

脑卒中肩关节半脱位的康复

晁敏, 王尊, 王磊

【关键词】 脑卒中; 肩关节半脱位; 综合康复治疗

【中图分类号】 R49; R684.3 【DOI】10.3870/zgkf.2012.04.025

肩关节半脱位(glenohumeral subluxation, GHS)是脑卒中偏瘫患者常见并发症,发生率高达60%~80%^[1],影响患者上肢功能康复,常导致肩手综合征等一系列严重并发症^[2-4]。本文对偏瘫患者GHS的发病机制、诊断及治疗综述如下。

1 GHS的发病机制^[5]

1.1 肩关节周围肌肉的机能低下 以三角肌,尤其是冈上肌为主的肩关节周围起稳定作用的肌肉瘫痪、肌张力低下,被认为是GHS最重要的原因。这些肌肉瘫痪后在上肢重量的牵拉下,可产生GHS。肌张力低下的软瘫期患者其GHS的发生率明显高于痉挛期患者,随着肌张力的逐渐提高,半脱位可随之减轻或消失。

1.2 肩关节囊及韧带的松弛、破坏及长期牵拉所致的延长 在软瘫期关节囊及韧带是保持肩关节于正常位置的唯一组织。半脱位多发生在病后第4周,患者坐起活动后,在上肢重量或外力的牵拉下,由关节囊及韧带破坏、松弛、延长所致。

1.3 肩胛骨周围肌肉的瘫痪、痉挛及脊柱直立肌的影响等所致的肩胛骨向下旋转 研究显示处于麻醉下的正常人,在外展上肢时易出现半脱位。推测GHS的程度可能与肩胛骨下旋及肱骨相对外展的程度有关。但肩胛骨位置和肱骨外展与半脱位之间的关系尚有疑问。

2 GHS的临床表现与诊断

2.1 临床表现 GHS又称盂肱关节半脱位,其临床表现为肩胛带下降、肩关节腔向下倾斜、肩胛骨下角位

置较健侧低,患侧呈翼状肩^[6],是脑卒中偏瘫患者的并发症之一,是导致肩痛、肩关节活动受限、肩手综合征等一系列相关并发症的重要因素^[7],也是制约偏瘫患者上肢功能恢复的主要原因之一^[8]。

2.2 诊断标准 参照中国康复医学诊疗规范中的GHS的诊断标准^[9]:患者取坐位,GHS时肩峰下沉或可触及凹陷;肩关节正位片示患侧肩峰与肱骨头之间的间隙>14 mm或患侧上述间隙比健侧宽10 mm,上肢下垂时患者可感到肩部不适或疼痛,若将上肢被动托起时,疼痛或不适减轻。

3 GHS的康复治疗

3.1 康复护理 早期系统的康复护理对GHS有良好的预防及治疗效果。主要的方法^[10]:①良肢位摆放,患者仰卧位时呈伸展位,掌心向上;健侧卧位时掌心向健侧和肩胛骨前伸位;患侧卧位时患侧伸直和肩胛骨前伸,掌心向健侧;坐位时患侧肘部、腕部和手用三角巾支撑,避免患侧上肢拖垂、腕和手指关节屈曲;行走或立位时给予患肢充分的扶持。②肩关节运动,软瘫期以被动活动为主,进行肩关节前屈上举活动,伸肘和使肱骨处于外旋位,配合主动助力,健侧带动患侧完成;痉挛期,坐位患肢抗痉挛下充分反复负荷体重;卧位或坐位患肢抗痉挛下双手反复充分上举;利用牵张反射坐位下患肢手掌反复瞬间挤压、肩周围快速拍打和摩擦;卧或立位的全桥运动。③健康教育,向患者及家属讲解体位摆放、肩关节的保护等康复护理内容,并进行说明和示范,避免发生继发损害。指导患者双手交叉,用健手握住患侧手,使患侧的腕关节保持背屈、拇指外展位,抑制上肢痉挛,防止GHS进一步加重。良肢位摆放及肩关节主、被动活动可以获得正确的本体刺激^[11],既可避免异常肌张力的形成和强化,又在维持、促进其运动功能的同时充分刺激关节囊和韧带,防止患肩关节囊和韧带的松弛和继发性损伤。对患者进行康复教育,给予正确指导,可以

收稿日期:2011-11-11

作者单位:南京中医药大学第二临床医学院康复治疗教研室,南京210046

作者简介:晁敏(1990-),女,本科生,主要从事骨关节及神经疾病康复方面的研究。

通讯作者:王磊,副教授。

提高患者参与康复的自主性^[12]。因此,对 GHS 患者进行全面系统的早期康复护理,可提高康复疗效、缩短康复周期,对提高患者的日常生活自理能力及生活质量、节省医疗费用、降低致残率有重要意义^[13]。

3.2 物理因子治疗 用于治疗 GHS 的物理因子疗法有电刺激、超短波和磁疗等,其中最常用是电刺激疗法^[14],以电刺激作用于肩关节周围的肌肉,通过调节肩关节周围肌肉的机能改善 GHS 及运动功能障碍^[15]。其治疗机制为:脑卒中早期的肌肉张力低下和瘫痪为上运动神经元瘫,下运动神经元及其所支配的肌肉无病理损害,因此恰当的电流刺激肌肉运动点会通过完好的周围神经-肌肉系统引发确切良好的肌肉收缩,电刺激所引发的肌肉并非完全的被动收缩运动,在某种意义上是一种“半主动”运动,这种肌肉收缩不仅能促进肌张力的恢复,而且还能向中枢传导肌肉收缩关节运动而产生的本体感、位置觉等深感觉以及刺激皮肤而产生的浅感觉,通过本体反射机制促进中枢神经功能的恢复与重建,恢复偏瘫肢体的运动功能^[16]。

3.3 运动疗法 包括肩胛上提训练、诱发患者肩关节屈曲训练、患侧负重训练、肩抗阻上提训练,指导患者尽量主动完成肩关节的全关节活动范围的运动。通过肩胛带抗阻上提训练和患侧负重训练等,有效提高肩胛提肌、岗上肌、三角肌等肌肉的张力,充分发挥肩关节周围稳定肌群固定肩关节的作用,减少偏瘫患者患侧的废用、误用综合征^[17]。通过患肢保持前伸的训练恢复关节的锁定机制,即上臂内收时关节囊上部及喙肱韧带紧张,被动阻止了肱骨头向侧方移动,也就防止了向下脱位。王玉龙等^[18]采用 PNF 技术肩胛带模式,改善肩胛骨和肩关节周围的肌肉活动,增强菱形肌、前锯肌、背阔肌、斜方肌及肩胛肌的肌力;通过上肢单、双侧 D2 屈模式,增强三角肌、冈上肌、冈下肌、肱二头肌和小圆肌的肌力;通过肩胛带模式中肩胛骨的向上、向前运动,纠正肩胛骨的位置,恢复肩胛骨的“锁定机制”^[19],增强肩胛带的稳定性和肩关节周围肌群的肌力,从而改善 GHS。因此,对偏瘫患者的运动训练,通过提高肩关节周围肌肉的张力,提高上肢的功能,矫正肩部的异常模式(如肩后撤、下沉),减少患者在日常生活中由于肩部疼痛不能完成的活动,提高日常生活自理能力。

3.4 针灸 针刺治疗 GHS 的有效性表现在镇痛、止痉、增强肌力、促进神经的感觉和运动的传导速度等方面^[20]。在临床上常与康复治疗综合运用,促进 GHS 的康复。常用的针灸疗法主要有:①电针:以手阳明大肠经为主,辨证治疗,局部取穴配合远道取穴。②头

针:主要在顶区、顶前区取穴进行针刺,能通过扩张脑血管,改善微循环,激发大脑皮层功能区的生理功能及增强中枢外周传导功能等方面,直接调整脑卒中患者机能状态^[18]。在头针的同时采用各种康复手法刺激肩部的稳定肌肉及输入正确的运动模式,可加强中枢对肩部肌肉运动感觉输入的应答,配合有效的肌肉、关节训练,可以调整神经反射环路各个运动神经元的兴奋性,促进大脑皮层的功能重组,提高肌张力及肌力,促进主动运动的尽早出现,改善 GHS 和上肢的功能。

3.5 心理康复 心理护理对 GHS 患者康复具有积极意义^[10],应贯穿整个康复治疗护理过程。主要方法是向患者及家属讲明所采取治疗护理措施的目的及意义、疾病的预后、功能恢复的程度,减轻患者及家属的焦虑、抑郁等消极心理。充分调动患者的康复积极性,及时疏导患者的不良情绪。当患者兴奋及情绪良好时,神经抑制降解,神经肌肉的调节达到最佳状态。因此,在康复过程中要密切观察患者的心态,对不良情绪进行耐心疏导,树立康复信心,调动患者的康复潜力,提高康复自觉性和提高康复效果。

综上所述,康复护理、理疗、运动疗法和针灸治疗等综合康复治疗对脑卒中后 GHS 患者有较好疗效^[21],对脑卒中患者进行早期宣教及护理可明显降低其 GHS 的发生率。因此,对于脑卒中患者的 GHS 进行早预防、早诊断、早治疗,可明显降低 GHS 的发生,改善 GHS 及上肢功能,提高患者生活质量。

【参考文献】

- [1] 窦祖林. 实用瘫痪康复[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999,421-425.
- [2] Lindgren I, Jonsson AC, Norrving B, et al. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study [J]. Stroke, 2007, 38(2): 343-348.
- [3] Chae J, Mascarenhas D, Yu DT, et al. Poststroke shoulder pain: its relationship to motor impairment, activity limitation, and quality of life[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2007, 88(3): 298-301.
- [4] Dromerick AW, Kumar A, Volshteyn O, et al. Hemiplegic shoulder pain syndrome: interrater reliability of physical diagnosis signs[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87(2): 294-295.
- [5] 戴红. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1999, 180-186.
- [6] 孙启良. 偏瘫患者与肩关节半脱位[J]. 中国康复医学杂志, 1995, 10(1): 55-56.
- [7] Paci M, Nannetti L, Taiti P, et al. Shoulder subluxation after stroke: relationships with pain and motor recovery[J]. The

- Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy, 2007,12(2):95-104.
- [8] 钱开林,王彤. 功能性电刺激治疗脑卒中后肩关节半脱位疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25(1):37-38.
- [9] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医疗诊疗规范[M]. 北京:华夏出版社,1999,82-83.
- [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,2009,40(3):152-152.
- [11] Baker L, Parker K. Neuromuscular electrical stimulation of the muscles surrounding the shoulder[J]. Phys Ther, 1986,66(12):1930-1937.
- [12] 刘健,游伟星,孙栋. 功能性电刺激对脑卒中偏瘫患者肩关节半脱位及上肢运动功能的作用[J]. 第一军医大学学报,2005,25(8):1054-1055.
- [13] Faghri PD, Rodgers MM, Glaser RM, et al. The effects of functional electrical stimulation on shoulder subluxation, arm function recovery, and shoulder pain in hemiplegic stroke patients[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1994,75(1):73-79.
- [14] 蒋天佑,王兴林,马林,等. 低频电刺激腓总神经时脑部fMRI表现[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25(7):410-412.
- [15] Paci M, Nannetti L, Rinaldi LA. Shoulder subluxation in hemiplegia[J]. Journal of Rehabilitation Research and Development, 2005,42(6):557-568.
- [16] 于大川,宋雅丽,陈曦. 偏瘫患者肩关节半脱位的运动疗法[J]. 吉林大学学报(医学版),2008,34(1):130-131.
- [17] 杨丹丹,徐琳峰,陈丽娜,等. PNF 技术治疗早期偏瘫后肩关节半脱位的疗效[J]. 中国康复,2007,22(2):104-105.
- [18] 王玉龙. PNF 对偏瘫肩半脱位的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2002,24(6):322-325.
- [19] 宋成忠. 电针穴位刺激加康复训练治疗中风后肩手综合征疗效观察[J]. 山东医药,2004,44(16):38-40.
- [20] 王国祥. 头针对缺血性中风临床疗效的评定[J]. 中国针灸,1993,12(5):4-6.
- [21] 蔡成欢,冯尚武,谢镇良,等. 综合康复治疗对脑卒中后肩关节半脱位的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2009,24(11):1041-1042.

分期针刺治疗脑卒中偏瘫临床研究进展

张利泰¹, 吴炳香², 孙娜¹

【关键词】 脑卒中; 偏瘫; 分期针刺

【中图分类号】 R49;R743.3 【DOI】 10.3870/zgkf.2012.04.026

卫生部统计显示,我国是脑卒中高发国家,每年新发病 200 万人。偏瘫是脑卒中患者最常见的表现,极大地影响了患者的运动功能及日常生活活动能力。据统计,发病后 1 周内经急救存活的患者中,有 73%~86% 出现偏瘫或单瘫,71%~73% 有行动困难,47% 不能独自坐立^[1]。因此,近年来已经有大批的医疗工作者致力于脑卒中偏瘫康复的研究,临床中将分期针刺与促进技术结合,治疗脑卒中偏瘫的效果明确而显著。

1 针刺治疗脑卒中偏瘫的分期

中风偏瘫的康复实际上是一个运动模式不断改变的过程^[2],即由恢复早期的异常运动模式到恢复后期

正常运动模式,属于渐进式的质变过程。在分期针刺治疗脑卒中偏瘫过程中,因所处恢复阶段的不同,其穴位选择、行针手法及治疗手段亦各不相同。根据中风偏瘫后机体的病理过程,有将偏瘫的康复分为急性期与恢复期^[3];早期(<6 个月),中期(6~12 个月),后期(18~36 个月)^[4];锥体束休克期,过渡期,痉挛性瘫痪期等^[5]。而根据 Brunnstrom 提出的 6 阶段恢复理论^[6],分为软瘫期、痉挛期、分离运动期^[7],最受推崇。

2 针刺对脑卒中偏瘫的分期干预

2.1 软瘫期 脑卒中早期随着缺血半暗带的代谢性损伤、水肿、出血和血压的改善,部分缺血性神经元的恢复,早期针刺可出现快速的早期功能恢复^[8]。此期治疗目的为促进患肢肌力恢复,及早摆脱迟缓状态,加速病程进展。刘悦等^[9]根据现代康复医学理论,改变了体针“治痿独取阳明”的传统做法,在软瘫期上肢取阴经经穴,下肢取阳经穴为主,力图诱发偏瘫侧上肢屈肌,下肢伸肌肌张力增加,促发共同运动;在痉挛期则

收稿日期:2012-03-25

作者单位:1. 解放军第 281 医院康复医学科,河北 北戴河 066100; 2. 北戴河 61195 部队,河北 北戴河 066100

作者简介:张利泰(1970-),男,副主任医师,主要从事神经系统疾病针灸临床康复方面的研究。