

无统计学意义($P > 0.05$)。提示超声中频电疗法治疗效果最佳,中频电疗法优于高频电疗法。

三、讨论

输卵管炎症造成输卵管不通是女性不孕的常见原因,输卵管在长期炎症作用下引起组织增生,肌层肥厚或积水,使输卵管腔闭塞,卵子无法通过而不孕。临床单靠口服或注射药物效果不佳,其它治疗手段又多是机械性强迫扩张疏通,治疗时易造成输卵管新的创伤或充血水肿,发生炎性反应,使本来较细的输卵管重新阻塞。反复做输卵管疏通术,对输卵管反复刺激,易造成不可逆转的损伤,导致终生不孕。合理选择物理因子治疗该病,可免除患者治疗中的痛苦与后遗症。

超声中频电疗法将超声波与调制中频电流有机结合,超声波高频率的机械振动作用对细胞内物质及微小的细胞结构可产生微细按摩,有利于输卵管的炎症吸收与消散。小剂量的超声波对卵巢有一定刺激作用,可促进卵巢维持正常生理功能。调制中频电流可明显促进血液循环^[2],具有消炎、松解粘连、软化瘢痕及镇痛等作用^[3]。超声与中频电联用具有协同功效,疗效比单一物理因子治疗要佳^[4]。

干扰电流作用较深,对于腹部盆腔器官的消炎作用明显。

等幅中频电虽然也有改善循环、消炎、消肿、止痛作用,但相比之下频率与波形较单一,其它两种中频电流均优于等幅中

频电。

超短波与微波同属于高频电,作用于人体组织均可产生热效应与非热效应,使治疗部位均匀受热,加速血液循环,促进新陈代谢,提高肌体组织抗感染能力^[5],但由于输卵管位于盆腔深部,超短波的电容电极输出比微波作用深且均匀,在治疗输卵管炎症时可能优于微波,其作用机制需要进一步深入研究。

参 考 文 献

- 1 杨雪峰,申爱荣,宋惠,等.主编.妇产科临床治疗.妇科卷.郑州:河南医科大学出版社,1998.71-74.
- 2 洪雁,鹿欣.超短波并调制中频电疗法治疗慢性盆腔炎症疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2004,26:375.
- 3 余和平,夏新蜀,党元秀.等幅正弦中频电碘离子导入并超短波治疗慢性盆腔炎.中华物理医学与康复杂志,2002,24:390.
- 4 刘秋成,崔淑莲.超声联合调制中频电疗法治疗急性软组织扭挫伤的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2004,26:384.
- 5 董燕.超短波并红外线治疗盆腔炎症性包块.中华物理医学与康复杂志,2003,25:383.

(修回日期:2006-04-10)

(本文编辑:阮仕衡)

脊髓损伤患者 39 例的康复治疗

余丽珍 郑彩娥 王元娇 王雅莉

脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)是由于各种原因引起的脊髓结构与功能的损害,造成损伤水平以下脊髓功能障碍。随着社会经济的发展,交通、建筑、矿业和运动等事故的发生,临床上 SCI 患者有所增加。SCI 患者是重度残疾人,生活难以自理,同时给家庭和社会带来极大负担。近几年来,随着康复医学的快速发展,对 SCI 患者的康复越来越受到重视,许多患者重新获得了生活自理能力,并且生存质量也逐步提高,甚至能基本回归社会和家庭。我们通过对 SCI 患者日常生活活动(activities of daily living, ADL)进行评定及康复治疗,取得较好疗效。

一、资料与方法

(一)病例资料

选择 2001 至 2003 年住院康复的 SCI 患者 39 例,均已行骨折复位,减压内固定术治疗。其中,男 27 例,女 12 例;年龄 20 ~ 58 岁,平均(36.41 ± 1.28)岁;病程 30 ~ 90 d,平均(59.31 ± 16.29)d;损伤部位在 C_{6~7} 2 例, T_{1~12} 21 例, L_{1~4} 16 例。根据 2000 年美国 SCI 学会修正后的 SCI 分类表(American Injury Association, ASIA)分类^[1]:完全性瘫痪(A 型完全性损伤)2 例,不完全性瘫痪 37 例(其中 B 型不完全性损伤 12 例, C 型不完全性损伤 16 例, D 型不完全性损伤 9 例)。所有患者均有不同程度

度肢体功能障碍,大小便失禁,生活不能自理。

(二)治疗方法

所有患者均进行以下治疗。

1. 卧床期康复训练指导:①肢体功能位训练——仰卧位时髋关节轻度外展,膝关节伸展(不能过伸),踝关节背屈;脚趾伸展,可在两腿间放一枕头;侧卧位时上肢肩呈屈曲位,两上肢放于两枕之间,肘关节伸展前臂旋后,腕关节背屈 45°;下肢髋关节、膝关节屈曲位,两腿之间垫枕头。②腹式呼吸、有效咳嗽排痰训练。③被、主动运动——关节、肌肉、跟腱牵拉、结合 ADL 行上肢独立性、功能性运动训练。④膀胱功能训练——按 SCI 膀胱功能障碍的康复训练进行膀胱训练^[2]。

2. 稳定期康复训练指导:①坐位平衡训练——轮椅有靠背平衡、无靠背平衡坐位训练。②起立床站立训练——患者固定在起立床上进行站位训练。③支撑动作训练——轮椅、床上、扶手支撑、移动训练。④肌力的再训练——使用沙袋及哑铃渐进抗阻训练,提高上肢肌力。⑤继续进行膀胱训练。

3. 中后期康复训练指导:①翻身训练——利用惯性双上肢上举,十指交叉,用力左右甩 3 ~ 4 次,翻向一侧,同时利用床头带子或床沿,双手抓紧支撑翻身。②步行训练——选择适合个体的步行训练方式,达到个体的步行康复目标。③日常生活自理能力的训练——包括吃饭、穿/脱衣、梳洗、个人卫生、如厕、从床到轮椅的转换等。④继续进行膀胱训练。

4. 心理治疗:SCI 患者心理变化过程分为震惊期、否认期、

基金项目:浙江省医药卫生科学研究基金项目(No. 2003B025)

作者单位:310024 杭州,浙江省康复中心望江山疗养院一疗科(余丽珍,郑彩娥);浙江省人民医院康复科(王元娇);拱墅区人民医院康复科(王雅莉)

抑郁期、反对独立期和适应期。根据患者不同期表现的心理问题进行康复治疗,鼓励患者发泄内心情感并表示理解;采用支持疗法,辅导患者有效应对伤残现实,帮助其度过心理危机;注重患者有无轻生意念,防止意外发生;鼓励患者投入康复训练,减轻抑郁心理;对有依赖性的患者,让其与老病友接触,增强患者新的适应能力;通过行为疗法和社会学习法,使患者自立、自信,有效面对挫折。

(三) 疗效评定方法

运用康复护理日常生活活动(Rehabilitative Nursing Activities of Daily Living, RNADL)评定量表^[3],对 SCI 患者基本日常生活内容进行评定。RNADL 评定量表满分 100 分,评定内容分衣、食、住、行、个人卫生处理 5 个大项,每大项满分 20 分。按评定标准、评定方法在入院时、康复训练 3 个月后,进行 RNADL 评定。

(四) 统计学分析

对入院、出院前后 ADL 各项评分进行配对 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。数据分析使用 SPSS 11.0 版统计软件包处理。

二、结果

39 例患者经 3 个月康复治疗后,损伤分类情况见表 1, ADL 各项评分情况见表 2。

表 1 SCI 患者入院时和康复训练后 ASIA 损伤分类比较(例)

分 型	入院	出院
A 型完全性损伤	2	1
B 型不完全性损伤	12	6
C 型不完全性损伤	16	19
D 型不完全性损伤	9	13

表 2 SCI 患者入院时和康复训练后 RNADL 各项评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

评定时间	<i>n</i>	衣	食	住
入院时	39	7.78 ± 3.38	10.07 ± 4.39	7.12 ± 5.43
康复训练后	39	16.12 ± 4.25	17.23 ± 5.67	15.27 ± 5.33
评定时间	<i>n</i>	行	个人卫生	总分
入院时	39	3.96 ± 5.61	4.87 ± 6.31	31.80 ± 21.12
康复训练后	39	11.22 ± 8.56	16.35 ± 8.17	76.09 ± 31.98*

注:与入院时比较, * $P < 0.01$

三、讨论

SCI 是临床上常见严重创伤,常导致患者残疾或死亡,幸存者也留下截瘫或四肢瘫,生活不能自理。要了解患者日常生活活动存在的障碍,需进行 ADL 评定,根据评定得分,制定个体的康复目标。RNADL 评分内容标准较细,易操作,使患者康复治疗中较小的进步均能体现^[8],能激发患者积极主动参与康复训练。RNADL 量表有较高的信度、效度^[3],适用于 SCI 患者 ADL 能力评定,更是 SCI 患者康复疗效评价的客观依据。

SCI 患者突然致残,严重影响其参与社会活动的 ability、降低其生存质量,心理方面也会出现一系列问题。及时针对性地对患者不同期表现的心理问题进行康复治疗,不仅利于患者的心理康复,而且可以促进患者整体康复的进程^[4],特别对那些极严重残疾而不能恢复正常的患者而言,心理康复比机体康复更为重要。教会患者从科学的角度去了解人的心理特点,正确应对心理创伤,掌握一些缓解心理压力、释放心理能量的方法和技巧,学会使用心理防御机制,平衡渡过心理危险期,是心理康复治疗的目标所在。

SCI 后通过一定的康复训练可以实现功能重组,这种功能重组主要依赖于功能训练^[5]。SCI 患者除了每日进行物理治疗和职业治疗训练外,吃、住均在病区。在病区进行康复治疗时,应适时穿插康复教育内容,让患者认识到 SCI 的康复是一个缓慢而艰难的过程,必须持之以恒、循序渐进,使患者日常生活自理水平和社会活动参与能力获得最大程度的恢复。

参 考 文 献

- 1 南登崑,郭正成,主编. 康复医学理论与实践. 西安:世界图书出版公司,2004. 1132-1134.
- 2 韩肖华. 脊髓损伤后神经源性膀胱的康复. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:188-190.
- 3 郑彩娥,潘克勤,丁燕萍,等. 康复护理 ADL 评定量表的信度和效度研究. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:165-167.
- 4 邱卓英,施红梅,马洪卓. 脊髓损伤患者的心理特点及其康复策略. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:377-379.
- 5 林舟丹,毛琳,刘传太. 36 例脊髓损伤患者的康复治疗. 中国康复,2001,16:49.

(修回日期:2006-04-01)

(本文编辑:阮仕衡)

膝关节功能障碍患者的自我康复

叶翔尔

本院对 57 例膝关节功能障碍患者进行了以自我康复为主的跟踪治疗和观察,并与常规对症治疗的 55 例膝关节功能障碍患者作对照,取得了一定疗效。

一、资料与方法

(一) 一般资料

作者单位:310016 杭州,浙江爱福医院康复中心

112 例膝关节功能障碍患者,均为 1996 年 8 月至 2004 年 2 月间本院门诊患者,随机分为观察组与对照组。观察组 57 例,男 26 例,女 31 例;平均年龄(55.1 ± 7.9)岁;病程 6 个月 ~ 7 年,平均(10.6 ± 7.6)个月;关节平均活动度(81.5 ± 21.8)°;其中有膝关节及其周围骨折、损伤或术后史者 47 例,伴类风湿关节炎者 3 例,无明显损伤史 16 例;右侧 20 例,左侧 17 例,双侧 20 例;参照谭冠先主编的《疼痛诊疗学》疼痛程度分级标准^[1]: