

患者的问卷调查,有 73.5% 的患者愿意在社区和家庭进一步接受康复治疗,因此开展群体性社区康复还可以使患者增加相互交流的机会,从中获得较大的心理支持,增强自信心和乐观向上的态度。

对偏瘫后期异常步态患者进行群体性社区康复的特点是:立足社区,因地制宜,创新康复模式,低投入、广覆盖,以科学、简便、适用的康复技术,使大多数残疾人享受到方便、快捷、廉价的康复服务。对于康复训练机构相对缺乏,患者得不到正规康复训练和治疗的地区,这种群体性社区康复,是一种值得推广的社区康复形式。

参 考 文 献

- [1] 沈光宇,成彬. 脑卒中偏瘫患者的社区康复. 交通医学,2008,22:371-374.
- [2] 中华神经病学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29:376-381.
- [3] 顾新. 偏瘫患者下肢运动功能、平衡功能和步行速度的相关性. 中华物理医学与康复杂志,1998,20:199-201.

- [4] Hsu AL, Tang PF, Jan MH. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke. Arch Phys Med Rehabil,2003,84:1185-1193.
- [5] Nadeau S, Arseneault AB, Gravel D, et al. Analysis of the clinical factors determining natural and maximal gait speeds in adults with a stroke. Am J Phys Med Rehabil,1999,78:123-130.
- [6] 周爱军. 如何教偏瘫病人练走路. 家庭护士,2004,6:44.
- [7] 王茂斌,高谦,黄松波,等. 脑卒中的康复医疗. 北京:中国科学技术出版社,2006:448-450.
- [8] Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial; II. cost minimization analysis at 6 months. Stroke,2000,31:1032-1037.
- [9] Clark MS, Smith DS. The effects of depression and abnormal illness behaviour on outcome following rehabilitation from stroke. Clin Rehabil,1998,12:73-80.
- [10] 陈君,颜骅,李泽兵,等. 社区脑卒中患者功能状况调查. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:162-167.

(修回日期:2010-09-01)

(本文编辑:阮仕衡)

超短波联合针刺及关节松动术治疗肩周炎的疗效观察

王建国 闫洪涛 张雷 刘兆强 贾锐

【摘要】目的 观察超短波、针刺及关节松动术联合治疗肩周炎的临床疗效,并与单纯关节松动术治疗进行疗效对比。**方法** 共选取 90 例肩周炎患者,将其随机分为治疗组及对照组。治疗组患者给予超短波、穴位针刺及关节松动术治疗,对照组患者仅给予肩关节松动术治疗。于治疗前及治疗 1 个疗程后对 2 组患者肩关节疼痛、肩关节功能及肩关节活动度进行评定。**结果** 2 组患者治疗前,其肩关节疼痛及活动功能组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);分别经 1 个疗程治疗后,发现 2 组患者肩关节疼痛、肩关节功能及肩关节活动度均较治疗前明显改善($P < 0.05$),并且以治疗组的改善幅度较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);另外治疗组的临床治愈率、显效率及有效率亦显著优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 联合超短波、针刺及关节松动术治疗肩周炎具有协同功效,能进一步缓解患肩疼痛,改善关节活动功能,提高疗效,该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 超短波; 针刺; 关节松动术; 肩关节周围炎

肩周炎(亦称肩关节周围炎)是发生在肩关节囊及其周围韧带、肌腱、滑膜囊等肩关节周围软组织的退行性病变及无菌性炎症,疼痛是其主要症状之一,病程多迁延反复,可引起关节囊或周围软组织粘连、纤维化,从而限制肩关节活动功能,对患者生活质量造成严重影响。目前临床治疗肩周炎的方法较多,如局部封闭、物理因子治疗及运动训练等,但单一治疗手段疗效往往不够理想。我科采用超短波、针刺及关节松动术联合治疗肩周炎患者,并与单纯关节松动术进行疗效对比,发现前者疗效明显优于后者。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

共选取 2008 年 3 月至 2010 年 3 月间在全军软伤治疗与康

复研究中心门诊或住院治疗的肩周炎患者 90 例,均符合《中医病证诊断疗效标准》^[1]中关于肩周炎的相关条件。患者纳入标准如下:①肩周部位疼痛,以夜间为甚,常因天气变化或劳累等因素诱发;②肩关节活动功能障碍,外展功能明显受限,出现典型“扛肩”现象,伴有肩部肌肉萎缩,肩部前、后、外侧均有压痛;③X 线检查无明显异常,病程较久者可见骨质疏松;④患者同意治疗并签署知情同意书。患者剔除标准如下:①有肩部外伤、风湿性或类风湿性关节炎、肩关节结核或反射性肩痛等;②CT 或 MRI 检查发现患有颈椎病或颈椎间盘突出;③患有严重心血管疾病、免疫缺陷、精神障碍、恶性肿瘤或血液系统疾病;④不能坚持治疗或拒绝签署知情同意书等。将符合上述入选条件的 90 例肩周炎患者随机分为治疗组及对照组,2 组患者一般情况及病情详见表 1,经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

治疗组患者给予综合康复治疗,具体包括以下方面。

1. 超短波治疗:采用上海产 CDL-I 型超短波治疗仪,频率

表 1 2 组患者一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)			病程(例)			患病侧别(例)			诱发病因(例)		
		男	女	40 岁以下	41~60 岁	60 岁以上	1 年以下	1~2 年	2 年以上	左肩	右肩	双肩	风寒受凉	过度使用上肢	无明显诱因
治疗组	45	24	21	5	31	9	13	20	12	23	18	4	27	11	7
对照组	45	20	25	7	28	10	11	18	16	19	21	5	30	9	6

40.68 MHz, 波长 7.37 m, 最大输出功率 200 W; 治疗时患者取仰卧位, 将 2 个规格为 20 cm × 15 cm 的电极板、下对置于患肩部, 电极板与皮肤间隔 3 cm, 设置输出量为微热量至温热量, 每次治疗 20 min。

2. 针刺治疗: 取肩髃、肩髃、肩贞、臂臑、肩前俞及阿是穴, 采用常规针刺法, 治疗时患者取坐位, 穴位经常规消毒后, 采用 0.35 mm × 50 mm 针灸针对准上述穴位快速进针, 进针深度为 1.0~1.2 寸, 然后用右手拇指及食指夹住针柄, 轻轻捻转及提插、平补平泻, 使患者产生酸、麻、胀痛感, 留针 30 min, 中间采用捻转及提插法运针 1 次, 运针时间为 3 min。

3. 关节松动术治疗: 患者取仰卧位, 关节放松, 保持患侧肩关节外展 55°、内旋 30° 位, 关节紧张者取外展、外旋位, 按顺序实施下列手法治疗, ①分离牵引: 患者肩外展 55° 并内旋, 术者一手托住患者上臂远端及肘部, 另一手置于肱骨内侧并向外侧持续推肱骨约 10 s; ②长轴牵引: 患者上肢稍外展, 术者一手置于其腋下, 另一手握住肱骨远端向足的方向持续牵拉约 10 s; ③前后向滑动: 患者上肢保持休息位, 术者一手将肱骨远端内侧托起, 另一手将肱骨头向后推动; ④后前向滑动: 患者取屈肘位, 前臂旋前置于胸前, 术者双手拇指置于肱骨头后方, 将其向前推动; ⑤外展摆动: 患者肩外展至活动受限处, 屈肘 90°, 前臂旋前, 术者一手置于前臂远端, 另一手置于肘部摆动肱骨; ⑥内旋摆动: 患者保持肩外展 90°、屈肘 90° 位, 前臂旋前, 术者一手固定患者肘窝部, 另一手牵拉其前臂向床面运动; ⑦外旋摆动: 患者保持肩外展、屈肘位, 前臂旋后 90°, 术者一手固定患肩, 另一手牵引前臂向床面运动。上述松动手法强度依患者具体情况而定, 尽可能在无痛或微痛情况下进行, 关节松动术治疗每次持续 20 min, 每天治疗 1 次, 治疗 2 周为 1 个疗程^[2]。

对照组患者仅给予关节松动术治疗, 治疗方法及疗程同上。

三、临床疗效评定标准

于治疗前及治疗 1 个疗程后, 参照日本矫形外科协会 (Japanese Orthopaedic Association, JOA) 肩部疾患评分标准^[4]对 2 组患者肩部疼痛、肩关节功能及肩关节活动度进行评定, 其中肩部疼痛分值为 0~30 分, 肩关节功能分值为 0~20 分, 肩关节活动度分值为 0~30 分 (其中上举 15 分、外旋 9 分、旋转运动 6

分); JOA 分值越高, 表明肩关节功能越好。本研究临床疗效标准参照《康复医学评价手册》^[3], 临床治愈: 肩部无疼痛, 肩关节上举范围达 180°, 内、外旋达 90°, 肩关节后伸内旋时拇指可达 T₁₀ 棘突水平, 肩关节功能完全恢复; 显效: 进行重体力劳动或剧烈运动后肩关节轻微疼痛, 肩关节上举范围达 120°~150°, 内、外旋范围达 30°~60°, 肩关节后伸内旋时拇指可达 L₁ 棘突水平, 肩关节功能恢复 80%~90%; 好转: 肩关节伴有中度或可以忍受的疼痛, 夜间偶尔加重, 肩关节上举范围达 90°~120°, 内、外旋范围达 20°~60°, 肩关节后伸内旋时拇指可达 L₂ 棘突水平, 肩关节功能明显改善, 能从事部分体力活动, 生活基本自理; 无效: 肩关节疼痛明显, 影响睡眠, 肩关节上举范围 <90°, 内、外旋范围 <20°, 肩关节活动功能稍有改善, 但梳头、擦背等日常动作仍受限。

四、统计学分析

本研究所得数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 SPSS 17.0 版统计学软件包进行数据处理, 计量数据比较采用配对 *t* 检验, 2 组患者临床疗效比较采用秩和检验, *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前, 其肩关节疼痛及活动功能评分组间差异均无统计学意义 (*P* > 0.05), 经 1 个疗程治疗后, 发现 2 组患者肩关节疼痛评分及活动功能评分均较治疗前显著提高 (*P* < 0.05), 肩关节上举、外旋及内旋活动范围明显增大 (*P* < 0.05); 进一步分析发现, 治疗组肩关节疼痛及活动功能的改善情况显著优于对照组 (*P* < 0.05), 具体数据详见表 2。对 2 组患者临床疗效进行比较, 发现治疗组临床治愈率、显效率及有效率均明显优于对照组, 组间差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05), 具体数据详见表 3。2 组患者在治疗过程中均未发现明显不良反应。

讨 论

肩周炎是临床常见疾病之一, 多见于 40 岁以上中老年人。肩周炎急性期的病理改变主要是肱二头肌长头肌腱肿胀、关节滑膜水肿、炎性细胞浸润及组织液渗出等, 表现为肩部疼

表 2 治疗前后 2 组患者肩关节疼痛、肩关节功能及肩关节活动度 JOA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肩关节疼痛评分	肩关节功能评分	肩关节活动度评分			
				上举	外旋	内旋	总分
治疗组							
治疗前	45	12.22 ± 6.18	13.00 ± 4.06	6.87 ± 3.31	3.40 ± 1.80	2.40 ± 1.74	11.67 ± 6.36
治疗后	45	22.00 ± 6.90 ^{ab}	16.93 ± 3.74 ^{ab}	11.4 ± 3.48 ^{ab}	7.04 ± 2.52 ^{ab}	4.22 ± 1.36 ^{ab}	19.84 ± 6.08 ^{ab}
对照组							
治疗前	45	12.22 ± 6.70	10.82 ± 4.37	6.73 ± 3.33	3.31 ± 1.76	2.36 ± 1.77	11.44 ± 6.46
治疗后	45	18.56 ± 8.16 ^a	13.04 ± 5.36 ^a	9.13 ± 3.50 ^a	5.00 ± 1.92 ^a	3.42 ± 1.39 ^a	15.98 ± 5.96 ^a

注: 与治疗前比较, ^a*P* < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05

表 3 2 组患者临床疗效比较

组别	例数	临床治愈 (例, %)	显效 (例, %)	好转 (例, %)	无效 (例, %)	有效率 (%)
治疗组	45	13(28.9)	20(44.5)	11(24.4)	1(2.2)	97.8 ^a
对照组	45	4(8.9)	9(20.0)	15(33.3)	17(37.8)	62.2

注:与对照组比较, ^a $P < 0.05$

痛、关节活动功能受限;粘连期则主要表现为关节囊、韧带、腱鞘等组织渗出机化,肩关节周围软组织粘连、挛缩,致使盂肱关节活动功能严重受限;同时炎症反应引起肩部疼痛,限制关节活动,关节活动减少又进一步加速粘连及纤维化,使病情进一步加重^[5]。由于肩周炎的上述病变特点,临床上单一疗法很难取得满意效果。虽然关节松动手对松懈粘连具有显著作用,但肩周软组织炎症反应及肌肉痉挛导致肩部疼痛,限制了关节被动活动范围,降低了患者治疗顺应性,难以达到预期松懈疗效。

本研究采用超短波、针刺及关节松动手联合治疗肩周炎患者,取得满意疗效,患者肩部疼痛及关节活动功能均较治疗前及对照组明显提高,其治疗机制主要包括以下方面:超短波对于炎症反应具有良好治疗作用,可促使局部血管扩张,血液及淋巴液流动加速,从而改善血液循环,增加氧及营养物质供给,加速炎症、致痛物质吸收消散,减轻或消除局部组织酸中毒,有利于炎症消退,此外超短波治疗还能减少炎症介质释放、抑制自由基形成,从而减轻炎症物质的刺激作用^[6]。目前大量研究发现,穴位针刺具有良好的镇痛功效^[7],如针刺特定穴位或压痛点时,可以激活脊髓后角胶样物质内神经元,抑制疼痛冲动传导;同时针刺还能刺激中枢下行抑制系统,使内啡肽类物质分泌增加;另外针刺还能阻断痛觉神经冲动上行传导,改变机体植物神经系统兴奋性,使痛觉局限,并且针刺对改善肩部软组织血液循环及淋巴代谢亦具有重要作用,能加速致痛物质清除,进一步减轻患者疼痛程度^[8]。关节松动手作为西方现代康复技术中的一种基本手段,目前已广泛应用于肩周炎患者的临床治疗中。本研

究治疗组患者经超短波、穴位针刺治疗后,其肩部疼痛症状明显缓解,此时进行关节松动治疗,不仅能增强松懈力度、加大关节被动活动范围,还可大幅提升患者的治疗顺应性,从而保证各项康复治疗措施顺利实施。通过对患肩进行有节奏地滑动推拉、分离牵引及摆动旋转治疗,使受累肌肉、韧带及关节囊组织得到充分拨离、牵拉,有助于进一步缓解肌肉痉挛、松懈粘连,促进肩关节功能恢复^[9]。

综上所述,本研究结果表明,超短波、针刺及关节松动手联合治疗肩周炎具有协同疗效,可进一步缓解肩部疼痛,增加关节活动范围,提高临床疗效,并且该联合疗法还具有操作简单、起效迅速、无明显副作用等优点,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994:186-187.
- [2] 郭长发. 肩周炎的诊断与康复. 北京:中国医学科技出版社,1993:135-136.
- [3] 王军茹,常英,曹志坤. 多种物理疗法联合治疗肩关节周围炎 148 例疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:573-574.
- [4] 燕铁斌. 现代骨科康复评定与治疗技术. 北京:人民军医出版社,2006:121-122.
- [5] 石美鑫. 实用外科学. 北京:人民卫生出版社,2003:2942-2944.
- [6] 闫秀林. 临床实用理疗学. 北京:辽宁科学技术出版社,1994:7-24.
- [7] 梁宜,方剑乔. 5-羟色胺痛觉调制与针灸镇痛相关研究. 上海针灸杂志,2009,28:494-495.
- [8] 张平. 如何提高针灸镇痛的疗效. 中医杂志,2007,48:10.
- [9] 周超,刘彦,李伟. 关节松动手、太极拳、 β -七叶皂甙钠静脉滴注联合治疗肩关节周围炎. 中华物理医学与康复杂志,2008,32:527-528.

(修回日期:2010-06-20)

(本文编辑:易 浩)

颈椎牵引联合低频电刺激治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察

梁国伟

【摘要】目的 观察颈椎牵引联合低频电刺激治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效。**方法** 将 60 例椎动脉型颈椎病患者随机分为治疗组及对照组。治疗组给予颈椎牵引及低频电刺激,对照组单纯给予颈椎牵引。于治疗前及治疗 2 个疗程后检测 2 组患者椎-基底动脉血流速度,并对其临床疗效进行比较。**结果** 经 2 个疗程治疗后,发现 2 组患者椎-基底动脉血流速度均较治疗前明显提高,且以治疗组的改善幅度较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);对 2 组患者临床疗效比较后发现,治疗组治愈显效率明显优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 颈椎牵引联合低频电刺激治疗椎动脉型颈椎病具有协同疗效,能显著加快患者椎-基底动脉血流速度,改善临床症状,该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 椎动脉型颈椎病; 颈椎牵引; 低频电刺激; 椎-基底动脉

椎动脉型颈椎病是颈椎病常见类型之一,临床症状繁多,

客观体征较少,临床诊断相对困难。据相关资料报道,约有 70% 颈椎病患者具有椎动脉受累表现,如伴有头晕、头痛、恶心、呕吐、睡眠差等症状^[1],故针对椎动脉型颈椎病患者的康复

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.10.021

作者单位:200233 上海,上海交通大学附属市六医院康复医学科