

- Exp Neuropsychol, 1989, 11:295-230.
- [17] Webster JS, Rapport LJ, Godlewski C, et al. Effect of attentional bias to right space on wheelchair mobility. J Clin Exp Neuropsychol, 1994, 16:129-137.
- [18] Qiang W, Sonoda S, Suzuki M, et al. Reliability and validity of a wheelchair collision test for screening behavioral assessment of unilateral neglect after stroke. Am J Phys Med Rehabil, 2005, 84: 161-166.
- [19] 王强, 园田茂, 铃木美保, 等. 轮椅碰撞试验: 一种评估行为偏侧忽略的新方法. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26:683-686.
- [20] Menon-Nair A, Komer-Bitensky N, Wood-Dauphinee S. Assessment of unilateral spatial neglect post stroke in Canadian acute care hospitals: are we neglecting neglect? Clin Rehabil, 2006, 20:623-634.
- (修回日期:2007-12-31)
- (本文编辑:松 明)

· 短篇论著 ·

关节松动术辅助治疗脑卒中偏瘫性肩痛的临床观察

张德清 何建永 王刚

偏瘫性肩痛是脑卒中后常见并发症之一, 严重者还合并肩关节半脱位。据报道, 肩痛在偏瘫患者中的发病率高达 84%^[1], 严重影响患者的全面功能康复和生活质量。为了尽快减轻患者痛苦, 促进其功能恢复, 我们在常规治疗的基础上, 采用关节松动术辅助治疗脑卒中偏瘫性肩痛, 取得了满意的疗效, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 临床资料

选择 2002 年 3 月至 2005 年 3 月在我院住院治疗的脑卒中合并偏瘫性肩痛患者 100 例, 临床表现为肩关节疼痛, 以夜间疼痛为主, 触痛或被动活动后疼痛加剧, 严重者有持续性疼痛, 肩关节向各方位活动均受限, 尤以外展受限明显。将所有患者随机分为治疗组 54 例和对照组 46 例。治疗组中, 男 34 例, 女 20 例; 平均年龄 (48.5 ± 12.8) 岁; 左肩痛 18 例, 右肩痛 36 例; 病程 20 d 至半年。对照组中, 男 28 例, 女 18 例; 平均年龄 (50.1 ± 9.2) 岁; 左肩痛 16 例, 右肩痛 30 例; 病程 20 d 至半年。2 组临床资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

(二) 治疗方法

治疗组采用关节松动术结合超短波和中频电治疗。行关节松动术时患者取仰卧位, (1)准备活动: 放松肌肉, 对患肩周围肌肉及“扳机点”行推按, 在不增加痛苦的范围内向各个方向活动肩关节; (2)分离牵引法: 治疗师一手置于肘部肱骨远端, 另一手置于腋窝处轻轻向外推肱骨, 使肱骨头远离关节盂; (3)长轴牵引法: 治疗师一手置于腋窝, 另一手握肱骨远端并向足的方向持续牵拉肱骨; (4)被动运动: 维持肩关节活动度, 活动时手法应轻柔、缓慢, 以不产生疼痛为度; (5)肩胛骨提升运动: 患者侧卧位, 患肩位于上方, 治疗师一手置于腋下固定患侧肩胛下角, 另一手握肩部使肩胛带作提升运动; (6)外展手法: 治疗师双手夹持患者肱骨远端向前臂方向牵引, 同时辅助患肢外展、上举, 并维持约 1 min。结束关节松动手法时给予适当的放松按摩。放置患侧上肢时, 应确保其腕部不处于完全掌屈位, 或上肢不悬于轮椅一侧; 卧位时, 应适当抬高患肢; 坐位时, 将患肢置于

轮椅中安装的小桌上, 并用夹板适当固定^[2]。以上手法视病情选择应用, 每日 1 次。超短波疗法: 应用上海产 CDB-E 型超短波治疗仪, 波长为 40.68 MHz, 最大输出功率为 250 W, 采用平板电极, 对置法, 微热量, 每日 1 次。调制中频电疗法: 应用武汉产 HL-YOA 型中频电疗机, 采用双向方波调制中频电, 载波频率为 2~4 kHz, 低频调制频率为 30 Hz 和 100 Hz, 2 个电极对置于肩部, 强度以患者耐受为宜, 每日 1 次。

对照组仅给予超短波和中频电治疗, 方法同治疗组。2 组治疗均以 1 周为 1 个疗程。

(三) 评定方法

于治疗前和治疗 2 个疗程后, 采用目测类比评分法 (Visual Analogue Scale, VAS)^[3] 评定患者肩痛程度, 用量角器测量肩关节前屈、后伸、外展和旋后时的关节活动度 (range of motion, ROM)。

(四) 统计学分析

计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

2 组治疗前、后 VAS 评分和肩关节 ROM 比较见表 1。2 组患者治疗后 VAS 评分与治疗前比较, 均显著下降 ($P < 0.01$), 且治疗组下降更为显著 ($P < 0.01$), 提示关节松动术结合超短波和中频电治疗对脑卒中偏瘫性肩痛的疼痛症状有明显的缓解作用。2 组患者治疗前肩关节前屈、后伸、外展和旋后的 ROM 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后, 2 组患者肩关节 ROM 均有明显提高 ($P < 0.01$), 且治疗组改善较对照组更显著 ($P < 0.01$), 提示关节松动术结合超短波和中频电治疗能明显改善肩关节 ROM。

三、讨论

偏瘫性肩痛的主要临床特点是肩痛和肩关节功能障碍, 其主要发病原因为: (1)废用的肩关节挛缩、间质粘连、关节间隙变窄; (2)偏瘫后肩关节协调活动丧失; (3)偏瘫后肩关节放置不当, 或因过度牵拉引起不同程度的损伤, 严重者可发生肩关节囊和周围韧带损伤或半脱位^[4]。关节松动术以关节运动学为基础, 利用解剖基础, 采取徒手下关节面的滑动、滚动、旋转、分离和囊内牵引等基本手法, 以达到缓解疼痛, 增加关节活动范围的目的。

表 1 2 组治疗前、后 VAS 评分和肩关节 ROM 比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	VAS 评分(分)	肩关节 ROM(°)			
			前屈	后伸	外展	旋后
治疗组	54					
治疗前		6.4 ± 0.5	60.2 ± 5.7	15.4 ± 3.1	47.6 ± 4.8	22.6 ± 4.3
治疗后		2.8 ± 0.4 ^{ab}	126.4 ± 8.7 ^{ab}	38.8 ± 2.9 ^{ab}	90.1 ± 7.6 ^{ab}	68.3 ± 5.1 ^{ab}
对照组	46					
治疗前		6.3 ± 0.7	29.6 ± 5.4	16.2 ± 3.3	48.2 ± 4.5	21.8 ± 3.9
治疗后		4.2 ± 0.3 ^a	86.6 ± 7.3 ^a	29.3 ± 2.5 ^a	65.5 ± 6.4 ^a	40.4 ± 3.3 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$

关节松动术治疗脑卒中偏瘫性肩痛的主要机制是:(1)缓解局部疼痛;(2)松解组织粘连,保持组织的伸展性;(3)促进本体生物反馈^[5]。用该法治疗肩周炎可获得一定的疗效。我们从肩周炎的治疗中受到启发,将其应用到脑卒中合并偏瘫性肩痛患者中,发现关节松动术结合超短波和中频电治疗对于缓解肩痛和提高肩关节 ROM 有明显疗效,优于单纯的超短波结合中频电治疗,值得临床推广应用。

关节松动术治疗过程中还应注意以下几点:(1)严格掌握关节松动术的适应证、禁忌证、局部解剖关系及运动医学基础理论;(2)伴有肩关节脱位者,不宜用该法治疗;(3)该疗法的操作手法应轻柔,循序渐进,根据关节的恢复及疼痛减轻程度逐渐增加手法力度及治疗时间;(4)做好健康教育,鼓励患者家属及陪护参与各项治疗中,以利于后续治疗,并调动患者主动参与治疗的

积极性。

参 考 文 献

- [1] 倪朝民. 脑血管病的临床康复. 合肥:安徽大学出版社,1998:248-249.
- [2] 南登崑,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,2004:208.
- [3] 黄延寿. 疼痛学. 西安:陕西人民教育出版社,1993:49-50.
- [4] 刘钦刚,倪朝民,译. 循序渐进——成人偏瘫康复训练指南. 合肥:中国科学技术大学出版社,1999:159-176.
- [5] 燕铁斌. 现代康复治疗技术. 合肥:安徽科学技术出版社,1994:59-66.

(修回日期:2007-10-19)

(本文编辑:吴 倩)

高频热疗联合药物灌注化疗预防膀胱肿瘤术后复发的疗效观察

李永康 侯明亮 朱磊 李鹏辉

膀胱肿瘤是泌尿系统最常见的肿瘤之一,其临床治疗以手术为主。目前膀胱肿瘤患者经手术治疗后大部分仍保留膀胱,保留膀胱对改善患者术后生活质量及治疗均具有重要意义;但对于如何预防或延缓术后患者膀胱肿瘤复发,仍缺乏行之有效的方法。我院于 2001 年 10 月至 2006 年 8 月间对 57 例膀胱肿瘤患者进行经尿道膀胱肿瘤电切术或膀胱部分切除术,并于术后给予高频热疗及丝裂霉素膀胱灌注以预防膀胱肿瘤复发,发现临床疗效满意。现报道如下。

一、资料与方法

共选取膀胱肿瘤术后患者 115 例,男 87 例,女 28 例;年龄 23~76 岁,平均 54 岁;术前均以血尿为首发症状,经 B 超、膀胱镜、膀胱 CT 检查确诊为膀胱肿瘤(病理检查发现为膀胱乳头状移行细胞癌);其中单发肿瘤 52 例,多发 63 例;首发 91 例,复发 24 例;手术方式包括经尿道膀胱肿瘤电切术 47 例,膀胱部分切除术 68 例;膀胱肿瘤直径 ≤ 1 cm 有 5 例,2~4 cm 有 102 例, > 4 cm 有 8 例。将上述患者随机分为治疗组及对照组,2 组患者一般情况详见表 1,经统计学分析,发现组间差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 2 组患者一般情况比较(例)

组 别	例数	性别		年龄 (岁)	手术方式(例)	
		男	女		经尿道 膀胱电切	膀胱部分 切除
治疗组	57	44	13	53 ± 12.1	24	33
对照组	58	43	15	54 ± 11.3	23	35

对照组术后给予丝裂霉素膀胱灌注治疗,治疗组术后给予丝裂霉素膀胱灌注及高频热疗。2 组患者均于膀胱手术结束后,将 20 mg 丝裂霉素溶于 40 ml 生理盐水中,于膀胱肿瘤切除边缘行周围多点注射,同时反复冲洗手术切口。术后缝合膀胱时,留置双腔尿管将丝裂霉素溶液注入膀胱内,2 h 后放出。于尿道膀胱肿瘤电切术结束时留置三腔尿管,将丝裂霉素溶液注入膀胱内并钳夹尿管,2 h 后放出。术后 1 周时向 2 组患者膀胱内灌注丝裂霉素溶液,治疗组同时给予高频热疗,采用珠海产 HG-2000 型体外高频热疗仪,频率 13.56 MHz,热疗仪显示治疗工作区温度为 41.0~43.5℃,持续 120 min,每周 1 次,共治疗 8 次,8 次后改为每月治疗 1 次,共持续 2 年。丝裂霉素膀胱内灌注每周 1 次,经治疗 8 次后改为每月治疗 1 次,共持续 2 年。待 2 年治疗结束后再随访 1 年。

于术后 3 年内对 2 组患者膀胱肿瘤复发率进行统计分析,所得计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验, $P <$

作者单位:476100 商丘,河南省商丘市第一人民医院泌尿外科(李永康、朱磊、李鹏辉);河南省商丘医学高等专科学校附院外科(侯明亮)