自行缩短变厚失去弹性,造成关节挛缩。痉挛、疼痛也是发生各关节挛缩的主要原因之一。此外,肢体功能障碍本身也可促进关节挛缩,如腕、手功能障碍时,肩、肘关节发生挛缩的机会就增大<sup>[7]</sup>。关节周围软组织如在软瘫期间受到创伤,则在创伤修复过程中肌肉纤维细胞的增殖和收缩,以及非炎症过程中没有肌纤维细胞参与的胶原结构性变化可致被动性挛缩。

4.2 临床表现 主要表现为各关节活动范围明显变小,严重时关节无法屈伸,伴有关节疼痛及畸形。关节长期制动可导致肢体肌肉废用性萎缩。

4.3 防治 此症在早期可以预防,而且方法简单有效,即在发病早期或超早期介入康复训练和康复护理,如患侧肢体良肢位摆放(一般 2h 变换一次体位),同时正确进行各关节的被动活动训练及有效护理(每个关节每天至少活动 5 次)。一旦出现关节挛缩,可进行相应关节的被动训练、牵张训练。积极治疗患侧肢体肌痉挛亦是有效的治疗方法,也可辅以水疗、热疗等方法,或借助于矫形器进行治疗。

脑卒中后可出现的并发症还有体位性低血压、骨质疏松、吞咽障碍、肩痛等,对患者的功能恢复不利,亦是造成脑卒中患者致残率高的主要原因。早期康复介入可减轻或避免这些并发症。如果康复治疗不及时,可给患者带来不必要的痛苦,使其日后的生活质量降低,给家庭及社会带来巨大负担。

总之,在基层医院普及康复知识非常必要,因为只有少数患者能在康复中心接受系统康复训练,大部分患者是在基层医院接受治疗。因此,应提高广大医务人员尤其是基层医院工作人员的康复意识,在基层医院中积极开展脑卒中并发症的康复治疗,提高脑卒中患者的生存质量。

#### [参考文献]

- [1]方定华,陈小梅,李漪,等.脑血管病临床与康复[M].上海:上海科学技术文献出版社,2001.84—111.
- [2]张皓.肩-手综合征[J].中国康复理论与实践,2002,8(1):62.
- [3]钮竹,张皓,陈立嘉.脑卒中偏瘫的继发障碍[J].中国康复理论与实践,2002,8(2):91—93.
- [4]伍少玲,黄利荣,许俭兴.早期康复对脑卒中后肩手综合征患侧上肢功能的影响[J].中国康复理论与实践,2002,8(1):24—27.
- [5]石中嫒,常冬梅,陈立嘉.脑卒中偏瘫下肢的康复训练[J].中国康复理论与实践,2002,8(2):83.
- [6]勤德,谷增泉.急性脑血管病肩关节脱位 19 例分析[J].脑与神经疾病杂志,1999,7(1):64.
- [7]朱锦连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2000.535.

(收稿日期:2003-02-19)