

针刺联合肩胛带控制训练对偏瘫患者肩痛及上肢功能的影响

马文军 田刚 王盼 刘海涛
中卫市中医医院 宁夏 中卫 755000

摘要:目的:分析针刺联合肩胛带控制训练在偏瘫患者肩痛及上肢功能改善中的具体优势。方法:纳入偏瘫且伴有肩痛及上肢功能障碍患者50例,于2023年3月-2024年1月入院,按入院日期先后顺序分组。对照组($n=25$,2023年3月-2023年7月)、观察组($n=25$,2023年8月-2024年1月),两组均采用针刺,观察组另采用肩胛带控制训练进行干预。两组均干预2周,于干预前、干预2周后比较两组患者的疼痛程度、上肢功能、被动关节活动度。结果:干预2周,观察组数字疼痛量表(NRS)评分显著低于对照组($P<0.05$)。干预2周,观察组偏瘫上肢功能测试(FTHUE-HK)评分显著高于对照组($P<0.05$)。干预2周,观察组前屈、外旋、后伸关节活动度显著高于对照组($P<0.05$)。结论:针刺联合肩胛带控制训练在偏瘫患者肩痛及上肢功能中有显著优势,可明确缓解疼痛症状、改善护理效果,对提高被动关节活动度有积极作用。

关键词:针刺;肩胛带控制训练;偏瘫;肩痛;上肢功能

偏瘫作为急性脑血管病的常见症状,其表现为肢体运动障碍,其中肩痛及上肢功能障碍对生活质量的影 响较为显著,基于此临床上主张综合治疗^[1]。近20年来,伴随多学科团队开展,物理治疗的出现使偏瘫治疗效果有了显著提升,但由于治疗过程中患者常因疼痛因素的影响而致依从性下降,且现有疗法在长期效果和综合改善方面仍存在诸多争议,因此探索积极有效的治疗方案迫在眉睫。伴随人们健康保健意识的加强,中医疗法以副作用小、价格低廉等优势广受认可,中医认为偏瘫是“邪在于经”所致,针刺疗法通过针刺局部穴位以达疏通其经脉的目的。有文献报道^[2],肩胛带控制训练可增强肩胛带的协调性及纠正肩胛骨的异常位置和运动模式,对改善上肢运动功能有积极的意义。与以往侧重于单一疗法的研究不同,本研究创新性地 将针刺与肩胛带控制训练相结合,以探讨联合疗法在偏瘫患者肩痛及上肢功能中的应用价值,具体如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取本院于2023年3月-2024年1月入院的偏瘫且伴有肩痛及上肢功能障碍患者50例,按日期分组:对照组($n=25$,2023年3月-2023年7月)和观察组($n=25$,2023年8月-2024年1月)。观察组男12例,女13例,年龄48-75(58.25 ± 7.94)岁,对照组男13例,女12例,年龄47-75(58.72 ± 7.26)岁,纳入标准:①符合《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》^[3]中的偏瘫诊断标准;②能耐

受针刺、肩胛带控制训练者;③临床病例资料完整者;④均签署相关知情文件。排除标准:①肩关节脱位或骨折者;②重大脏器功能异常者;③有家族精神病史,意识不清伴有认知功能障碍者;④患脑部恶性肿瘤者;⑤依从性差的患者。两组患者临床资料均衡性良好($P>0.05$)。

1.2 方法

两组均采用通过遵医嘱使用非甾体类抗炎药、物理疗法(蜡疗、超短波治疗,1天1次)、运动疗法(关节活动度训练、平衡训练)治疗,训练频率为3次/天、10-15分钟/次。

观察组:通过针刺进行干预。

针刺疗法:嘱患者取仰卧位或坐位,用酒精棉球消毒后取肩髃、肩贞、曲池、手三里、合谷等穴位,选择的一次性无菌针灸针(苏械注准20162271374,苏州环球针灸医疗器械有限公司,规格:0.20mm×15mm)可采用提插、捻转等手法进行针刺,频率为一天2次。

观察组:联合肩胛带控制训练,频率为1天1次。

①被动训练:患者取仰卧位。护理人员托住上肢肘部,一手固定肩胛骨,使肩胛骨被动功能训练(前屈、外展、外旋),频率为每组10个,每次1~2组,并注意始终保持盂肱关节和肩胛骨的运动节律。

②挤压肩胛胸壁关节:患者取舒适体位,护理人员将手放于患侧肩胛骨处,手指贴合肩胛骨的边缘,保持力度均匀并缓慢向上推,同时另一手放在患侧胸大肌,

两手相对用力、缓慢挤压并维持3-5秒,在此期间不断观察患者的表情和反应,以确保患者没有不适感,频率为每组5个,每次1~2组。

③主动训练:护理人员通过Bobath中的反射性抑制法控制患侧,另一只手使得肘关节处于伸肘位,将肩关节保持在前屈、外展的不同位置(0°、30°、60°、90°),并根据患者的情况并施加适当的阻力。全程动作轻柔,并嘱患者体会用力的感觉,其训练频率:每组10个,每次2~3组。

两组均干预2周(14天)。

1.3 观察指标

①疼痛程度:干预前、干预2周后,通过数字疼痛量表(NRS)来评定疼痛程度。嘱患者选取0~10数字,其中0表示无痛,10代表难以忍受的剧痛,数字与疼痛程度成正相关,数字越大,就表明疼痛程度越严重。

②上肢功能:干预前、干预2周后,借助偏瘫上肢功能测试(FTHUE-HK)来评估,该量表(33个条目)根据完成情况赋值为0-5分,0分表示不能完成,5分表示正

常完成。总分165分,数字与上肢功能成正相关,分数越高表示上肢功能越好。

③被动关节活动度:干预前、干预2周后,嘱患者坐位,通过角度尺,使轴心位于肱骨侧面的肩峰,在不引起患肩疼痛的前提下,测量肩关节于前屈、外旋、后伸的被动活动范围,其中前屈正常活动度约为0-180度、后伸为0-60度、外旋0-90度。

1.4 统计学方法

将临床数据进行SPSS21.0软件处理,计数资料(NRS评分、FTHUE-HK评分、关节活动度)行 χ^2 检验: $[n(\%)]$,当 $n < 40$ 且 $1 < T < 5$ 时用校正 χ^2 检验。计量资料录入检验: t (独立、配对): $(\bar{x} \pm s)$, $P < 0.05$ 提示差异显著。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较

干预2周后,观察组NRS评分显著低于对照组($P < 0.05$),见表1:

表1 两组NRS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预2周后	<i>t'</i>	<i>p'</i>
观察组	25	7.36±1.02	3.71±0.59	15.488	0.000
对照组	25	7.28±1.11	5.26±0.87	7.161	0.000
<i>t</i>		0.265	7.373		
<i>p</i>		0.792	0.000		

2.2 两组护理效果比较

干预2周后,观察组FTHUE-HK评分显著高于对照组

($P < 0.05$),见表2:

表2 两组FTHUE-HK评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预2周后	<i>t'</i>	<i>p'</i>
观察组	25	97.98±9.02	133.71±15.59	9.919	0.000
对照组	25	98.41±10.11	105.26±14.87	1.905	0.063
<i>t</i>		0.159	6.603		
<i>p</i>		0.875	0.000		

2.3 两组被动关节活动度比较

干预2周后,观察组前屈、外旋、后伸关节活动度显

著高于对照组($P < 0.05$),见表3:

表3 两组被动关节活动度比较($\bar{x} \pm s$,度)

组别	<i>n</i>	前屈		外旋		后伸	
		干预前	干预2周后	干预前	干预2周后	干预前	干预2周后
观察组	25	107.98±9.79	163.71±15.20*	37.98±4.02	70.71±7.95*	24.98±2.02	45.71±5.59*
对照组	25	108.95±10.41	145.26±11.02*	38.41±4.85	46.26±4.02*	24.41±2.71	30.26±4.87*
<i>t</i>		0.339	4.914	0.341	13.723	0.843	10.420
<i>p</i>		0.736	0.000	0.734	0.000	0.403	0.000

注:与干预前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来,对于偏瘫患者的康复疗法取得了长足进步,可加速患者康复进程。中医以为,经络是气血运行的通道,偏瘫伴肩痛的主要病机在于气血运行不畅,经络阻滞,因此治疗原则以疏通经络为主,针刺疗法中取相关穴位,其中肩髃、肩贞、曲池、手三里、合谷均可通络止痛,有效调节经络气血,疏通经脉,有效止痛。相关研究表明^[4],针刺疗法通过输入外周感觉,调节神经系统的兴奋性,使脊髓低位中枢易化,可促进上肢功能恢复,徐维彬^[5]指出,针刺疗法对提高肩关节活动能力有积极的意义,但单一使用见效慢。

临床发现,肢功能的恢复速度较下肢慢,其原因在于上肢功能在大脑皮质的投射区域更大,且上肢的神经可塑性弱,大脑损伤后难以实现功能重组及神经连接。近年来,随着医学的不断发展,艾尔斯提出了感觉整合理论,认为通过有效整合感觉信息,能够使个体能够有效地适应环境,其广泛应用于注意力缺陷多动障碍、自闭症等多种疾病的治疗,而对于偏瘫这一理论同样具有重要的指导意义,可实现上肢功能恢复^[6],而针刺联合肩胛带控制训练通过增加触觉、本体感觉和前庭感觉的刺激,进一步缓解肩痛症状。

在偏瘫患者中,由于中枢神经系统严重受损,导致感觉信息处理整合障碍,出现肌力下降、关节囊挛缩,进而引起疼痛。在本研究中,干预2周,观察组NRS评分显著低于对照组($P < 0.05$)。干预2周,观察组FTHUE-HK评分显著高于对照组($P < 0.05$)。该研究结果表明,针刺联合肩胛带控制训练能够有效缓解患者的疼痛症状,促进上肢功能恢复。感觉整合理论中表明,通过对感觉信息的整合和利用,能够有效提高提高上肢的运动感知和控制能力。肩胛带区域富含本体感受器,通过肩胛带控制训练,从多方面完成对本体感觉的输入,被动训练能够增加灵活性,挤压肩胛胸壁关节能重建关节的感知能力,主动训练可实现大脑与受损肌肉之间的神经

连接,以上环节紧紧相扣,有助于优化神经肌肉控制,最终促进上肢功能的恢复。

在本研究中,干预2周,观察组前屈、外旋、后伸关节活动度显著高于对照组($P < 0.05$)该研究结果表明,针刺联合肩胛带控制训练能够显著提高肩关节的关节活动度,与刘铭^[7]研究结果一致。肩胛带控制训练对针刺的效果进行强化,通过被动训练、挤压肩胛胸壁关节和主动训练,有效增强肌肉的协同收缩能力,促进关节活动度的持续改善,两者联合对提高关节活动度有积极的作用。

综上所述,针刺联合肩胛带控制训练在偏瘫患者肩痛及上肢功能中有显著优势,可明确缓解疼痛症状、改善上肢功能,对提高被动关节活动度有积极作用。

参考文献

- [1]宁蒙蒙,张超雁,张玉姣.基于格林模式的功能锻炼干预方案在脑梗死偏瘫病人中的应用[J].全科护理,2024,22(13):2497-2500.
- [2]胡永林,马颖,窦超,等.肩部控制训练联合神经松动术对脑卒中偏瘫患者肩痛及上肢功能的效果[J].中国康复理论与实践,2024,30(1):81-86.
- [3]各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J].临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.
- [4]朱欣芳,辛玉甫,孙守琦.开窍醒神补虚通络针刺疗法联合多种感觉刺激法治疗脑卒中后偏瘫临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(5):1001-1004.
- [5]徐维彬.经筋针刺疗法治疗肩周炎的效果及对疼痛程度、肩关节活动度的影响[J].四川中医,2024,42(4):221-223.
- [6]刘帅,王振鑫,王佳.基于感觉统合理论的AR技术辅助自闭症儿童出行系统设计[J].设计,2024,37(11):109-113.
- [7]刘铭,李芝慧,张静,等.防痉挛针刺法联合肩胛带控制训练治疗脑卒中偏瘫肩痛临床观察[J].河南中医,2024,44(1):108-112.