

耳炎的疗效与病程有关,病程越短疗效越好,对该治疗无效的少数病程较长的病例,则考虑行鼓膜治疗。

参 考 文 献

- [1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学.北京:人民卫生出版社,2008;149-855.
- [2] 马芙蓉,柯嘉.儿童及幼儿分泌性中耳炎临床指南(美国).国外医学耳鼻咽喉分册,2005,3:182-183.
- [3] Rovers MM, Schilder AG, Zielaus GA, et al. Otitis media. Lancet, 2004, 363:465-473.
- [4] 王春芳,刘争,黄孝文.糖皮质激素对急性中耳炎中耳积液影响的研究.临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,21:167-168.
- [5] 张群,石建国,朱普堂.微波治疗舌扁桃体肥大的临床观察.郧阳医学院学报,2003,22:298.
- [6] 张群,李谨,罗四维,等.微波在耳科疾病的应用.中华物理医学与康复杂志,2006,28:587.

(修回日期:2010-03-31)

(本文编辑:松 明)

· 临床研究 ·

综合康复治疗老年膝骨性关节炎伴骨质疏松症的疗效观察

欧阳辉 王玉苹 杨柳 杨丽

【摘要】目的 对比观察综合康复治疗 and 单纯药物治疗老年膝骨性关节炎伴骨质疏松症的疗效。**方法** 选择 58 例临床确诊为老年膝骨性关节炎伴骨质疏松症患者,依照入选顺序按完全随机化分组方法分为康复组和药物组,药物组给予口服消炎止痛药、钙制剂和维生素 D,康复组在药物治疗的同时进行规范化的康复训练。治疗前、后采用目测类比分法(VAS)评定患者疼痛情况,采用西安大略与麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC)评定患者关节功能,检测患者双股骨颈骨密度值(BMD)。**结果** 治疗 4 周后,2 组的 VAS、WOMAC 评分均比治疗前明显降低($P < 0.01$);且康复组的 VAS、WOMAC 评分明显低于药物组,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。治疗 24 周后,2 组的 BMD 与治疗前比较均显著增加($P < 0.01$),且康复组 BMD 明显高于药物组($P < 0.01$)。**结论** 综合康复治疗与药物治疗对老年膝骨性关节炎伴骨质疏松症均有显著疗效,综合康复治疗在缓解疼痛、减轻僵硬和改善日常活动能力方面的疗效更显著。

【关键词】 康复治疗; 膝骨性关节炎; 骨质疏松症; 老年

膝关节炎性骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)和骨质疏松症(osteoporosis, OP)两者各自存在不同的病理变化,但同属于与年龄相关的病变,发病率与增龄呈正相关^[1]。临床上,这两种疾病的临床表现有许多相似之处,且往往同时发生。流行病学调查显示,骨性关节炎和 OP 的并发率为 30%,以 50 岁以后的女性多见^[2]。临床上在对骨性关节炎患者进行康复治疗时,往往忽视了对其 OP 的积极干预,从而影响了治疗效果。本研究依据美国运动医学学会(American College of Sports Medicine, ACSM)提出的骨性关节炎健康和适应能力指导原则,对老年 KOA 伴 OP 患者进行了规范化的综合康复治疗^[3],取得了较好效果,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选取 2005 年 1 月至 2008 年 12 月来康复科就诊的 KOA 伴 OP 患者 58 例,均符合相关的诊断标准^[4-5]。临床表现为膝痛、晨僵、有骨摩擦音,发作时伴有活动障碍;X 线检查示关节间隙

变窄、骨赘形成;骨密度(bone mineral density, BMD)降低 ≥ 2.5 个标准差;排除标准:患肿瘤、结核、骨折等其他膝关节病及严重退行性膝关节炎需要手术治疗者,合并严重心、肝、肾脏疾病以及血液病、精神病患者。所有患者同意和配合治疗方案,并坚持定期随访。58 例患者依照入选顺序按完全随机化分组方法分为康复组和药物组,2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

二、治疗方法

药物组给予单纯药物治疗,包括:①口服消炎止痛药布洛芬胶囊,每次 0.3 g,每日 2 次,共 4 周;②口服钙制剂钙尔奇 D,每次 0.6 g,每日 1 次,共 24 周;③口服维生素 D,每次 0.5 μg ,每日 1 次,共 24 周。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		患膝(例)		年龄(岁)	病程(月)
		男	女	单侧	双侧		
康复组	28	10	18	24	4	63.8 $\pm$ 5.7	12.2 $\pm$ 2.8
药物组	30	13	17	25	5	62.8 $\pm$ 6.7	11.7 $\pm$ 2.9

康复组在药物治疗的同时根据 ACSM 提出的指导原则进行规范化的康复治疗。急性炎症期给予磁热疗和肌力训练。①磁热疗:应用 LGT-2600D 型磁振热治疗仪,患者坐位或仰卧位,患肢伸直,温热导子于患膝前、后对置,磁场强度 28 mT,频率 50 Hz,温度 50 $^{\circ}\text{C}$,治疗时间 30 min,每日 1 次。②肌力训练:

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.05.020

基金项目:广东省中医药管理局资助项目(粤中医 2009176)

作者单位:510630 广州,暨南大学附属第一医院康复科(欧阳辉、王玉苹、杨柳);暨南大学药学院(杨丽)

通信作者:王玉苹,Email:jnhyoyh@163.com

包括股四头肌等长收缩,即患者取仰卧位,患膝关节伸直,绷紧股四头肌;直腿抬高练习,即患者取仰卧位,对侧膝关节屈曲 90°,患膝伸直,踝背屈,直腿抬高至对侧膝关节水平;髌关节外展运动,即患者取侧卧位,膝关节伸直,髌关节外展至与身体平行;膝关节内收运动,即患者取仰卧位,膝关节伸直,两大腿间放一皮球,用力夹皮球;下肢抬高运动,即患者取俯卧位,膝关节伸直,髌关节后伸;大腿后侧肌群的牵张运动,即患者取坐位,双腿伸直,髌关节略外展,伸展背部肌肉并用双手触一侧足,或以胸部贴向大腿;腰背肌群运动,即患者取仰卧位,双足踩在床面上,用背部和双足支撑,尽力抬起腰部和臀部。以上运动均为收缩 10 s,放松 5 s,重复 20 次为 1 组,每日早晚各 1 组。上述治疗 15 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。疾病稳定期根据个体情况选择散步、太极拳、有氧舞蹈、游泳等全身性运动,强度为最大心率的 70%~85% (最大心率 = 220 - 年龄),每次训练 30 min,每周 3~5 次。

三、疗效评定

2 组患者治疗前及治疗 4 周后采用问卷调查进行疼痛和功能评分。疼痛评分采用视觉模拟评分法 (Visual Analogue Scale, VAS)^[4],0 分表示无痛,10 分表示患者感受最痛的程度。功能评分采用西安大略与麦克马斯特大学骨关节炎指数 (Western Ontario MacMaster Universities Osteoarthritis Index, WOMAC)^[4],评定内容包括:①疼痛 (平地走路、上下楼梯、夜行、休息和站立);②僵硬 (晨僵,白天坐、卧或休息一段时间后出现);③功能障碍 (下楼、上楼、坐位站起、站立、弯腰、平地行走、进出汽车、购物、穿脱袜子、起床、坐、上卫生间、从事重家务和从事轻家务)。每项评分 1~5 分,1 分表示无症状,5 分表示症状很重,正常为 100 分,分值越大表示功能障碍越严重。

2 组患者治疗前及治疗 24 周后均使用美国产 Lunar Prodigy 骨密度测量仪测定双股骨颈 BMD。

四、统计学分析

所有结果以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 SPSS 10.0 版统计学软件包进行分析,组内比较用配对 Wilcoxon 秩和检验,组间比较用独立样本 Wilcoxon 秩和检验。

结 果

一、2 组疼痛及功能评分比较

2 组治疗 4 周后,VAS 与 WOMAC 评分比治疗前均明显降低,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),说明综合治疗和药物治疗均有明显疗效;康复组的 VAS 和 WOMAC 评分均低于药物组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明综合康复治疗在缓解疼痛和改善功能方面的疗效优于药物组,见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后 VAS 和 WOMAC 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	VAS 评分		WOMAC 评分	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
康复组	28	7.29 ± 1.33	3.04 ± 1.23 ^{ab}	74.00 ± 5.21	24.79 ± 4.52 ^{ab}
药物组	30	7.13 ± 1.28	3.40 ± 1.01 ^a	72.73 ± 4.72	38.07 ± 5.69 ^a

注:与治疗前组内比较,^a $P < 0.01$;与药物组治疗 4 周后比较,^b $P < 0.05$

二、2 组股骨颈 BMD 比较

2 组治疗 24 周后,BMD 比治疗前均有显著增加,差异有统

计学意义 ($P < 0.01$);康复组的 BMD 明显高于药物组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),提示 2 组方法均能有效提高 BMD,但综合康复疗法优于单纯药物治疗,见表 3。

表 3 2 组患者治疗前、后 BMD 比较 (g/cm^2 , $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	治疗前	治疗 24 周后
康复组	28	0.775 ± 0.019	0.950 ± 0.023 ^{ab}
药物组	30	0.752 ± 0.029	0.872 ± 0.031 ^a

注:与治疗前组内比较,^a $P < 0.01$;与药物组治疗 24 周后比较,^b $P < 0.01$

讨 论

KOA 伴 OP 患者可因关节肿胀、疼痛、活动受限而引起关节周围肌肉萎缩、肌力下降;而肌肉萎缩和肌力下降,又可导致关节不稳,从而引起股膝关节、髌股关节面应力分布异常,促使疾病进一步恶化。因而,消炎止痛,保护关节软骨、滑膜,提高骨密度,改善膝关节周围肌肌力及关节功能,是治疗该病的原则。

本研究中,康复组依据 ACSM 指导原则,在药物治疗的同时,急性炎症期采取肌力训练加磁热疗,稳定期进行太极拳、散步等全身性有氧运动。结果显示,综合康复治疗在缓解疼痛、减轻僵硬和改善日常生活活动能力方面的疗效显著,与既往报道的结果相吻合^[6-7]。其机理可能为:①磁热疗通过磁场强度为 1~38 mT、频率 50 Hz 的交变磁场,产生非机械振动及温热效应,从而起到消炎止痛、改善局部血液循环、增强肌力、防止肌肉萎缩、促进钙磷沉积、提高骨密度、增大骨强度的作用^[8]。②规律的肌力训练可以降低肌蛋白的高速降解率,延缓或阻止肌肉萎缩;促进滑液中的营养物质进入软骨,改善软骨营养,阻止或延缓软骨关节进一步的退行性改变;刺激肌肉微血管扩张,增强肌组织的营养,提高关节周围软组织的强度,从而增加膝关节的稳定性。另有研究表明,长期有氧运动可提高性激素效应,对骨产生机械应力作用并促进钙吸收和利用,从而减少骨吸收、促进骨形成、提高骨密度、改善骨质量^[9]。

通过对 2 组患者进行疗效对比分析,我们认为综合康复治疗与药物治疗对老年 KOA 伴 OP 均有显著疗效,且综合康复治疗效果更佳。临床上诊治骨性关节炎时,应将 BMD 测量列入常规检查;不仅应对骨性关节炎进行对症治疗,还应注意对 OP 进行积极干预,选择对两者均有效的治疗方案。

参 考 文 献

- [1] 郭世绂. 性激素和细胞因子与骨关节炎及骨质疏松关系. 国外医学内分泌学分册, 2003, 23: 98-100.
- [2] 曾庆馥, 黄少弼. 症状性骨关节炎的临床和流行病学探讨. 中华内科杂志, 1995, 34: 88-90.
- [3] American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 258.
- [4] 左晓霞, 陶立坚, 高洁生, 等. 凯利风湿病学. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1295-1299.
- [5] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 原发性骨质疏松症诊疗指南 (讨论稿). 中华全科医师杂志, 2006, 5: 455-457.
- [6] Roos EM, Dahlberg L. Positive effects of moderate exercise on glycosami-

- noglycan content in knee cartilage. Arthritis Rheum, 2005, 52: 3507-3514.
- [7] 李放, 范振华, 屠丹云, 等. 膝关节骨关节炎膝屈伸肌训练效果的差异性. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 475-476.
- [8] 谭维溢. 电磁因子在康复治疗中的进展. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 449-451.

- [9] 张德清, 王刚, 林元平, 等. 物理疗法治疗骨质疏松症患者的临床研究. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 159-160.

(修回日期: 2010-03-19)

(本文编辑: 吴倩)

· 临床研究 ·

半导体激光治疗糜烂型口腔扁平苔藓的疗效观察

邱宏亮

扁平苔藓(lichen planus, LP)是一种原因不明的非感染性疾患, 病灶可出现在皮肤或黏膜部位, 口腔扁平苔藓(oral lichen planus, OLP)是口腔黏膜常见病之一, 好发于中年人群, 且以女性患者数量相对较多, 是一种典型的慢性疾病, 时发时愈, 也可慢性迁延达 20 余年, 其中糜烂型 OLP 患者因疼痛难忍常导致日常工作及生活质量严重受损, 且长期不愈者有癌变倾向, 故必须加以积极控制^[1]。本研究采用半导体激光照射治疗糜烂型 OLP 患者, 经过 3 个月治疗后发现临床疗效满意, 现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2007 年 1 月至 2007 年 6 月间在我院口腔科就诊的糜烂型 OLP 患者 200 例, 均符合第三版《口腔黏膜病学》中关于糜烂型 OLP 的诊断标准^[2], 患者口腔黏膜部位有灰白斑及网条花纹, 或同时伴有色素沉着, 有粗糙、木涩感, 也可伴有刺痛, 局部口腔黏膜有不同程度充血、糜烂、溃疡及疼痛感; 患者剔除标准如下: ①患有其它已确诊的口腔黏膜病变; ②患有较严重的系统性疾病或肿瘤; ③近 1 个月内使用过抗生素, 近 3 个月内使用过免疫抑制剂; ④某些药物或银汞合金充填物能引起苔藓样反应; ⑤近 3 个月内有吸烟或嗜酒史; ⑥妊娠期、哺乳期妇女; ⑦不能遵医嘱用药或记录不完整、影响疗效判断者^[3]。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组, 每组各 100 例, 2 组患者一般情况及病程详见表 1, 表中数据经统计学分析, 发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

表 1 2 组患者一般情况及病程比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(w)
		男	女		
治疗组	100	40	60	41.5 ± 9.5	124.5 ± 25.3
对照组	100	36	64	40.7 ± 8.4	118.4 ± 22.7

注: 2 组患者一般情况及病程比较, 发现组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)

二、治疗方法

治疗组患者给予半导体激光照射, 采用上海产 MDC-1000-31BP 型半导体激光治疗仪, 输出激光波长为 650/810 nm, 输出功率为 0 ~ 610 mW 且连续可调, 光斑直径为 30 ~ 50 mm, 照射功率为 450 mW, 每个病灶部位照射 10 min, 每 2 天照射 1 次, 治疗 10 次为 1 个疗程, 每个疗程结束后休息 7 d, 连续治疗 3 个疗程。对照组患者口服昆明山海棠(tripterygium hypoglaucum hutch, THH), 每次 0.5 g, 每天 3 次, 连续服用 3 个月。

三、疗效评定标准

2 组患者治疗前及治疗 3 个月后均由同一位医师进行疗效评定, 参照中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会于 2004 年颁布的糜烂萎缩型 OLP 疗效评价试行标准^[3], 其中体征指标为口腔黏膜病损面积, 5 分表示口腔黏膜白色条纹伴糜烂面 $> 1 \text{ cm}^2$; 4 分表示白色条纹伴糜烂面 $< 1 \text{ cm}^2$; 3 分表示白色条纹伴充血或萎缩面 $> 1 \text{ cm}^2$; 2 分表示白色条纹伴充血或萎缩面 $< 1 \text{ cm}^2$; 1 分表示轻微白色条纹, 无充血、萎缩或糜烂; 0 分表示口腔黏膜正常, 无损伤。症状指标评定采用目测类比评分法(visual analogue scale, VAS)^[3], 3 分表示重度疼痛(疼痛 VAS 评分为 7 ~ 10 分), 2 分表示中度疼痛(疼痛 VAS 评分为 4 ~ 6 分), 1 分表示轻度疼痛(疼痛 VAS 评分为 1 ~ 3 分), 0 分表示无疼痛。患者临床疗效评定标准如下: 显效表示体征评分为 0 或 1 分, 症状评分为 0 分, 无明显自觉症状; 有效表示体征及症状评分较治疗前下降; 无效表示体征及症状评分不变或增加。有效率 = [(显效人数 + 有效人数) / 总例数] × 100%。

四、统计学分析

选用 SPSS 11.1 版统计学软件包进行数据分析, 计量资料比较采用 t 检验, 计数资料比较采用 χ^2 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, 其体征评分及症状评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$); 分别经 3 个月治疗后, 发现 2 组患者体征评分及症状评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$); 进一步分析发现, 治疗组体征评分及症状评分的改善幅度相对较显著, 与对照组比较, 组间差异具有统计学意义($P < 0.05$), 具体数据详见表 2。对 2 组患者临床疗效评定后发现, 治疗组共显效 47 例, 有效 41 例, 有效率为 88%; 对照组共显效 10 例, 有效 31 例, 有效率为 41%, 2 组患者临床疗效经统计学比较, 发现组间