

复合丙泊酚麻醉可减少丙泊酚总用量,起效时间短,镇痛效果较高,可维持生命体征稳定,缩短术后恢复时间。大剂量阿芬太尼镇痛效果发挥更好,可提高感觉神经阻滞效果,减少局麻药物使用量,且具有清除快、输注半衰期短、长期使用无蓄积等优点,不会增加不良反应发生率。

综上所述,大剂量阿芬太尼复合丙泊酚麻醉能够减少无痛人流术中丙泊酚总用量,缩短起效时间,提高镇痛效果,维持生命体征稳定,促进术后恢复。

参考文献

[1]刘丹勇,王晓光,黄晓雷,等.丙泊酚复合不同镇痛药物应用于无痛人流术效果及对体动的影响[J].中国病案,2019,20(1):96-99.
[2]寇广海.右美托咪定与芬太尼联合丙泊酚在无痛人流术中的应用效果及其对血流动力学、镇静程度和安全性的影响[J].中国性科学,2019,28(10):66-70.
[3]王艳丽,李辉,郭贵有.不同剂量纳布啡复合丙泊酚对无痛人流术麻

醉效果及炎症应激反应的影响[J].实用药物与临床,2019,22(11):1156-1161.
[4]张昊,张茹,任敏.羟考酮联合复合丙泊酚对门诊无痛人流手术患者麻醉效果、宫缩疼痛及安全性的分析[J].河北医药,2019,41(23):3606-3608,3612.
[5]姚飞,朱爱兵,许少军,等.不同剂量羟考酮对无痛人流术后宫缩痛和情绪量值的影响[J].临床麻醉学杂志,2019,35(1):12-16.
[6]佟雪光,丁宝纯,连颖.瑞芬太尼依托咪酯利多卡因三种药物分别复合丙泊酚用于门诊无痛人流术中麻醉效果比较[J].河北医学,2019,25(10):1654-1658.
[7]周波,魏玉,何芸.丙泊酚联合小剂量地佐辛在无痛人流术中的应用[J].海南医学,2018,29(6):862-864.
[8]张朝巍,王迎虎.右美托咪定与芬太尼复合丙泊酚用于无痛人流的麻醉效果比较研究[J].现代药物与临床,2017,32(6):1085-1089.
[9]王琦英.丙泊酚复合不同剂量阿芬太尼用于无痛人流术的临床观察[J].基层医学论坛,2015,19(7):908-909.
[10]周英花.丙泊酚复合不同剂量阿芬太尼用于无痛人流术的临床观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(30):174-175.

(收稿日期: 2021-03-10)

星状神经节阻滞对脑卒中后肩手综合征患者疼痛及肢体功能康复的影响

罗卫东

(广东省中山爱达康康复医院疼痛康复科 中山 528437)

摘要:目的:探讨星状神经节阻滞对脑卒中后肩手综合征患者疼痛及肢体功能康复的影响。方法:选取 2019 年 1 月~2021 年 1 月我院收治的脑卒中后肩手综合征患者 86 例为研究对象,按电脑随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。两组均给予改善脑血管微循环治疗及综合康复训练,在此基础上,对照组给予物理或药物止痛,观察组给予星状神经节阻滞。比较两组肩手综合征评分、关节活动度、运动功能及疼痛程度,不良反应发生情况。结果:治疗前两组关节活动度、运动功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组关节活动度及运动功能评分均明显升高,且观察组高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组肩手综合征评分、疼痛程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组肩手综合征评分、疼痛程度评分均明显降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。两组治疗期间未出现明显不良反应发生。结论:脑卒中后肩手综合征患者给予星状神经节阻滞治疗,可明显减轻患者疼痛,改善关节活动度,促进肢体功能康复,且具有一定安全性。

关键词:脑卒中后肩手综合征;星状神经节阻滞;疼痛程度

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.069

脑卒中后肩手综合征(SHS)为卒中后继发性并发症,为一组症候群,表现为瘫痪侧手腕肩部疼痛、功能障碍,为反射性交感神经营养不良,严重者可影响患者瘫痪侧肢体功能康复,导致永久性功能障碍^[1-2]。针对脑卒中后肩手综合征及时给予有效治疗,对患者预后具有显著的临床意义。本研究选取脑卒中后肩手综合征患者,观察星状神经节阻滞对患者肢体疼痛及功能康复的影响,为临床相关治疗方案提供一定参考依据。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月~2021 年 1 月我院收治的脑卒中后肩手综合征患者 86 例为研究对象,按照电脑随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。对照组男 20 例,女 23 例;年龄 61~70 岁,平

均(64.34± 5.15)岁。观察组男 18 例,女 25 例;年龄 60~71 岁,平均(64.41± 4.92)岁。两组基线资料(性别、年龄)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经正侧位 X 片、CT、MRI 检查、结合临床表现确诊为脑卒中后肩手综合征;为卒中恢复期,生命体征平稳;肩手综合征分期为 I 期;均为单侧阻滞治疗。排除标准:伴有失语或认知功能障碍;既往有肩部病变或损伤史;颅内占位性病变更引起的肩手综合征;合并心、肝、肾等严重器质性疾病;存在神经阻滞禁忌证;中途出现严重并发症或病情恶化;有出血倾向。

1.3 治疗方法 两组均给予改善脑血管微循环及综合康复训练,马来酸桂哌齐注射液(国药准字 H20173235)320 mg+0.9%氯化钠注射液 250 ml,静

脉滴注,1 次 /d,持续给药 2 周;综合康复训练包括良肢摆放、关节主动及被动运动等。在此基础上,对照组给予物理或药物止痛,根据疼痛程度给予治疗,疼痛轻度者给予冷热水浸泡法、红外线照射、向心性压迫缠绕等物理止痛;有明显疼痛点者给予利多卡因封闭治疗;疼痛中重度者给予口服止痛药物。观察组给予星状神经节阻滞,协助患者去枕仰卧位,垫高患侧肩部,于胸锁乳突肌前缘、环状软骨水平垂直进针,注意避开颈总动脉,感觉触及 C₆ 横突时回退穿刺针 2 mm,给予 1%利多卡因 5 ml 缓慢注射,注射完毕后拔出穿刺针,穿刺点按压 15 min,隔日 1 次,持续治疗 2 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组肩手综合征评分,采用 SHS 评估量表进行评估,包括感觉、自主神经、出现疼痛时肩部外展、外旋运动范围等,评分越高表示患者症状越严重,以 8 分为分界线。(2)比较两组关节活动度,采用术后关节活动度 (ROM) 评估患者肩关节屈曲方向活动度。(3)比较两组运动功能,采用 Fugl-Meyer 评定法中上肢运动功能部分进行评估,55~64 分为轻度功能障碍,44~54 分为中度功能障碍,33~43 为明显功能障碍,33 分以下为严重功能障碍。(4)比较两组疼痛情况,采用疼痛视觉模拟评分法 (VAS),分值为 0~10 分,分值越高,患者疼痛越明显。(5)比较两组不良反应发生情况。

1.5 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 *t* 检验,计数资料以 % 表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组关节活动度、运动功能评分比较 治疗前两组关节活动度、运动功能评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后,两组关节活动度及运动功能评分均明显升高,且观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组关节活动度、运动功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	关节活动度 (°)		运动功能 (分)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	43	79.02± 5.10	109.10± 4.13	32.95± 3.47	51.36± 2.75	
对照组	43	78.82± 4.96	86.37± 4.24	32.87± 3.51	40.15± 2.88	
<i>t</i>		0.184	25.181	0.106	18.459	
<i>P</i>		0.854	0.000	0.916	0.000	

2.2 两组肩手综合征、疼痛程度评分比较 治疗前,两组肩手综合征评分、疼痛程度评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后,两组肩手综合征评分、疼痛程度评分均明显降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组肩手综合征、疼痛程度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	肩手综合征评分		疼痛程度评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	12.10± 2.35	5.17± 1.42	5.15± 1.24	2.07± 0.92
对照组	43	12.04± 2.17	8.73± 1.32	5.10± 1.37	3.98± 0.76
<i>t</i>		0.123	12.040	0.177	10.495
<i>P</i>		0.902	0.000	0.860	0.000

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组治疗期间均未出现明显不良反应。

3 讨论

脑卒中后肩手综合征具体发病机制尚不明确,广泛认为是中枢神经受损导致血管运动中枢受到影响,引起血管痉挛反应,交感神经兴奋性增加,使患侧肢体局部组织出现营养障碍,肩 - 手泵机制受损,肩胛周围、手腕等部位出现疼痛、水肿,疼痛刺激又进一步引发脊髓神经异常兴奋,加重痉挛程度,如此恶性循环。因此,改善肢体运动功能,维持血流、淋巴循环通畅,恢复正常肩 - 手泵机制为治疗关键^[3-5]。临床常见治疗方法有药物治疗、中医治疗等,但单一治疗方式效果均不显著,需联合治疗。

星状神经节阻滞为交感神经节阻滞的一种,临床适用范围较广,通过解除星状神经节过度紧张状态和功能亢进,调节植物神经系统,抑制阻滞点周围节后、节前纤维功能,增加同侧肢体、胸部、头颈等血流量,减少自由基,改善细胞供氧;还可调节细胞免疫和体液免疫,调整自然杀伤细胞和淋巴细胞功能,同时通过丘脑调节内环境平衡,增强抵抗能力,促进炎症渗出以及致痛物质的吸收,减轻纤维结缔组织粘连以及炎性反应,改善组织缺血,使肩 - 手泵机制受损恶性循环中断^[6-8]。本研究结果显示,治疗后,两组关节活动度、运动功能评分均明显升高,且观察组高于对照组 ($P<0.05$);治疗后,两组肩手综合征、疼痛评分均明显降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。说明脑卒中后肩手综合征患者给予星状神经节阻滞治疗,可明显减轻患者疼痛,改善关节活动度,促进肢体功能康复。此外,两组治疗期间均未出现明显不良反应。说明星状神经节阻滞治疗方案具有一定的安全性。

综上所述,星状神经节阻滞对脑卒中后肩手综合征患者疼痛及肢体功能康复疗效显著,可明显减轻患者疼痛,改善关节活动度,促进肢体功能康复,且具有一定安全性。本研究不足之处在于未做长期随访,观察患者复发情况,今后将扩大样本量作进一步深入分析。

参考文献

[1]Monsour M,Rodriguez R A,Sheikh A,et al. (下转第 149 页)

异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组膝关节恢复质量比较 研究组术毕

ROM、FL、MS 指标与对照组对比,差异无统计学意义, $P>0.05$;研究组术后 2 个月 ROM、FL、MS 指标均高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组膝关节恢复质量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ROM(°)		FL(°)		MS(级)	
		术毕	术后 2 个月	术毕	术后 2 个月	术毕	术后 2 个月
对照组	47	30.14± 7.32	87.34± 6.98	88.54± 10.21	104.76± 9.76	2.45± 0.63	3.51± 0.72
研究组	47	30.21± 7.21	103.45± 12.23	87.98± 10.76	125.32± 10.11	2.43± 0.65	4.34± 0.81
t		0.047	7.843	0.259	10.030	0.151	5.250
P		0.963	0.000	0.796	0.000	0.880	0.000

2.2 两组疼痛程度比较 研究组术毕静息状态、运动状态 VAS 评分与对照组对比,差异无统计学意义, $P>0.05$;研究组术后 2 个月静息状态、运动状态 VAS 评分均低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组疼痛程度比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	静息状态 VAS 评分		运动状态 VAS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	47	6.23± 1.54	3.12± 0.56	7.34± 1.15	3.94± 0.89
研究组	47	6.32± 1.35	2.11± 0.21	7.36± 1.11	2.81± 0.45
t		0.301	11.577	0.086	7.768
P		0.764	0.000	0.932	0.000

2.3 两组并发症发生情况比较 研究组并发症发生率为 10.64%,低于对照组的 27.66%, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较

组别	n	切口愈合不良(例)	关节疼痛(例)	假体松动(例)	总发生率(%)
对照组	47	5	5	3	27.66
研究组	47	2	2	1	10.64
χ^2					4.199
P					0.040

3 讨论

人工膝关节组成元件包含金属部分和塑胶部分,金属部分运用于股骨、胫骨位置,塑胶部分运用于胫骨和髌骨衬垫上,因此术后患者疼痛非常剧烈,且术后恢复期较长。由于术后疼痛、肢体肿胀等对后期康复非常不利,因此需要配合科学的康复护理措施,促进术后恢复^[3-4]。

本研究结果显示,研究组术毕 ROM、FL、MS 指

标以及静息状态、运动状态 VAS 评分与对照组对比,差异无统计学意义, $P>0.05$;研究组术后 2 个月 ROM、FL、MS 指标均高于对照组,静息状态、运动状态 VAS 评分均低于对照组, $P<0.05$;研究组并发症发生率为 10.64%,低于对照组的 27.66%, $P<0.05$ 。这说明在人工全膝关节置换术后康复期配合功能锻炼的同时联合中医推拿,可以提升膝关节的恢复质量,缓解术后疼痛,并且降低术后并发症发生率。在术后 3 d 即开展个性化的功能训练,可控制术后关节僵直和疼痛的出现,但是单独应用会因个体差异导致效果不理想^[5-6]。中医推拿通过特有的揉、按等手法,可松解关节粘连,放松膝关节周围组织,促进切口愈合和功能恢复;通过弹拨、揉挤的方式可增加组织弹性;配合点按可消除关节肿胀,更好地促进膝关节功能恢复,促进患肢血液循环,缓解疼痛。综上所述,中医推拿联合功能锻炼可促进人工全膝关节置换术患者术后康复,值得临床应用。

参考文献

[1]伍冬庆,侯怡翔,陈燕青.舒筋活血汤联合中医推拿对人工全膝关节置换术后患者康复的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(4):415-419.
[2]陈少鹏.观察舒筋活血汤配合中医推拿对行人工全膝关节置换术后患者康复的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(1):83-84.
[3]侯军杰,王卫刚,谭国昭.舒筋活血汤联合中医推拿对人工全膝关节置换术后患者康复的影响[J].河北中医,2018,40(6):847-851.
[4]张晨,李永宁,宋国瑞,等.快速康复外科理念中不放置引流管对人工全膝关节置换术后康复的影响[J].中国临床研究,2020,33(5):619-622.
[5]张莉,班吉鹤,高岚,等.对症护理及功能锻炼指导对人工全膝关节置换术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(4):74-77.
[6]王田田,李海燕,苏晴晴,等.功能锻炼计划在微创全膝关节置换术后患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(16):5-8.

(收稿日期: 2021-03-10)

(上接第 141 页) Patient tolerability of suprascapular and median nerve blocks for the management of pain in post-stroke shoulder-hand syndrome[J]. Neurological Sciences, 2020,42(5):1123-1126.
[2]Tian-shu Wang,Shou-feng Wang,Wei-dong Song,et al..Effectiveness of extracorporeal shock wave for post-stroke shoulder-hand syndrome: A protocol for systematic review and meta analysis[J]. Medicine,2020,99(27):e20664.
[3]刘侠,李晶,韩琪,等.针药联用法治疗脑卒中后遗症肩手综合征作用机制的研究[J].新疆医科大学学报,2020,43(8):1098-1101,1106.
[4]时建卫.脑卒中后肩手综合征发病机制及临床治疗研究进展[J].中

西医结合心血管病电子杂志,2017,5(28):3-4.
[5]叶祥明.脑卒中后肩手综合征的发病机制及综合康复治疗研究进展[J].实用老年医学,2015,29(6):452-456.
[6]李伟,冯鹏超,郑兴,等.星状神经节阻滞联合中药蜡疗对脑卒中后肩手综合征患者疼痛及上肢功能康复的影响[J].中国临床医生杂志,2021,49(2):250-252.
[7]刘清,高青,唐树杰.康复干预联合星状神经节按摩治疗肩手综合征的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(2):182-183.
[8]原箴.针刺星状神经节治疗卒中后肩手综合征的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2015.

(收稿日期: 2021-03-17)