

· 学术争鸣 ·

物理治疗中若干问题的思考

吕志宏

物理治疗作为医学治疗手段的一部分,自上世纪 50 年代以来,为我国医疗卫生和人民健康事业的发展做出了不可磨灭的贡献。而在当今,就在人们开始逐渐关注康复医学的同时,却忽视了物理治疗在康复医疗中存在的种种问题(如缺乏科学性、滥用物理治疗等)。本文特将目前物理治疗领域中存在的部分问题指出,希望与各位同道深思并探讨解决之路。

一、轻视物理因子治疗在康复中的重要性

在一些康复医疗机构中,许多工作人员虽然非常熟悉手法、神经促通技术等治疗手段,却不懂得如何在康复实践中使用电、光、声、磁等物理治疗。就像我们需要不断增加康复医学的新知识、新理念一样,刚刚从事康复医学工作的人员也应增加对电、光、声、磁等物理因子治疗知识的了解。因为电、光、声、磁等治疗手段不是可有可无的,而是具有其它康复治疗手段无法取代的地位,例如超短波治疗急性炎症具有显著疗效。我们在日常康复工作中,不仅可以遇到肺部感染、泌尿系统感染等疾病,也会遇到其它软组织感染等并发症,采用超短波治疗所获得的疗效是药物治疗无法比拟的;又例如在对付像非典型肺炎这样的传染病时,超短波治疗也发挥了显著疗效^[1]。

过去常有人认为,电、光、声、磁等物理因子治疗手段在瘫痪患者康复中的用处不大,而实践证实了物理因子治疗的康复价值,例如电刺激治疗能显著改善脑卒中患者的肢体功能,提高其生活自理能力,降低致残率^[2]。

虽然目前关于物理因子治疗对功能障碍患者的作用机制还存在争议,但的确有许多需要康复的患者从电、光、声、磁等物理因子治疗中获益,如一例偏瘫老年患者经一段时间负重训练后,其膝关节退行性关节炎发作,出现关节疼痛和积液,导致正常康复训练无法继续进行,患者此时的心理负担也十分严重。给予其为期 1 周的超短波治疗后,疼痛很快消失,浮髌试验转为阴性,患者又可以继续进行康复训练。在康复医疗实践中,不但会遇到膝关节疼痛的患者,有其它退行性病变的患者也经常可以见到,如颈椎病、肩周炎、跟骨骨刺等都是直接影响患者康复疗效的重要原因。如果康复医疗人员能同时重视一些常规物理因子治疗的重要

作用,就会变被动为主动,进一步提高患者的康复疗效。

与此同时,患者在康复治疗过程中的某些并发症也是物理因子治疗的适应证,例如压疮,虽然康复训练可以避免压疮的出现,但我们在实际工作中发现,许多患者是在出现压疮以后才来找康复科医生诊治,尤其是那些神经功能缺损较重、瘫痪时间较长的患者。如果我们多懂得一些物理因子治疗知识,就可以在很大程度上帮助患者,如早期采用紫外线对患处进行照射,就会在很短时间内使压疮愈合,如在压疮未形成前使用红外线治疗,还能改善局部组织的血液循环及营养代谢水平,从而预防压疮出现;再例如许多偏瘫患者合并有糖尿病,这类患者极易发生细菌感染,尤其是真菌感染,而一旦出现这种状况,一般很难控制病情进展,但是如果此时给予患者紫外线超红斑量照射,一般会在 2~3 d 内迅速控制病情,促使患者早日恢复康复训练。

物理因子治疗除了上述在功能障碍及并发症方面的治疗作用外,其在创伤和骨科疾病康复方面的显著疗效也常被人们所忽视。笔者曾对近年来国外关于物理治疗的文献进行检索,在可检索到的文献中,发现有许多是涉及超声波治疗软组织损伤的报道,与国内情况相似,如杜宝琮等^[3]报道,超声波、中频电同步治疗对血肿机化、软组织损伤、滑膜炎、滑囊炎、肩关节周围炎、关节炎、神经炎、神经痛等常见疾病具有显著疗效,其联合治疗时的总有效率为 98.8%,总显效率为 83.4%,基本愈合率为 42.6%。

由此可见,电、光、声、磁等物理因子治疗在康复医学中的作用毋庸置疑,但遗憾的是,在实际工作中却常常出现重视一个方面,而忽视另一个方面的倾向。这其中的原因有很多,一个重要的原因就是目前关于传统物理因子治疗的培训工作开展的不夠,导致许多过去未曾接触该方面工作的人员对此知之甚少。

二、物理治疗应用缺乏科学性

1. 缺少循证医学的理念:目前个别医疗单位在应用物理疗法时,缺少对循证医学方面的考虑。在对患者进行物理治疗时,偏重于对经济利润的考虑;给予患者的物理治疗有些在理论上都讲不通,例如中药离子导入,有人采用半波中频电流和中药煎剂进行离子导入。由于药物导入疗法的关键应当是首先了解该药物

有效成分的极性,只有了解药物的极性后,才有可能知道有效成分从哪一极导入。如果说一味中药的极性我们了解,那么一剂由多味中药组成的中药煎剂就不一定清楚了,有些患者经药物导入治疗后发现疗效显著,很有可能是电刺激的作用。

对于椎动脉型颈椎病患者,有人采用一种号称可以将电流“无创引入小脑顶核”的仪器进行治疗,如有文献报道,在动物实验中以电流刺激动物小脑顶核后出现脑部血液循环改善,在临床康复治疗时将两个电极放置于患者两侧乳突部位或乳突与肢体处,接通电流后出现所谓的“功能改善”,就定名这种疗法为“小脑顶核刺激”,这显然是不准确的。试问这样放置电极,低、中频电流如何通过颅骨而到达位于后颅窝的小脑,并专一地刺激顶核^[4]。极少数康复医疗机构简直成了医疗器械厂商的广告展示区,各种器械广告随处可见。患者得到的不是医生的及时诊治,而是医疗器械厂商的“忠告或建议”,所以各种不应有的现象就出现了。如对腰椎间盘突出症患者作熏蒸治疗,急性腰扭伤患者作牵引治疗,无论什么病,只要是疼痛,就用热磁疗对付。如此这般,还有什么疗效可言?还有什么循证医学可言?

2. 缺乏全面的康复医学知识:如果只懂物理治疗,而对康复医学的原理和知识缺乏了解,那么在治疗瘫痪患者时很可能出问题。例如:在对待偏瘫患者的肩痛问题方面,由于许多医生不了解患者肩痛的真正原因,往往会给予患者蜡疗、电脑中频电、超声波等治疗,但疗效通常不佳,患者依旧疼痛难忍。如果稍懂得一些康复知识的话,就可以针对患者病情给予一些手法治疗,其肩痛症状一般会立即缓解。对于肩-手综合征的患者,应选择冷疗法,而康复治疗中有许多工作人员却选择超短波治疗。

这种由于缺乏全面的康复医学知识而出现的治疗错误,不仅没有为患者减轻痛苦,反而加剧了患者对医生的不信任感,降低了物理治疗的疗效。

三、滥用物理治疗现象普遍

1. 从事物理治疗人员未经培训:由于过去许多从事物理治疗工作的医务人员都是半路出家,没有经过系统的专业训练,加之利益驱动的缘故,经常会出现滥用物理治疗的现象,甚至有部分从未接触过物理治疗的人员也出资购买物理治疗设备,在私人诊所里干起了物理治疗的业务。而这样做的直接后果令人非常担忧,如有许多人在没有完全搞清患者病情的情况下,盲目对其进行牵引等治疗,结果导致患者出现大、小便失禁等严重后果;还有的人一天内给患者连续进行 5~6 种物理治疗,搞得患者全身无力、疲惫不堪,疗效也不佳。

2. 盲目追求利益的最大化:目前有少数康复医疗机构,其个别物理治疗项目的价格表面上看似下降了,但原来治疗 15 min 的项目,现在变成了治疗 5 min;而且过去一种治疗就可解决的问题,现在变成联用 3~4 种物理治疗方法。这种做法的最终结果实际上是减少了物理治疗的人次,如患者经济较困难,就会提前结束物理治疗,改用其它治疗;另外这样做还会造成各种治疗措施疗效相互抵消,从而最终影响治疗效果。

3. 物理治疗器械命名混乱:目前大部分物理治疗器械都不以其治疗机制命名,很容易给临床康复治疗造成混乱,例如骨质增生治疗仪、遗尿治疗仪等,现在市面上又出现了所谓的偏瘫治疗仪、脑功能治疗仪等。谭维溢^[5]曾撰文要求康复医疗器械的命名必须充分体现其性能,尽量不用病名、人名,禁止用不科学的命名等。只有规范了治疗器械的名称,才有可能对其进行规范、科学的应用。

四、应对的措施

对于上述物理治疗中出现的若干常见问题,不仅仅涉及到学术问题,还涉及到康复医学的生存及健康发展,所以必须对此加以重视。为此,笔者提出下列几点建议。

1. 加强康复新技术和物理因子治疗培训:物理因子治疗的发展也同其它学科的发展一样,必然要经过一个不断分化和不断综合的过程。康复新技术的引进,理应促进物理因子治疗的发展。但现在的情况是康复新技术培训多了,而物理因子治疗培训少了,致使许多非常有效的物理因子治疗手段得不到广泛、科学的使用;另一方面,以前从事物理因子治疗的人员也要迎头赶上,努力学习康复医学新知识充实自己。各级卫生行政主管部门和社会团体也应加强对在职人员的业务培训,并且在康复医学培训的课程中应包括传统物理因子治疗课程。

2. 规范物理治疗器械的名称:建议由全国著名物理治疗专家组成物理治疗仪器名称认定委员会,对现有市场上使用的所有物理治疗设备进行全面确认,并且根据其治疗机制,而不是以病名或人名等来命名,最终以法律法规的形式对命名行为加以规范。

3. 加大对违规使用物理治疗的监督:对于那些巧立明目、滥用物理治疗,甚至有害人体健康的物理治疗,广大物理医学与康复同仁有责任给以监督及批判。

4. 加强社区医务人员的物理治疗业务培训:为了保证物理治疗措施的正确使用和扩大物理治疗的使用范围,必须加强对现有社区医务人员的业务知识培训,以提高其物理治疗业务水平,更好地为群众服务。

参 考 文 献

- [1] 张利峰,郑光新,刘广林,等. 超短波在传染性非典型肺炎综合治疗中的应用研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 332-334.
- [2] 郭友华,燕铁斌,Christina WY Hui-Chan. 低频电刺激治疗脑卒中偏瘫患者的临床研究进展. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 507-509.
- [3] 杜宝琮. 超声、中频电同步治疗仪的临床应用. 中国超声医学杂志, 1995, 4: 254-256.
- [4] 谭维溢,南登崑. 规范疗法名称,提高学科水平. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 385-387.
- [5] 谭维溢. 对我国物理治疗仪器发展的现状分析和展望. 中国医疗器械信息, 2001, 4: 13-15.

(修回日期: 2007-03-27)

(本文编辑: 易 浩)

. 临床研究 .

早期认知干预脑卒中后认知障碍患者的临床疗效观察

张淑珍 刘玉海 格日乐

【摘 要】 目的 探讨早期认知干预对脑卒中后认知障碍患者康复效果的影响。方法 选择入住本院的脑卒中患者,由一位康复医师采用洛文斯顿作业疗法认知评定(LOTCA)量表进行认知功能评测。将存在认知功能障碍的 60 例患者随机分为认知康复组 30 例和对照组 30 例,2 组均给予常规康复治疗,认知康复组同时进行针对认知障碍的康复训练。治疗 3 个月后,由同一位康复医师采用 LOTCA 量表对 2 组患者进行评测。结果 2 组患者治疗前,LOTCA 各项评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 个月后,认知康复组定向、知觉、视运动组织、思维运作及注意与集中评分与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 0.01)。结论 早期认知干预可明显改善脑卒中患者的认知功能。

【关键词】 早期干预; 脑卒中; 认知障碍

脑血管病是当前严重危害人类生命与健康的疾病之一,脑卒中后功能障碍主要与运动功能和认知功能有关,这些功能缺损对患者日常生活活动有极大的负面影响,同样也对他们参与社会活动和造成很大困难。脑卒中后认知障碍是影响康复效果的主要因素之一,也已成为影响老年人生活质量的重要原因,这些患者的就诊率很低,也未引起医护人员及家属的重视。我科于 2003 年 1 月至 2005 年 6 月,采用洛文斯顿作业疗法认知评定(Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment, LOTCA)量表^[1]评测 99 例脑卒中患者,其中 60 例患者存在不同程度的认知损害。我们对 30 例脑卒中后存在认知障碍的患者采取了及时有效的认知干预措施,收到良好的效果,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择 2003 年 1 月至 2005 年 6 月在我科住院的脑卒中患者,排除失语症、痴呆患者。采用 LOTCA 量表评测,将存在认知功能障碍的 60 例患者随机分为认知康复组和对照组,每组 30 例。2 组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

二、治疗方法

2 组患者均给予常规药物治疗及肢体康复训练,如早期良肢位的摆放、维持关节活动度训练、平衡功能训练(包括坐、站平衡训练)、体位转移训练、步态训练(包括行走、上下楼梯等训练)以及日常生活活动能力训练。

表 1 2 组患者一般资料比较

组 别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	文化程度(例)		康复介入 时间 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		小学	初中及以上	
认知康复组	30	16	14	59.78 $\pm$ 6.04	4	26	9.92 $\pm$ 2.43
对照组	30	17	13	60.14 $\pm$ 5.87	6	24	9.50 $\pm$ 2.52

认知康复组患者针对其认知功能,如定向、知觉、视运动组织、思维运作、注意等某方面的损害,进行个体化认知障碍康复训练,具体方法如下。

(一) 定向障碍的功能恢复训练

对以空间感知障碍为主,无定向能力,出行困难的患者,训练其识记右手,进一步认识记忆右手外侧为右侧,反复练习数次;训练患者识记从病房走到功能室、从 OT 室走到 PT 室的线路,常用及重要的线路需要反复练习。

(二) 知觉障碍的功能恢复训练

1. 单侧空间忽略的训练:治疗者站在患者忽略侧进行训练并与之交谈;向其忽略侧提供触摸、叩打、按摩、冷等感觉刺激;故意将患者急需的物体放在其忽略侧,训练患者用另一侧手越过中线去取;治疗师在一张 A4 纸上随机画 40 条线段,并在忽略侧顶端画上红线,让患者尽量从顶端开始勾划,反复练习数次。

2. 失认症的训练:通过反复看照片,使患者尽量记住与其有关的重要人物,如家人、医生、护士等的姓名;出示图片,让患者命名和辨别颜色,反复练习数次,随着患者认知能力的提高,逐渐增加颜色的种类。

(三) 结构性失用的功能恢复训练

1. 结构性失用的训练:应选用有目的和有意义的作业训练。可让患者复制治疗师所示范的平面或立体图形,开始时应