

# 脑卒中后肩-手综合征的综合康复

赵长龙

[摘要] 目的 探讨康复综合干预对脑卒中后肩-手综合征的治疗效果。方法 对 181 例脑卒中后并发肩-手综合征患者分为综合康复治疗组(观察组)96 例和对照组 85 例,两组均行常规康复训练,观察组还另外采用良肢位摆放、空气波压力治疗、冷水热水交替浸泡、运动想像等综合康复措施。治疗 4 周后评定疗效。结果 观察组偏瘫侧肩痛、关节活动度、水肿等与治疗前比较有明显改善,与对照组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论 综合治疗能提高脑卒中后肩-手综合征的康复治疗效果,有助于肩关节功能的恢复。

[关键词] 肩-手综合征;脑卒中;康复

Effect of Comprehensive Rehabilitation on Shoulder Hand Syndrome after Stroke ZHAO Chang-long. Department of Rehabilitation Medicine, Beichen Traditional Chinese Medicine Hospital, Tianjin 300400, China

**Abstract:** **Objective** To investigate the effect of the comprehensive rehabilitation on shoulder hand syndrome after stroke. **Methods** 181 patients with shoulder hand syndrome after stroke were divided into the comprehensive rehabilitation group (observed group, 96 cases) and control group (85 cases). All the patients were treated with routine rehabilitation training, while those of the observed group accepted normal limbs in good position, air pressure, cold/warm water alternate dip in, motor imagery, etc. in addition. **Results** The shoulder pain, range of motor, dropsy of the observed group obviously improved to that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The comprehensive rehabilitation is more effective on shoulder hand syndrome after stroke.

**Key words:** shoulder hand syndrome; stroke; rehabilitation

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)03-0224-02

[本文著录格式] 赵长龙.脑卒中后肩-手综合征的综合康复[J].中国康复理论与实践,2008,14(3):224—225.

肩-手综合征(shoulder hand syndrome, SHS)是脑卒中偏瘫患者常见的并发症,主要表现有患侧上肢水肿、肩手疼痛、肩关节脱位及关节活动受限等,常发生在发病后 1~3 个月,发生率 12.5%~70%<sup>[1]</sup>,是严重影响瘫痪上肢功能恢复的原因之一。我院自 2006 年 9 月以来,采用综合康复手段对 96 例脑卒中后并发肩-手综合征的患者进行治疗,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 2006 年 9 月~2007 年 2 月在我科住院的脑卒中偏瘫并发肩-手综合征患者 181 例,均符合全国第四届脑血管病会议制订的诊断标准<sup>[2]</sup>及肩-手综合征的诊断标准<sup>[3]</sup>。肩-手综合征于脑卒中发病后 20~130 d 出现。其中男 96 例,女 85 例,年龄 46~85 岁,平均(61.90±5.93)岁;脑梗死 103 例,脑出血 78 例。随机分为观察组 96 例和对照组 85 例,两组在年龄、性别、卒中性质、肩-手综合征病情程度等方面均无显著性差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 两组均行常规脑卒中治疗及康复训练,禁用患手输液,适当控制训练强度及持续时间,观察组在基础训练的同时给予针对性综合康复。

**1.2.1 早期良肢位摆放**<sup>[4]</sup> 使腕部处于掌伸位,避免完全掌屈位或上肢悬于轮椅的一侧;平卧位和患侧卧

位时,应使肘关节伸展,腕关节背屈;健侧卧位时肩关节屈曲约 90°,肘关节伸展,手握一毛巾卷,保持腕关节的背屈。翻身时禁止牵拉患肢。

**1.2.2 运动疗法** Bobath 握手上举训练;主动耸肩动作;帮助患者进行上肢抓握动作训练如拧毛巾、抓握木棍等;对患肩的三角肌、肱二头肌、肱三头肌等肩胛周围肌肉进行轻柔按摩和痛点的按压刺激。被动-主动活动肩胛骨。使用德国产 MOTOMED 主/被动训练仪或法国施乐辉 CPM 肩关节治疗仪,适度增加患肩关节活动度。

**1.2.3 空气波压力治疗** 使用韩国产 POWER-Q6000 型空气压力波治疗仪 0.3 kg/cm<sup>2</sup>,每次 10 min,2 次/d,连续 14 d。

**1.2.4 冷-热水交替浸泡** 冷水温度 10℃左右,温水温度 40℃左右。先将患手浸泡在温水中 10 min,然后再浸泡在冷水中 20 min,2 次/d,连续 7 d。

**1.2.5 运动想像法**<sup>[5-7]</sup> 让患者注意力集中于患肢,尽力活动患肢,即使不能产生运动也需要患者有运动瘫痪部位的意识,要求患者静静地、认真地体会各种运动感觉,反复强化这一意念。20 min/次,2 次/d,持续 10~14 d。

**1.2.6 其他** 如药物治疗、电针治疗<sup>[8]</sup>,肩部压痛点处局部封闭,理疗、按摩及心理支持等。

## 1.3 评定

**1.3.1 疗效评定标准**<sup>[9]</sup> 显效:关节水肿、疼痛消失,

活动功能无明显受限,手部小肌肉无萎缩;有效:关节水肿基本消失,疼痛基本缓解,关节活动轻度受限,手部小肌肉萎缩不明显;无效:患者症状、体征无明显改善,关节活动功能明显受限,肌肉萎缩逐渐加重。

1.3.2 目测模拟评分 ( visual analogue scale, VAS)<sup>[10]</sup> 疼痛分级:0 = 不痛;2 = 偶发轻微疼痛;4 = 疼痛频繁发作但可忍受;6 = 疼痛较重频作,但可忍受;8 = 持续性疼痛难以忍受;10 = 剧痛不能触摸。水肿分级:0 = 无水肿;2 = 轻度;4 = 中度;6 = 严重水肿。关节活动度以拇指尖对掌的距离计分:0 = 对掌到小指基部;2 = 对掌到小指尖;4 = 对掌到第 4 指尖;6 = 对掌到第 3 指尖;8 = 对掌到第 2 指尖;10 = 不能对掌。

1.3.3 上肢运动功能评定 采用改良的 Fugl-Meyer 评定(FMA)<sup>[11]</sup>。

1.3.4 日常生活活动能力评分 采用 Bathel 指数(BI)<sup>[11]</sup>。

1.4 统计学方法 计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 SPSS 11.5 统计软件,计量资料组间比较采用两独立样本  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

2 结果

2.1 临床症状积分 治疗前两组 VAS 评分无显著性差异( $P > 0.05$ ),治疗后 4 周,观察组肩痛、水肿 VAS 评分均明显优于对照组( $P < 0.01$ ),而对对照组治疗后仅关节活动度较治疗前有改善( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后临床症状积分的比较

组别	时间	肩痛	水肿	关节活动度
观察组	治疗前	6.27 ± 2.25	4.00 ± 1.51	6.73 ± 2.37
	治疗后	2.53 ± 1.77 <sup>a,b</sup>	1.20 ± 1.01 <sup>a,b</sup>	5.01 ± 1.95 <sup>a</sup>
对照组	治疗前	6.31 ± 2.28	3.96 ± 1.38	6.61 ± 2.56
	治疗后	5.83 ± 2.06	3.23 ± 1.30	5.15 ± 2.31 <sup>a</sup>

注:a:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ ;b:与对照组比较, $P < 0.01$ 。

2.2 FMA 及 BI 评分 治疗后两组上肢 FMA 评分及 BI 较治疗前均有改善( $P < 0.05$ ),其中观察组治疗后两指标评分均优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 FMA 及 BI 评分比较

组别	时间	FMA	BI
观察组	治疗前	35.81 ± 8.73	45.89 ± 11.36
	治疗后	53.65 ± 6.63 <sup>a,b</sup>	61.37 ± 6.68 <sup>a,b</sup>
对照组	治疗前	36.00 ± 8.34	43.57 ± 10.25
	治疗后	44.00 ± 8.01 <sup>a</sup>	50.15 ± 7.69 <sup>a</sup>

注:a:与同组治疗前比较, $P < 0.05$ ;b:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2.3 治疗后疗效比较 治疗后 4 周,观察组 96 例,显效 69 例,有效 21 例,总有效率 93.7%;对照组 85 例,显效 31 例,有效 33,无效 21 例,总有效率 75.3%( $\chi^2 = 21.882, P < 0.01$ )。

3 讨论

肩-手综合征又称反射性交感神经营养不良(relex sympathetic dystrophy, RSD),发病机制尚不清楚,一

般认为常与交感神经功能障碍、肩关节半脱位、痉挛、患肢不适当的过度牵拉、腕关节或手受到意外伤害等有关<sup>[12-16]</sup>。常需综合康复治疗<sup>[17]</sup>。

近两年来,我们在常规康复治疗的基础上,总结了一套系统、有效的综合干预方法,取得明显效果。此方法注重早期良肢位摆放,以维持肩关节正常解剖关系,解除肩痛,增加患者关节活动范围。局部水肿是肩-手综合征的早期表现,如肿胀持续时间过长,可使组织或肌肉僵化和挛缩,从而影响上肢功能的恢复,故应尽快消除局部水肿。我们一般采取空气波压力治疗方法,常有良好效果,它不仅能促进静脉回流,提高血管调节能力,也有利于消肿、止痛、改善关节活动范围。局部外涂复方七叶皂苷钠凝胶对消肿也常有效<sup>[18]</sup>。冷-热水交替浸泡法能舒缩血管,交替刺激交感神经,有利于消除水肿。主、被动活动及局部按摩可促进静脉回流,减轻水肿,达到止痛与解痉之目的。

本研究显示,综合治疗有利于肩关节功能的恢复,能提高康复治疗效果。

[参考文献]

[1] 南登昆. 康复医学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2004:208.  
[2] 全国脑血管会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1990, 296:379.  
[3] 缪鸿石, 朱楠连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京:华夏出版社, 1990, 14:150.  
[4] 杨薇. 脑卒中偏瘫患者肩痛的早期干预[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(1):68-69.  
[5] 姜华, 孙承琪. 中药局部浸渍加手法治疗肩手综合征 32 例[J]. 中国康复, 2004, 196:48-49.  
[6] 姚保龙, 蒋小毛, 霍文瑾, 等. 运动想象和促进技术对偏瘫患者肩痛康复疗效的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(1):29-30.  
[7] 朱士文, 李义召, 宋成忠, 等. 强迫疗法联合想象疗法治疗偏瘫患者上肢功能障碍[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(2):131-132.  
[8] 林雪. 针刺治疗中风后肩手综合征的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(4):19.  
[9] 王茂斌. 偏瘫的现代评价和治疗[M]. 北京:华夏出版社, 1990:226-231.  
[10] 陈立典, 田永胜. 偏瘫后肩手综合征的综合康复[J]. 中华理疗杂志, 1997, 20:33-35.  
[11] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社, 2005:429.  
[12] Patricia MD. Steps to Follow[M]. Hong Kong: Hong Kong Springer Verlag, 1991:206-214.  
[13] 王升强, 赵建国. 脑卒中后肩手综合征的临床进展[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(1):18-19.  
[14] 芦海涛. 偏瘫后反射性交感神经营养不良研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(1):16-17.  
[15] 王晓艳, 张通. 脑卒中后反射性交感神经营养不良的发病机制研究现状[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(11):934-935.  
[16] 崔晓, 曾慧玲. 脑卒中后肩手综合征[J]. 2006 年, 21(5):344-345.  
[17] 冯玲, 平仁香, 钮易蓓. 综合治疗偏瘫肩-手综合征的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(3):265.  
[18] 郝永玲, 谢英, 尤欣. 脑卒中后的综合干预疗法[J]. 中国医药导报, 2007, 8(4):18-19.

(收稿日期:2007-10-08)