

生物反馈技术于 20 世纪 50 年代末首先在美国应用于临床,生物反馈理论起源于学习理论,通过电子仪器反映出个体觉察不到的某些心理、生理变化,并使之能够被有意识地控制^[10]。在治疗过程中,有医生参与和指导,通过肌电信息反馈患者的偏瘫信息,根据视听反馈信号使患者感知、理解。经过特殊训练后,患者可有意识地控制偏瘫肢体的活动,通过反复的“反馈-学习-再反馈-再学习”过程,使患者能有意识地控制偏离常态的心理、生理活动,有利于偏瘫肢体的康复及抑郁情绪的改善。

本研究将认知疗法和生物反馈治疗相结合,在对脑卒中后抑郁患者的治疗过程中,将认知调整技术与行为训练方法有机地结合。在认知治疗过程中,治疗者与患者建立起治疗关系,帮助患者认识自身的问题,用合理的观念取代困扰患者情绪的不合理观念,令其接受现实,以积极的态度配合治疗。同时通过生物反馈训练,使患者体会到功能锻炼的重要性,相信坚持训练必然会有更大的进步。结果显示:研究组在常规治疗的基础上,采用认知疗法和生物反馈训练治疗 4 周后,HAMD 评分及 SF 36-II 中生理功能、总体健康、活力、社会功能、情感职能、心理健康分量表评分明显优于对照组($P < 0.05$)。说明在药物治疗及常规康复训练的基础上,给予认知疗法和生物反馈治疗,可明显减轻脑卒中后抑郁患者的抑郁症状,提高其生活质量。

参 考 文 献

- [1] Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health

diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. Am J Psychiatry, 2004, 161:1090-1095.

- [2] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29:379.
- [3] 姚传芳, 主编. 情感性精神障碍. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998:210-213.
- [4] 程丰, 邵国富, 包仕尧. 脑卒中后抑郁及其对神经功能康复的影响. 中国心理卫生杂志, 2004, 18:533-536.
- [5] 邵天民, 刘旸, 翁浩, 等. 早期主动运动方案对脑卒中患者功能预后的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26:443-444.
- [6] 宋志强, 刘桂兰, 韩国玲, 等. 认知治疗合并药物与单纯药物治疗抑郁症对照研究. 中国神经精神疾病杂志, 2006, 32:275-276.
- [7] 陆雪松, 顾迅, 姜亚军, 等. 肌电生物反馈治疗脑卒中患者的临床研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25:438-439.
- [8] 龙洁, 刘永珍, 蔡焯基, 等. 卒中后抑郁状态的发生率及相关因素研究. 中华神经科杂志, 2001, 34:145-148.
- [9] Tang TZ, Derubeis RJ, Hollon SD, et al. Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. J Consult Clin Psychol, 2007, 75:404-408.
- [10] 封海霞, 陆雪松, 秦洪云, 等. 肌电生物反馈电刺激治疗尿失禁的疗效分析. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29:328-330.

(修回日期:2008-02-19)

(本文编辑:吴倩)

康复干预在预防颈椎病复发中的效果评价

刘丽华 张红星 黄国付

颈椎病是临床常见的颈段脊柱慢性退行性疾病^[1]。为了探寻降低颈椎病复发率的有效手段,提高患者的生活质量,我科对 84 例颈椎病患者进行了为期 1 年的康复干预,并与未进行康复干预的患者进行对照观察,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择 2003 年 2 月至 2006 年 2 月在武汉市中西医结合医院治疗后痊愈的颈椎病患者 168 例,诊断均符合《中医病证诊断疗效标准》^[2]与第二届全国颈椎病专题座谈会有关颈椎病的诊断标准^[3]。排除仅有影像学表现异常而无颈椎病临床症状者;合并有心血管、脑血管、肾等严重原发性疾病,糖尿病,精神病患者;妊娠或哺乳期妇女。将 168 例患者随机分成观察组和对照组,每组 84 例。观察组 84 例中,男 48 例,女 36 例;年龄 24~58 岁,平均(41.98±10.32)岁;病程 6 个月~6 年,平均(17.36±4.08)个月;神经根型颈椎病 44 例,椎动脉型颈椎病 22 例,脊髓型颈椎病 3 例,混合型 15 例。对照组 84 例中,男 47 例,女 37 例;年龄 22~60 岁,平均(42.03±9.46)岁;病程 5.8 个月~6.3

年,平均(18.11±3.86)个月;神经根型颈椎病 46 例,椎动脉型颈椎病 20 例,脊髓型颈椎病 4 例,混合型 14 例。2 组患者性别、年龄、病程及颈椎病各型分布例数经统计学处理差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、干预措施

1. 观察组:康复干预在患者出院即开始进行,并要求患者在出院 3、6 和 12 个月时复诊 1 次,复诊时强化院内健康教育内容。具体康复干预措施^[4]:①认知干预。向患者详细介绍疾病的病因、发病机制、治疗方案及日常保健,使患者能正确认识疾病的发生、发展及预后。提供相关的医学书籍供患者阅读,提高自我保健能力。②心理干预。建立良好的医患关系,由于患者机体活动受限,病程长,往往心理压力较大,常出现忧虑情绪,病情较重或反复发作的患者,常产生害怕截瘫的恐惧心理而辗转求医,希望不冒任何风险,安全地解除病痛。医务人员在治疗前热情主动与患者沟通,耐心细致地做好解释和安慰工作,了解患者的生活习惯、文化程度、职业、接受新知识的能力以及心理状态,有针对性地作好心理疏导,消除不良情绪,以取得患者的信任。并根据患者的个性心理特点,对患者进行心理知识宣教,并采用安慰、鼓励、暗示等方法予以疏导。③颈椎功能训练指导。根据病情指导患者做合适的保健操,加强颈肌的锻炼。功能训

练的方法要因人而异,以颈背肌肉劳损为主要症状者,要训练颈背部肌肉;上肢肌肉萎缩无力者,以上肢动作为主;而下肢跛行无力、步行困难者,则要练习行走及蹲立动作;长期卧床的患者,应注意有关卧床并发症的预防与观察。发生四肢瘫痪的患者,除加强护理、防止各种并发症外,对瘫痪肢体的肌肉要进行按摩,对所有关节进行全范围的被动活动,每日 2~3 次。④出院指导。嘱患者避免重体力劳动,以免神经根受累;坚持 6 个月以上的颈椎操功能训练。避免颈部动作过猛或过度用力,防止椎间盘再突出而复发,有明显颈椎失稳症状者应佩戴颈托外固定支具。

2. 对照组:不接受康复干预,仅要求患者在出院 3,6 和 12 个月时复诊 1 次。

三、评定方法

分别在出院后 3,6 及 12 个月患者复诊时采用颈椎病临床评价量表 (clinical assessment scale for cervical spondylosis, CASCs) [5] 对患者进行评定。CASCs 包括症状 (18 分)、生活、工作和社会适应能力 (9 分) 以及临床体征 (73 分) 3 个部分,总分为 100 分。总积分 < 80 分即可视为复发。每次评定均在充分休息后进行,评定时要求周围环境安静、无干扰,有家属或陪护在周围看护,消除患者的心理不适或紧张。

四、统计学分析

采用 SPSS 11.0 版统计软件进行处理。2 组评分比较采用配对资料 t 检验,复发率比较用 χ^2 检验。

结 果

一、2 组 CASCs 评分比较

2 组患者出院后 3 个月 CASCs 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组出院 6 个月 CASCs 评分比较,差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 1 年后再次评定疗效,2 组间 CASCs 差异仍有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 2 组 CASCs 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	3 个月	6 个月	12 个月
观察组	84	89.00 $\pm$ 7.11	88.00 $\pm$ 1.03 ^a	82.00 $\pm$ 8.65 ^a
对照组	84	88.00 $\pm$ 5.31	77.00 $\pm$ 4.51	70.00 $\pm$ 9.71

注:与对照组同期比较,^a $P < 0.01$

二、2 组复发率比较

2 组出院后 3 个月的复发率差异无统计学意义 ($\chi^2 = 1.071, P > 0.05$); 2 组出院后 6 个月的复发率差异有统计学意义 ($\chi^2 = 3.982, P < 0.05$); 2 组出院后 12 个月的复发率差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.843, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组复发率比较 (例, %)

组 别	例数	3 个月	6 个月	12 个月
观察组	84	3 (3.6)	5 (6.0) ^a	9 (10.7) ^a
对照组	84	7 (8.3)	13 (15.5)	21 (21.4)

注:与对照组同期比较,^a $P < 0.05$

讨 论

颈椎病是一常见病、多发病,其主要病理变化为局部组织痉挛、充血水肿、粘连、颈椎间隙变窄、椎间孔变小及神经根受累

等。目前,临床上通过常规的综合康复治疗治疗此病,大多能使临床症状消退,取得比较满意的近期疗效,但普遍存在远期疗效较差及复发率较高的问题。预防颈椎病复发是颈椎病康复的重要内容之一。对于颈椎病的预防,应对病因及发病诱因两方面采取措施,以尽量降低发病率及防止病情复发。而康复干预在整个预防颈椎病复发的实施方案中起到了不可替代的作用,它可以提高患者主动参与的积极性,增强预防意识,起到预防、治疗贯穿于始终的效果。

认知干预是预防颈椎病复发的先决条件。我们在保证颈椎病的远期疗效、防治复发的过程中,对患者提供颈椎病相关知识的咨询和疏导,可从不同角度提高患者对颈椎病的认识,强化患者的服药依从性,同时提高患者识别复发先兆的能力,从而有效地降低复发率,保证远期治疗效果。

颈椎病患者往往存有心心理障碍。相关研究表明,心理干预可以有效地提高颈椎病的治愈率,也是预防和控制颈椎病复发的关键之一[6,7]。心理专家分析,疾病的发生发展过程伴随着心理的改变与异常[8,9]。必须在治疗生理异常的同时配合心理干预,调节好患者的心理,使之达到身心合一,方能收到最佳疗效。因此,进行心理疏导和健康教育,使患者增强治病的信心,并积极配合康复治疗,可促进临床症状及焦虑情绪的改善,加快疾病的康复,提高生活质量。

功能训练可以促进颈部血液循环,调整颈部某些组织间的关系,改善颈、肩部肌群的功能,通过训练颈、背部的肌肉,增强肌肉、韧带、关节囊等的张力来加强颈椎的稳定性,以适应其病理改变后的内在环境。我们通过指导患者进行功能训练,充分调动了患者的主观能动性,使其主动参与治疗。

本研究结果显示,观察组在出院后 6,12 个月的 CASCs 评分与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),观察组在出院后 6,12 个月时的复发率均低于对照组 ($P < 0.05$),由此可见,康复干预可以有效地提高颈椎病患者的远期治疗效果,显著降低其复发率。

参 考 文 献

- [1] 商燕畦. 中西医结合护理. 武汉:湖北科学技术出版社,2004;215.
- [2] 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.
- [3] 孙宇,陈琪. 第二届全国颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志,1993,31:472.
- [4] 张红星. 实用颈椎病指南. 武汉:湖北科学技术出版社,2005;260-262.
- [5] 张鸣生,许伟成,林仲民,等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:151.
- [6] 区丽明,谭杰文,许俭兴. 心理治疗对颈椎病康复疗效的影响. 中国康复医学杂志,2003,18:413-415.
- [7] 尹晓涛,王家同,虎晓岷,等. 颈椎病康复理疗患者的心理干预效果的研究. 第四军医大学学报,2007,28:367-369.
- [8] 李伟东,刘广辉,余沛济. 心理干预联合药物治疗疼痛性疾病. 颈腰痛杂志,2002,23:23-24.
- [9] 邱鸿钟,李晓冰. 心理咨询释疑. 北京:中国医药科技出版社,2001;5-10.

(修回日期:2007-12-15)

(本文编辑:松 明)