

脑卒中后肩-手综合征的临床治疗进展

王升强 综述,赵建国 审校

[关键词] 脑卒中;肩-手综合征;治疗;综述

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)01-0018-02

[本文著录格式] 王升强,赵建国.脑卒中后肩-手综合征的临床治疗进展[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):18-19.

作为脑卒中最常见的合并症之一肩-手综合征(shoulder-hand syndrome,SHS),属于反射性交感神经营养不良综合征(reflex sympathetic dystrophy,RSD)的范畴^[1]。SHS一般发生于卒中后2 d~7个月,大多数在3~16周,以偏瘫患侧肩胛周围进行性疼痛和运动受限为首发症状,伴手背及手指肿胀而呈上下一般粗细,手背皮肤皱纹消失,有光亮感,压较之微凹,继之皮肤逐渐变薄,手掌皮肤色泽变红(偶为苍白等),有时下肢亦有类似表现。晚期自股间肌开始,手部及肩胛周围肌肉逐渐萎缩,屈肌的肌腱增厚缩短,指关节脱钙畸形^[2]。我国脑卒中后肩-手综合征的发病率很高^[3]。

SHS的致病机理尚未完全阐明,有人认为可能是交感神经的原因^[2];亦有人提出不同看法,认为SHS可能是局部炎症反应过度的结果^[4]。至今治疗上没有特异性的方法。目前常用的主要措施包括:药物治疗、交感神经阻滞及交感神经切除术、封闭及各种物理康复治疗、中药及针刺治疗等。

1 现代医学疗法

1.1 药物治疗 有人认为,病毒疫苗接种家兔炎症皮肤抽取液为治疗本病基础药^[5]。钙离子拮抗剂疗效的可能治疗机理是:

①扩张血管,拮抗去甲肾上腺素对动静脉作用;②阻滞钙通道

蛋白,干扰再生神经产生的异位冲动。Muizelar采用硝苯地平 and 苯氧苄胺(α 交感神经阻滞剂)治疗RSD,其中12例早期患者治愈11例,47例晚期患者治愈19例^[6]。皮质类固醇一般应用大剂量,每日60~80 mg强的松龙口服,后逐渐减量^[7]。Stein-broker报道甲基强的松龙治疗RSD75例,82%的患者疼痛明显缓解,肿胀减轻。Poplawski等应用1%的利多卡因加甲基强的松龙静脉注射,同时使用推拿和理疗治疗一组RSD患者,28例中21例经治疗后症状明显改善,7例无效^[8]。但要注意升高血糖、血压等副作用。Solarora等应用降钙素治疗177例RSD,62%的患者疗效优良^[9]。郝双林等实验研究表明,在NMDA受体拮抗剂中,氯胺酮无论是全身给药还是脊髓给药均可抑制中枢过敏化发展,可以用于SHS神经性疼痛的治疗。日本铃木太和小川节郎教授推广的氯胺酮的静点疗法为:氯胺酮1 mg/kg+氟哌啶0.1 mg/kg+咪唑安定0.15 mg/kg,效果良好^[3]。Mellick采用抗惊厥药物加巴喷丁治疗RSD,效果满意^[10]。另外消炎镇痛药物仍可作为开始治疗本病的常用药,如水杨酸类、对氨基酚类、比唑酮类等。值得一提的是,神经安定药物对于SHS仍有一定的作用,可辅助神经阻滞治疗以及减缓因疼痛产生的明显心理情绪改变,此类药物主要有三环类抗抑郁药如阿米替林等。

1.2 神经阻滞及手术疗法 交感神经封闭和切除被认为是目前治疗SHS最有效的方法。由于局部的交感神经阻滞和切除阻断了自主神经系统介入的异常反射,从而达到治疗SHS的目

作者单位:天津中医学院第一附属医院,天津市300193。作者简介:王升强(1979-),男,安徽安庆市人,硕士研究生,主要研究方向:脑血管病的基础与临床。

的^[11]。交感神经阻滞方法包括星状神经节阻滞和外周交感神经阻滞,常用药物有 0.2%利多卡因和布比卡因混合液。Mays 对 10 例患者以吗啡 2 mg 稀释到 7 ml 生理盐水中行星状神经节封闭,8 例完全缓解。外周静脉区域交感神经阻滞的经典药物是胍乙啶、利血平,这主要可能是因为利血平可减少交感神经末梢囊泡对儿茶酚胺的再摄入,缓慢耗竭其内的去甲肾上腺素,胍乙啶可作为假神经递质为神经末梢接受,从而达到短暂的交感神经化学阻滞作用^[12]。经交感神经阻滞等非手术治疗效果不佳者可以考虑交感神经切除术,包括药物性切除和手术切除。药物切除主要是用 6%碳酸和 50%乙醇,促使神经变性,中断交感神经冲动。

1.3 物理及康复治疗 首先,对于急性脑卒中患者来说,保持正确的体位是最根本、最重要的^[13]。陈婵将 94 例重型脑卒中患者随机分为实验组和对照组各 47 例,在常规脑卒中治疗基础上,实验组采取治疗性体位,对照组肢体按常规放置,住院 1 个月后,进行患肢并发症发生情况的评价,结果显示,实验组 SHS 及其他并发症显著低于对照组^[14]。

现代医学研究已经证明,卒中后急性期即进行物理康复训练对于预防 SHS 效果显著。周贤丽对脑卒中早期物理康复治疗与肩-手综合征发生的关系做了临床研究:随机把 70 例急性期脑卒中患者分为两组,甲组 30 例患者自急性期即开始接受康复治疗,乙组 40 例患者均为急性期过后再进行康复治疗。结果表明,甲组 SHS 发生率为 6.67%,乙组为 22.50% ($P < 0.01$),说明在急性期接受康复治疗,的确能够降低 SHS 的发生率^[15]。

目前常用的物理康复方法有:向心性缠绕压迫手指法、冰水浸泡法、冷水-温水交替浸泡法、经皮神经电刺激^[3],不过运动疗法(在不加剧疼痛范围内进行被动或主动运动)最为常用。此外,还包括光疗、超声波疗法、温热磁场治疗、肌电反馈治疗以及早期使用矫形器等等,同时需要注意的是,心理护理不容忽视。

2 传统医学疗法

传统医学在治疗卒中后 SHS 具有独特的优势,临床很多报告显示了这方面的独特疗效,如用益气活血通络方治疗中风后肩-手综合征 45 例,痊愈 3 例,显效 20 例,有效 18 例,总有效率为 91.11%,与对照组(口服双氯芬酸钠胶囊 75ug,每日一次,总有效率 70.0%)比较有显著性差异($P < 0.05$)^[16];也有通过中药熏洗配合推拿治疗 SHS 64 例,总有效率为 95.32% 以及活血止痛方治疗 SHS 42 例,治愈 19 例,好转 23 例等。

针刺疗法治疗中风后 SHS 也取得较好的疗效。王伟等采用“巨刺”法,以健侧肩髃、肩贞、阳池、腕骨和患侧肩髃、肩前、阳溪、大陵为两组治疗穴交替使用,总有效率为 77.42%,与对照组(服用卡马西平、氯唑沙宗等西药,总有效率 53.33%)比较有显著性差异($P < 0.05$)^[17]。郭泽新等用电针治疗中风后 SHS 40 例,取穴阿是穴、天泉、尺泽、臂中、内关、伏兔、三阴交、太冲等,结果治愈 10 例(25.0%),显效 20 例(50.0%),有效 9 例(22.5%),无效 1 例(2.5%)^[18]。唐强等通过电针为主结合康复训练治疗脑卒中后肩-手综合征 60 例,痊愈 32 例,好转 26 例,总有效率达 96.67%^[19]。

3 综合疗法

必须指出的是,随着传统医学与现代医学的融合,多种学科的交叉,目前治疗脑卒中后 SHS 已经不再局限于某一种疗法。陈立典等采用针刺为主的综合康复疗法,治疗 69 例中风后 SHS,以 VAS 法评定上肢疼痛和水肿,以改良的 Fugl-Meyer 法评定上肢综合性运动功能,结果显示患侧肩、手症状明显改善,Fugl-Meyer 评分明显高于治疗前,恢复至辅助手以上者 57.3%^[20-21]。

4 结语

SHS 作为脑卒中常见的合并症,严重影响患者的康复,近年来引起越来越多国内外学者的关注,同时在理论及临床上取得了不同程度的成果。然而,由于神经系统的复杂,目前其病机还未阐明,还没有真正统一的诊断标准和疗效评判指标,尚缺乏系统的较大样本的临床和基础研究。笔者以为,对于 SHS 的治疗应提倡综合性治疗。因人而异地综合中西医药物、各种康复物理疗法以及针刺推拿等才能取得最满意疗效。其中不容忽视的是,为了提高疗效及减少患者病痛,早期发现早期治疗尤为重要。

[参考文献]

- [1] 赵俊,李熟人,宋文阁.疼痛诊断治疗学[M].郑州:河南医科大学出版社,1998:876.
- [2] 郭玉璞,王文志,李允德.中国脑血管治疗专家论文集[C].沈阳:沈阳出版社,1995:51.
- [3] 蔡亦强,余兢兢.肩-手综合征康复治疗疗效观察.中国康复理论与实践,2005,11(4):304.
- [4] Veldman PHJM. The symptom of reflex sympathetic dystrophy[J]. Lancet,1993,342(8878):1012-1016.
- [5] 宗重博.反射性交感神经营养不良的康复[J].国外医学:物理和康复学分册,2000,20(2):739.
- [6] Muizelear CRPS. Management with the calcium channel blocker nifedipine and/or the alpha-sympathetic block phenoxybenzamine in 59 patients[J]. Clin Neurol Neurosurg,1997,99(1):26-30.
- [7] Wynn Parry CB, Withrington PH. Painful disorders of peripheral nerves[J]. Postgraduate Med,1984,60:896.
- [8] Poplawski ZJ, Wiley AM, Murray JF. Post traumatic dystrophy of the extremities[J]. J Bone Joint Surg[J]. 1983,65A:642.
- [9] Solarora P, Kunnev K. The calcitonin treatment of patients with algodystrophy[J]. Vutreshni Bolesti,1990,29:102.
- [10] Melick. RSD treated with gabapentin[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1997,78(1):98-105.
- [11] Sachs BL, Zindrich MR, Beasley RD. RSD after operative procedures on the lumbar spine[J]. J Bone Joint Surg,1993,75A:721.
- [12] Neilsen FB, Olesen AS. Guanethidine blockade for palliative treatment in reflex dystrophy[J]. Ugeskr Laeger,1992,154:1500.
- [13] 宋艳玲.肩-手综合征的康复护理[J].中华临床与卫生,2004,2(6):53.
- [14] 陈婵.治疗性体位预防重型脑卒中患肢早期并发症的探讨[J].护理学杂志,2000,15(8):453-454.
- [15] 周贤丽.肩-手综合征的预防[J].第三军医大学学报,1994,16(2):113.
- [16] 马卫琴,宋忠耿,徐青,等.益气活血通络方治疗肩-手综合征 45 例分析[J].实用中医内科杂志,2005,19(3):278-279.
- [17] 王伟,秦爱国.巨刺法治疗肩-手综合征镇痛疗效观察[J].广西中医药,1994,17(5):6.
- [18] 郭泽新.电针治疗 40 例中风偏瘫肩-手综合征临床观察[J].中国中西医结合杂志,1995,15(11):648.
- [19] 唐强,张立雅,李晶.电针结合康复治疗脑卒中后肩-手综合征 60 例[J].针灸临床杂志,2005,21(4):19-20.
- [20] 陈立典.偏瘫后肩-手综合征的综合康复[J].中华理疗杂志,1997,20(1):33-35.
- [21] 赵俐玲,陈秋月.运动疗法对脑卒中并肩-手综合征患者的影响[J].中国康复,2005,20(1):53.

(收稿日期:2005-10-08)