

蜡疗对脑卒中早期肩痛患者的康复疗效观察

胡锦涛 张婷翔 宁静 邓新宇 曹建奎

巴音郭楞蒙古自治州人民医院, 新疆库尔勒市, 841000;

摘要: 目的: 观察蜡疗对脑卒中早期肩痛患者的临床疗效。方法: 依据入选标准选取 2023 年 11 月-2024 年 3 月期间脑卒中早期肩痛患者 80 例; 分别纳入常规康复组 40 例和蜡疗组 40 例; 两组肩痛患者均给予常规康复治疗以及物理因子疗法^[1], 治疗时间 2 周为一个疗程共计治疗时间为 2 个疗程。蜡疗组在常规康复治疗的基础上给予蜡疗治疗; 两组患者在治疗前以及治疗后均采用简式运动功能评估法上肢运动功能板块(Fugl-Meyer, FMA) [2]和视觉模拟评估法(Visual analogues scale, VAS)对两组患者进行评估, 收集两组评估结果在进行对比评分结果的差异。结果: 两组患者经过 2 个疗程的康复治疗, 常规康复组和蜡疗组 FMA 评分均有所提高, 而蜡疗组 FMA 评估分数升高更为明显, 与常规康复组相比较 ($P < 0.05$), 两组差异具有统计学意义; 常规康复组和蜡疗组 VAS 评分均有所降低, 其中蜡疗组分数降低较常规康复组明显 ($P < 0.05$), 具有统计学意义。结论: 通过多次对患者运动功能评估结果进行比较, 可以观察到蜡疗对脑卒中早期肩痛患者治疗有效, 不仅缓解患者肩关节疼痛症状, 还提高了患者的日常生活自理能力。蜡疗促进了患侧上肢功能的恢复, 有利于改善患者的预后, 值得临床广泛应用。

关键词: 蜡疗 脑卒中 肩痛 康复

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.040

引言

脑卒中是临床上常见的极高危的脑血管疾病。该疾病发生后 70%~80% 的患者存在不同程度的肢体功能障碍^[1], 然而脑卒中肩痛患者是其中一种严重的并发症之一。常发生于卒中后 8~12 周。发生率约为 5%~84% 之间^[3]。肩痛常常困扰患者的精神状况以及睡眠质量, 对患者生活质量产生重大消极影响。在当下患者肩痛的问题, 急需医务工作者着手解决。蜡疗属于新型热传导治疗方法, 医用蜡的连续储热时间较为理想, 蜡的温度可保持在 30°C~45°C 之间且平均时长达到 30min~40min, 起到很好的热敷作用; 促进肩痛周围软组织血液循环, 缓解肌肉粘连、降低痉挛, 从而改善和缓解肩痛^[3, 4]。本课题研究对卒中早期肩痛患者在常规康复治疗中给予蜡敷治疗后效果比较理想。结论如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集患者临床资料, 该资料源于新疆巴州人民医院康复医学科 2023 年 11 月至 2024 年 3 月期间的脑卒中早期肩痛患者共计 80 例作为研究对象, 病程在 19 天~3 个月期间。采用随机法, 将 80 例研究对象平均分为两组: 分别是常规康复组和蜡疗组各 40 例 ($n=40$)。常

规康复组中男性患者 18 例, 女性患者 22 例, 患者年龄组成区间为 32~78 岁, 平均年龄为 (49.68±7.21) 岁。蜡疗组男性患者 23 例, 女性患者 17 例, 患者年龄组成区间为 42~68 岁, 平均年龄为 (51.43±9.51) 岁。两组研究对象的一般资料比较, 具有可对比性 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准

①符合脑卒中早期肩痛患者^[5]②患者精神可、无认知障碍且积极配合③研究前签署患者知情同意书且患者自愿加入研究组。

1.3 排除标准

①通过影像学检查排除肩关节骨折、脱位等患者②排除皮肤溃损、热敏感对蜡疗不耐受等患者③意识不清、不能积极配合的患者④焦虑、抑郁等患者。

1.4 治疗方法

两组患者均通过常规康复治疗训练也包括物理因子治疗方法, 主要有运动疗法^[6], 施术前, 术者向患者说明手法操作的目的且得到患者配合。(1)肩关节被动活动训练: 患者体位取端坐位且身体呈放松状态, 术者站在患者的患侧实施手法操作, 术者一只手托举患侧肘关节, 施术时起到固定的作用, 另一只手紧握患者手掌, 开始向不同关节运动方向对关节缓慢有节律的被动活

动。改善肩关节周围软组织粘连,牵拉挛缩的肌肉纤维,扩大关节活动范围。注意术者在施术过程中要询问患者能否承受训练中产生的疼痛,根据患者承受疼痛的程度进行训练力度加减。(2)肩关节松动训练:①孟肱关节分离牵引:患者体位取仰卧位,上肢处于休息位,肩外展约 60° ,术者坐在患者患侧躯干及外展上肢之间,外侧手托住上臂远端及肘部,内侧手四指放在腋窝下肱骨头内侧,拇指放在腋前内侧,手向外侧持续推动肱骨约10s。然后放松重复8~10次。操作中要保持分离牵引力与关节盘的治疗平面相垂直。②长轴牵引:患者体位取仰卧位,上肢稍外展,术者坐在患者患侧躯干及外展上肢之间。外侧手握住肱骨远端,内侧手在腋窝,拇指在腋前,患侧手向足的方向持续牵拉肱骨约10s。使用肱骨在关节盘内滑动,重复8~10次操作中要保持牵引力与肱骨长轴平行。③上下滑动、前后向滑动:患者体位取仰卧位,上肢稍外展,术者坐在患侧患侧躯干一侧,内侧手握住肱骨近端的内侧,外侧手握住肱远端外侧,内侧手稍向外侧分离牵引的同时外侧手将肱骨上下推动。④侧方滑动:患者体位取仰卧位,上肢前屈 90° 。前臂自然下垂,术者在患侧躯干一侧,内侧手握住肱骨近端内侧,外侧手握住肱骨远端及肘部,外侧手固定,内侧手向外侧推动肱骨。如患者肩关节僵硬明显,术者也可以用双手握住肱骨近端颈肩部抵作肱骨远端外侧,松动时双手向外肩部向内同时推动肱骨。⑤内旋外旋摆动:患者体位取坐位或仰卧位,肩外展 90° ,屈肘 90° ,术者站在患者患侧后外方。内侧手握住骨远端,外侧手握住前臂远端及腕部,内侧手固定,外侧手将前臂向下后方来回摆动使肩内旋。(3)主动参与训练:同时指导患者利用体操棒,让患者患侧手主动抓握体操棒一端,体操棒另一端接触地面并与地面垂直。一方面可以训练患者肩关节的稳定性,并提高肌力;另一方面,强化患者的肩关节屈伸动作,扩大肩关节活动范围,缓解疼痛;并鼓励患者进行翻身起坐训练;伸手取物的日常生活能力的训练,20min/次/d,5d/周,2周为1个疗程,连续治疗2个疗程。物理因子治疗:电子生物反馈^[7](锐诗得RSDRM4P型便携式生物刺激反馈仪)患者体位取端坐位,患侧上肢休息位,将理疗电极片(型号CM5050FC,直径2.0mm,数量4片)其中1片电极片贴在患侧肩岗上肌处,另外3片电极片分别贴在三角肌前束、中束、后束,再将参数调整为刺激时间10s,休息时间10s,刺激频

率50Hz不变频,脉冲宽度 $25 \times 10 \mu s$,上升时间1.0s,下降时间1.0s,电流强度18~22mA(根据患者承受能力进行加减),按开始键即可。

蜡疗组:蜡疗组则在常规康复治疗训练的基础上给予蜡疗治疗。使用科室新采购的型号为HB-LY1型恒温蜡疗仪(蜡疗仪器是由苏州好博医疗器械股份有限公司生产,苏械注准20192091539)。将恒温蜡疗仪温度调校至 $80^{\circ}C$ 对医用颗粒蜡进行加热完全融化成液态蜡,再将液态蜡倒入长方形不锈钢盘中等待液态蜡温度降至 $45^{\circ}C \sim 47^{\circ}C$ 凝固形成蜡块(厚约12mm-15mm)取出放置于提前备好的一次性薄膜袋中,以上步骤操作完成后,再将蜡块放置在保温箱中等待给予患者使用。患者使用蜡敷前要测量血压是否正常,检查患者肩痛部位有无皮肤溃损,询问患者有无身体不适、热敏感等症状,以上检查均在正常健康状况时患者去仰卧位,再将患者肩痛患处,覆盖一层毛巾,避免烫伤患者,再把备好的蜡块敷在患者肩痛部位,最后再用一条毛巾将蜡块包裹严实进行保温。整个蜡敷时间保持在30min~40min即可,1次/d,6d/周,2周为1个疗程,治疗持续2个疗程为止^[8]。蜡敷过程中,患者如有身体不适,要立刻结束蜡疗,对患者进行健康检查并妥善处理。

1.5 评估疗效标准:

(1)通过FMA上肢运动功能评定法,观察两组研究对象上肢运动功能的情况。

(2)通过VAS评分法评估患者肩痛强度及强度变化,对肩痛患者的疼痛缓解情况进行治疗前后对比。

1.6 统计学方法:

采用统计学软件SPSS25.0来处理数据技术资料进行统计分析,符合正态分布的计量资料用($\pm S$)表示,定量资料用(%)表示,组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用 χ^2 检验。(P<0.05)为差异有统计学意义。

2 治疗结果:

2.1 两组患者疗效比较

蜡疗组治疗总有效率高于常规康复组,差异有统计学意义(P=0.023<0.05)。见表1。

2.2 上肢运动功能FMA评定

两组患者治疗前与治疗2个疗程结束后,FMA评定研究数据结果显示,治疗前两组患者各项评分无显著性

差异($P>0.05$), 治疗两个疗程后, 常规康复组与蜡疗组的评分有显著差异($P<0.05$)。

2.3 视觉模拟评分法(VAS)

两组患者治疗前与治疗2个疗程后VAS评定研究数据结果显示治疗前、后两组患者各项评分显著, 低于常规康复对照组差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组研究对象治疗前后肩痛效果疗效观察 (n=40, \pm S)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规康复组	40	16	11	13	27 (67.5)
蜡疗组	40	23	15	2	38 (95.0)
t	-	-	-	-	3.809
P	-	-	-	-	<0.023

注: 与常规康复组相比较 $\chi^2=3.809$, $P<0.05$

3 结论:

从人体解剖学分析肩关节是由肱骨上段、锁骨外侧端、肩胛骨构成的较为复杂的人体最灵活的关节。其作为三轴运动关节, 有着较高的功能要求, 其关节活动可完成、后伸、外展、水平外展、水平内收、内旋、外旋7个关节不同活动方向^[9, 10]。临床上脑卒中早期患者发生肩痛的风险较高, 同时也是脑卒中最严重的并发症之一。

脑卒中早期康复介入治疗是目前临床上预防与治疗常用方法。先是对肩关节周围软组织手法松动训练和关节被动活动训练, 同时给予电子生物反物理因子治疗。能够促进肩关节周围软组织血液循环缓解疼痛; 增进肩关节周围骨骼肌营养状况并扩大关节活动范围; 提升生活自理能力, 获得更多生活参与感、幸福感。

选择蜡疗法对蜡疗组肩痛患者进行物理疗法干预, 蜡疗不仅价格低廉, 经济实惠, 还一定程度上为患者减轻经济负担。经研究分析: 蜡在传导热的同时, 体积也会随着温度降低而缩小, 由此形成对肩关节周围软组织具有可塑性和机械压迫作用, 且蜡的吸热性能好、比热

容高、热敷持续时间长的优点。本研究在给予蜡疗组蜡疗干预后,

综上所述, 蜡疗有利于脑卒中早期肩痛患者的康复应用效果显著, 值得推广临床使用。

参考文献

- [1] 孙光涛, 姜晓雪, 吴成吉, 等. 蜡疗对脑卒中后肩痛的治疗作用[J]. 黑龙江医药科学, 2017, 40(6): 52-53, 55.
- [2] 牛兵. 针刺结合推拿对卒中后肩手综合征患者运动功能及关节活动度的影响[J]. 医疗装备, 2022, 35(4): 87-89
- [3] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2012, 4(06): 55-76.
- [4] 王东升, 何李竹. 苍龟探穴扎跳法治疗中风后肩痛的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(2): 358-361.
- [5] 陈振明, 张琪, 穆静, 等. 董氏奇穴结合中药蜡疗治疗血瘀型中风后肩痛的效果观察[J]. 中国疗养医学, 2023, 32(1): 96-99.
- [6] 黄杰, 公维军. 康复治疗师临床工作指南. 运动治疗技术[M]. 北京: 人民卫生出版社: 2019: 51-52; 61-63.
- [7] 齐伟平, 赵成, 王苗苗, 等. 偏瘫后肩痛的病因及治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2022, 22(72): 9-12.
- [8] 骆斌, 眭明红, 向云. 脑卒中后偏瘫侧肩痛的病因及治疗研究进展[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(15): 1349-1353.
- [9] 梁辉, 卢英, 吴赞华, 等. A型肉毒毒素联合体外冲击波治疗脑卒中后上肢痉挛的临床研究[J]. 微创医学, 2021, 16(1): 34-37, 50.
- [10] 李莹, 姜春岩, 王满宜. 肩关节的功能解剖与手术入路[J]. 中华创伤骨科杂志, 2005, (09): 865-868.