

# 运动想像和促进技术对偏瘫肩痛康复疗效的影响

姚保龙,蒋小毛,霍文璟,姚波

[摘要] 目的 探讨运动想像和促进技术对偏瘫肩痛的康复疗效。方法 31 例脑卒中后偏瘫患者被随机分成运动想像和促进技术组(治疗组)18 例与一般康复治疗组(对照组)13 例。采用 Partridge 方法进行疼痛程度的评估。结果 治疗后两组疼痛程度积分均明显下降( $P < 0.01$ )。治疗组明显优于对照组( $P < 0.01$ )。结论 运动想像和促进技术对偏瘫肩痛的康复治疗有一定的疗效。

[关键词] 偏瘫;肩痛;运动想像;促进技术

中图分类号:R743.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)01-0029-02

[本文著录格式] 姚保龙,蒋小毛,霍文璟,等.运动想像和促进技术对偏瘫肩痛康复疗效的影响[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):29-30.

脑卒中是一种常见病,而偏瘫肩痛是偏瘫患者常见的合并症之一。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 将 31 例脑卒中偏瘫患者随机分成运动想像和促进技术组(治疗组)与对照组。其中治疗组 18 例,年龄 30~78 岁,平均( $57.62 \pm 10.43$ )岁。对照组 13 例,年龄 29~78 岁,平均( $60.16 \pm 9.64$ )岁。

1.2 评价方法 根据 Partridge 等的方法进行改良,

对肩关节屈曲、外展(至  $90^\circ$ )、外旋、内旋分别进行疼痛程度的评估:无痛:0;轻度(有疼痛或局部伴笨重感):1;中度(忍得住的中度疼痛,可自行缓解):2;严重(严重的疼痛,使用镇痛剂可缓解):3;非常严重(疼痛非常严重,活动严重受限):4;剧烈(疼痛剧烈,因疼痛完全不能活动):5。分别于疗程开始前和疗程结束时,由专人对两组患者进行相应评估。所有数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。

1.3 康复方法 两组均进行偏瘫肩痛的被动活动,肢体按摩以及抗痉挛体位等。每次 30 min,每周 5 次,1 个疗程 15~20 d,进行 1~3 个疗程。治疗组还由康复治疗师对偏瘫肩痛患者施行一对一的促进技术的康复

---

作者单位:浙江省望江山疗养院体疗室,浙江杭州市 310024。作者简介:姚保龙(1962-),男,浙江杭州市人,主治医师,主要研究方向:运动康复。

治疗。并进行每日 3 次,每次 30 min 的运动想像。

1.3.1 运动想像 患者仰卧位,患侧上肢肩部垫一枕头,肩关节外展 90°,肘关节伸直,全身放松 3~5 min,指导患者想像其躺在一个温暖、放松的地方,按肩、肘、腕、指的顺序逐渐放松患侧肢体。然后用 20 min 提示患者注意力集中进行间断的“运动想像”:①患侧肩关节外展 90°,肘关节伸直,手指伸展,做肩关节向侧方推出去,缩回来,再推出去的运动想像;②前臂旋前旋后。

1.3.2 促进技术 ①患者仰卧位,治疗师用手分别抓住患者偏瘫肢体的上臂和手掌部分,对肩关节适当地挤推,让患者用伸直的上肢主动、间歇地推挤治疗师的

手部,注意引导患者的用力方向及肌肉用力程度,增加肩关节周围的肌力,诱导出随意运动。②患者仰卧位,患肩屈曲 90°置垂直位,手臂伸直,嘱患者将控制患侧上肢,不使其下落。③患者坐位,患侧肩关节 0 位,治疗师一手握住患侧手,另一手放于患侧肘部,嘱患者用患侧上肢向前推,直至伸直,然后嘱患者将患侧上肢慢慢往后缩,反复练习。

## 2 结果

两组患者的改良 Partridge 积分经治疗后都有明显提高( $P < 0.01$ ),见表 1;但治疗组的改善明显优于对照组( $P < 0.01$ ),见表 2。

表 1 两组治疗前后疼痛程度比较(分)

组别	时段	屈曲	外展	外旋	内旋	总分
治疗组	治疗前	2.05±0.26	2.4±0.23	2.65±0.21	1.05±0.34	8.15±0.93
	治疗后	0.6±0.28	0.85±0.3	1.35±0.32	0.35±0.25	3.15±1.08
	<i>t</i>	7.855 <sup>a</sup>	7.815 <sup>a</sup>	6.541 <sup>a</sup>	3.199 <sup>a</sup>	9.558 <sup>a</sup>
对照组	治疗前	1.52±0.21	1.93±0.19	2.34±0.23	0.83±0.12	7.53±0.86
	治疗后	0.7±0.19	0.92±0.16	1.45±0.18	0.54±0.09	3.64±0.98
	<i>t</i>	4.715 <sup>a</sup>	3.958 <sup>a</sup>	3.657 <sup>a</sup>	2.66 <sup>a</sup>	7.885 <sup>a</sup>

注:a: $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者治疗前后积分差值的比较(分)

组别	屈曲	外展	外旋	内旋	总分
治疗组	1.96±0.17	1.65±0.13	1.41±0.08	0.74±0.1	5.11±0.15
对照组	0.8±0.09	1.1±0.04	0.99±0.07	0.32±0.04	4.03±0.13
<i>t</i>	3.142 <sup>a</sup>	2.67 <sup>a</sup>	2.98 <sup>a</sup>	2.75 <sup>a</sup>	3.55 <sup>a</sup>

注:a: $P < 0.01$ 。

## 3 讨论

偏瘫患者肩痛的确切机理目前尚不清楚。本组病例中,肩关节半脱位占 60%,肩-手综合征占肩痛患者 10%。肩关节正常机制被破坏及处理不当在临床中多见,如肩胛节律的丧失,肱骨外旋不充分,肱骨头缺乏向下滑行运动,再加上一些引起疼痛性创伤的活动(不伴有肩胛骨必要的移动和肱骨外旋的被动运动,牵拉患侧上肢等)。另外,冻结肩、旋肌袖撕裂亦是肩痛的致因。

本组病例中疼痛程度治疗前后有显著差异,而疼痛程度积分外旋>外展>屈曲>内旋,这可能与上肢外展时不伴外旋的创伤性活动多,自助活动以上肢屈曲、内旋多。偏瘫患者痉挛模式与肩关节内收、内旋有关,故在偏瘫患者运动处方中应注意这一点,避免高处滑轮等运动,注意外展活动时伴一定外旋,运动量适中,避免粗暴操作造成损伤,以减少肩痛的发生。

由于偏瘫患者能得到正规康复者很少,而在康复中康复医师对偏瘫患者的治疗时间也是有限,大量时间需要家属及患者本人来完成,而在实际操作过程中,患者往往为完成一个动作而消耗很多体力,很容易疲劳,所以我们应用运动想像和促进技术相结合来治疗偏瘫患者的肩痛。

促进技术的作用机理是“形成新的神经通路”。反

射和随意运动的结合可促进正确的运动反应的形成,通过反复结合,传导中突触阻力下降,从而在中枢神经系统中开通一条新的神经通路。这种正确的运动形式的促进与对不正确的运动形式的抑制结合起来,经过多次重复可将此活动程序编排入锥体外协调系统形成协调运动定型,而使运动的协调性也得到恢复<sup>[1]</sup>。

在施行技术操作过程中,作者始终强调患者要保持注意力集中,并给予最大程度的努力和配合,这使得所有的治疗活动对于患者来说都成了目的性的活动,而在完成某一目的性活动中,患者的大脑仅需指令某一活动,而不必去作出收缩或放松某一肌肉的具体指令,容易被执行<sup>[2]</sup>,且有目的的、反复进行的运动训练可使相关神经细胞的轴突发芽,形成新的突触,最终引发突触再生<sup>[3]</sup>,从而使大脑恢复对偏瘫肢体的运动控制能力。

对照组的治疗方法以被动治疗为主,虽然也可在一定程度上抑制偏瘫上肢肩痛的异常情形,刺激正确运动控制的产生,但因其缺乏针对性,加之忽略了偏瘫患者主动参与和认知配合对运动功能恢复的影响<sup>[6]</sup>,所以其恢复效果不及治疗组。

## [参考文献]

- [1]姚保龙,蒋小毛,霍文琛,等.易化技术结合运动想像对偏瘫上肢的康复疗效[J].中国康复,2005,20(6):361.
- [2]范振华,周士枋.实用康复医学[M].南京:东南大学出版社,1998:485-498.
- [3]赵钜.现代偏瘫治疗学[M].北京:人民军医出版社,1996:182-183.
- [4]肖振,张丽艳,逢辉.运动再学习方法在偏瘫患者上肢功能恢复中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(10):590-591.

(收稿日期:2005-09-27)