

($\chi^2 = 16.63, P < 0.01$), 即治疗组疗效明显优于对照组; 另外, 2 组患者在治疗过程中均未发生任何不良反应。

表 1 2 组患者疗效比较(例, %)

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效	总有效率(%)
治疗组	50	41(82)	8(16)	1(2)	0	98*
对照组	50	21(42)	11(22)	9(18)	9(18)	64

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$

讨 论

带状疱疹为水痘-带状疱疹病毒(varicella zoster virus, VZV) 感染所致, 该病毒可进入人体皮肤内的感觉神经末梢, 沿脊髓后根或者三叉神经节的神经纤维移动, 并长期潜伏在脊髓后根神经节的神经元中。在各种诱发因素的刺激作用下, 可以使处于潜伏状态下的 VZV 再活动并复制、增殖, 使受侵犯神经节发炎、坏死, 从而产生神经痛, 并在受累神经节相应皮肤部位出现节段性疱疹^[1]。据相关资料报道, 约有 9% ~ 13% 的带状疱疹患者发生 PHN, 持续时间长达 3 ~ 5 年, PHN 严重程度随患者年龄增加而增大, 即年龄越大, 其疼痛越难消除, 在 50 岁以上患者中尤为明显; 另外, 约有 30% ~ 50% 老年患者可遗留顽固性神经痛或感觉异常等^[2,3]。目前针对 PHN 的治疗多以止痛及营养神经为主, 如给予患者各种止痛药减轻疼痛, 给予 B 族维生素营养受损神经以加速其修复等。虽然这些方法对 PHN 患者有一定疗效, 但很多患者在接受了上述治疗后仍存在剧烈疼痛, 严重影响了其正常工作、学习及生活。

国内有研究用高压氧治疗耳带状疱疹(Hunt 综合征) 引发的神经痛取得了满意疗效^[4]。高压氧治疗有助于损伤神经功能修复的研究也常见报道^[5]。本研究联合采用高压氧及药物治疗带状疱疹后遗神经痛, 主要治疗机制包括: ①高压氧可迅速增加血氧含量及血氧分压, 改善受损神经纤维的缺氧状态, 使三磷酸腺苷生成及神经组织有氧代谢水平增强, 从而加快神经轴

索及毛细血管的再生, 促进神经及血管功能恢复; ②高压氧可使血管迅速收缩, 使血管床缩小, 降低神经管内压力, 缓解对受损神经的压迫, 促进神经组织炎性水肿消退, 阻断神经轴索变性; ③由于周围神经组织损伤后, 其效应器缺乏神经组织的营养及支持, 容易发生萎缩(如运动终板萎缩等), 而高压氧在促进神经修复的同时, 也可促进效应器的恢复, 使神经长入效应器的速度加快, 促其提早进入调整期, 加快调整进程及神经功能恢复进度; ④药物与高压氧联用具有协同效应, 如 B 族维生素能营养神经, 促使受损神经纤维修复, 复方丹参片能够活血化瘀, 消炎镇痛片可以减轻患者疼痛症状, 为其康复创造良好的生理、心理环境^[4]。上述药物与高压氧联用, 可使治疗发挥更大效应; 本研究结果也表明, 治疗组患者临床疗效明显优于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

综上所述, 高压氧联合药物治疗对 PHN 具有显著疗效, 能明显改善疼痛症状, 治愈率高, 副作用小, 值得临床进一步推广、应用。

参 考 文 献

- 1 张振楷. 带状疱疹. 见: 赵辨, 主编. 临床皮肤病学. 第 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001. 300-303.
- 2 Rook A, Wilkison DS, Ehling FJ, et al. Textbook of dermatology in general medicine. Oxford: Blackwell Sci Pub, 1998. 3278-328.
- 3 Darsow ULF, Lorenz J, Burkhart BR. Pruritus circumscribed sine materia: a sequel of postzoster neuralgia. Acta Derm Venereol, 1996, 76: 45-47.
- 4 李长华. 高压氧联合药物治疗 Hunt 综合征患者 60 例疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 768.
- 5 范少地, 罗卓荆, 杨卫红, 等. 高压氧对颈椎管狭窄术后脊髓再灌注损伤及神经根性水肿的预防与治疗作用. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 280-282.

(修回日期: 2006-07-20)

(本文编辑: 易 浩)

RNADL 量表与 MBI 指数量表间的比较分析

郑彩娥 叶洪青 张荀芳 林伟

康复功能评定是康复医学中的重要组成部分之一。在康复临床实践中, 临床工作者常需使用各种可靠的量表对患者功能状况进行评定, 如对患者的日常生活活动(Activities of Daily Living, ADL)能力进行评定是了解其身体功能、残存能力的重要评定方法之一。要得到客观、真实的 ADL 评定结果必须有规范化的评测量表, 目前临床上使用的 ADL 评定量表中, 有些评定量表是国际上公认的^[1-3], 有些评定量表则是自行研制的, 如功能综合评定量表(Functional Comprehensive Assessment, FCA)^[4]、康复护理日常生活活动(rehabilitative nursing activities

of daily living, RNADL) 量表等, 这些量表目前已通过临床信度、效度和敏感度检验, 并逐步在临床上推广、应用^[5]。改良的 Barthel 指数(Modified Barthel Index, MBI) 量表是目前国内使用多年的 ADL 功能评定量表, RNADL 则是参照 MBI 量表评定项目^[6]近年来重新设计的评定量表^[7]。本研究对 60 例患者分别采用上述两种量表进行 ADL 功能评定, 并同时两量表评定结果进行对比分析。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2003 年 3 月至 2004 年 4 月间在我院及浙江省人民医院康复科接受治疗的脑损伤患者 60 例, 由于治疗需要, 所有

基金项目: 浙江省医药卫生科研基金资助项目(No. 2003B025)

作者单位: 310024 杭州, 浙江省望江山疗养院

入选患者均需进行 ADL 功能评定,其中男 39 例,女 21 例;年龄 18~82 岁,平均(63.7 ± 7.8)岁;所患疾病包括脑血管意外 38 例(脑出血 18 例,脑梗死 20 例)、脑外伤 12 例、脊髓损伤 10 例;入院时病程为(12~351)d,平均(56.3 ± 28.4)d;所有病例均已度过疾病危险期,但其 ADL 功能均有不同程度的障碍。

二、ADL 评定方法

本研究以 MBI 量表作为标准评定量表。由 2 名康复护士、1 名康复医生于上述 60 例患者入院时及出院 48 h 内采用 RNADL 及 MBI 量表对其 ADL 功能进行评定;并于本次评定结束后第 2 天,再由其中 1 名康复护士以同样方式进行第 2 次 ADL 功能评定。为了确定 RNADL 量表的有效性及其可靠性,除了对标准量表评定结果进行相关性分析外,还同时对前、后两次评定结果进行相关性分析,计算本研究患者 RNADL、MBI 量表出、入院时的总分及出、入院改变值;并且还选用组内相关系数(Intraclass Correlation Coefficients, ICC)作为评定指标,进行量表内部信度分析。

三、统计学分析

本研究所得数据采用 SPSS 11.0 版软件进行统计学分析。选用 Pearson 相关系数分析同一评测者在不同时间点所测患者 RNADL(RNADL)各项目结果的相关性,各检测项目结果的内部一致性通过计算 Cronbach α 获得,各患者 RNADL 与 MBI 出、入院时改变值比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义或具有显著相关性。

结 果

经 Pearson 相关分析后发现,2 组患者出、入院评定结果具有较高的相关性(入院时 $r = 0.947$, $P < 0.001$;出院时 $r = 0.944$, $P < 0.001$),各量表改变值间的相关性具有显著性意义($r = 0.890$, $P < 0.001$)。从表 1 数据中可以看出,本研究患者两量表的出、入院改变值均有统计学意义($P < 0.001$),而且两量表的出院总分基本一致,显示 RNADL 量表具有较高的有效性;另外本研究患者 RNADL 量表总分改变值增加幅度大于 MBI 量表相应数据,提示 RNADL 量表的疗效灵敏度更高。

表 2 数据显示, RNADL 量表重测信度较高,各评定项目间 ICC 具有显著相关性($r = 0.924 \sim 0.968$, P 均 < 0.001),提示 RNADL 量表具有稳定性高、内部一致性好、可靠性强等优点。

表 1 患者出、入院时 RNADL 与 MBI 总分及改变值比较

项 目	入院时	出院时	出、入院改变值
RNADL	31.28 $\pm$ 19.09	70.31 $\pm$ 19.51 *	39.03 $\pm$ 14.27
MBI	36.29 $\pm$ 27.16	69.13 $\pm$ 23.11 *	32.84 $\pm$ 13.24

注:与入院时比较, * $P < 0.01$

表 2 不同测评者使用 RNADL 量表评定患者 ADL 各项的组内相关系数(ICC)比较

项 目	衣	食	住	行	个人卫生
组内相关系数 r	0.960	0.944	0.949	0.968	0.924
P 值	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

讨 论

一、RNADL 量表与 MBI 量表均有较高的信度及效度

目前, MBI 量表主要用于 ADL 功能评定,其有效性和可靠性早已得到公认^[8,9],其重测信度为 0.89,不同评测者间的信度 > 0.95 ^[6],是目前应用最多的 ADL 评定量表之一。在 2001~2003 年间,我们曾对 RNADL 评定量表的信度和效度进行过研究^[10],共测评了 40 例患者,发现该量表由同一测评员两次重复测定的各单项得分与总分的 ICC 范围为 0.966~0.998, P 均 < 0.001 ,提示量表重测信度较好;不同测评者间测定的 RNADL 出、入院总分的 ICC 范围为 0.996~0.997, P 均 < 0.001 ,提示量表内部一致性较好。重测信度结果表明, RNADL 无论是在同一测评者或不同测评者间均具有较好的重测信度。RNADL 总分与不同项目得分的信度系数 $\alpha = 0.822$,各项目之间 $\alpha = 0.925$,提示 RNADL 量表内部一致性良好^[10]。2004 年我们又对 60 例患者进行 RNADL 测评,其结果与公认、可靠的 MBI 测评结果非常接近,再次证明 RNADL 量表信度、效度较好。本研究患者经 2 次重复测定的 RNADL 各项得分间 ICC 为 0.924~0.968,提示 RNADL 在测评者内部具有良好的一致性和重测信度,可靠性强。本研究患者 RNADL 评分结果显示其出院时总分比入院时增加(39.03 $\pm$ 14.27)分,而 MBI 量表测评结果显示,患者出、入院总分改变值仅为(32.84 $\pm$ 13.24)分,提示 RNADL 量表灵敏度更高,除了能评定患者 ADL 能力外,还可用于康复疗效评估。

二、RNADL 量表与 MBI 量表评定内容不同

MBI 量表评定项目共有 10 项,内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大小便、用厕、转移、行走、上下楼梯。MBI 量表除能评定患者 ADL 外,还可用来预测其将来的恢复情况^[11]。RNADL 量表评定项目以人类基本生活必须的衣、食、住、行、个人卫生处理 5 大项目作为评定内容,每个大项又细分为 5 个评定项目(共有 25 项评定项目)。RNADL 量表评定项目综合了躯体性 ADL(physical or basic ADL, PADL)及工具性 ADL(instrumental ADL, IADL)内容,评定内容较细、较全。RNADL 量表不但能评估患者的 ADL 功能,还能敏感反映患者的功能及病情变化,适用于临床 ADL 功能障碍患者的评定,能为其康复治疗训练提供客观依据,加速患者早日回归家庭及社会。

三、RNADL 量表与 MBI 量表评定标准间的差异

MBI 量表计分法将 ADL 功能分为良、中、差三个等级,大于 60 分为良;60~40 分为中,表明被检者有功能障碍,稍有依赖;小于 40 分为差,表明被检者依赖性较强或完全依赖^[11]。MBI 量表共有 10 项评定指标,根据患者的实际依赖程度,分为 0, 5, 10, 15 分,共 4 个计分等级。如患者完全不能完成要求动作则计为 0 分,能部分完成要求动作的患者则根据其依赖程度共有 5 分、10 分、15 分 3 个等级,但其中较少依赖与中等依赖间的评分尺度往往不易掌握,在实际评定中较难给出客观计分。RNADL 量表按五级分法确定患者的 ADL 功能障碍程度,其中 0~25 分表示极严重功能缺陷,26~50 分表示严重功能缺陷,51~75 分表示中度功能缺陷,76~95 分表示生活基本自理,96~100 分表示生活完全自理。RNADL 量表共有 25 项评定指标,每小项计分范围为 0~4 分,满分为 100 分^[7];采用五级评分制,视被检者完成要求动作的全过程综合评定,完全不能完成评为 0 分,能独立完成评为 4 分,如被检者在完成整个项目过程中

有 50% 动作是自己完成, 50% 动作需他人帮助则评为 2 分, 如被检者有 75% 的动作需他人帮助则评为 1 分, 有 25% 的动作不能自己完成需他人帮助则评为 3 分。按上述 0~4 分标准计算患者整个 RNADL 量表得分, 能及时反映患者的微小进步及动作完成的改善情况, 并准确、客观提供治疗及疗效评价依据。

RNADL 量表是在吸收了国内、外相关量表优点的基础上, 对其评定项目内容进行了适当改良, 增加了与实际生活密切相关的评定项目。通过 RNADL 量表对患者进行功能评定, 能全面了解患者的 ADL 障碍程度及功能缺损状况, 评定内容亦较其它量表更细致、具体。本研究通过多次信度、效度及有效性检验, 证实 RNADL 量表具有很高的信度、效度及有效性, 并且敏感性也比较高, 为康复医学学术交流、科研及临床工作提供了较科学的量化指标。RNADL 量表自推广、应用以来, 据不完全统计, 全国范围内已对近 3 000 例 ADL 功能障碍患者进行了 RNADL 评定, 如临床采用该量表对脑卒中、脊髓损伤等患者的 ADL 功能进行评定^[12,13], 为其 ADL 残存功能评定、康复治疗方案制定、最终疗效评估等提供较客观的数据指标。临床工作者在实践中发现, RNADL 量表评定内容和评分标准较细致、操作简单, 患者在康复过程中取得的较小进步均能体现, 能更好地激发患者积极、主动参与康复训练的自觉性。RNADL 量表是评定患者 ADL 功能较客观、较敏感的量表, 简单实用, 对患者康复方案制定具有较强的指导作用, 易于在康复医疗机构中推广、使用^[11,12]。

RNADL 量表的设计初衷是为康复护理设计符合康复护理程序的 ADL 评定量表, 自推广后得到了康复医生、治疗师的广泛认可, 可用于患者康复功能评定、疗效评估等, 以便及时调整治疗方案。但该量表是否完美, 还需对更多患者进行评定、分析, 以不断改进、完善量表, 使之成为评估患者 ADL 功能的金标准之一。

参 考 文 献

- 1 Seymour DG, Ball AE, Russell EM, et al. Problems in using health survey

- questionnaires in older patients with physical disability and validity of the SF-36 and the effect of cognitive impairment. J Eval Clin Pract, 2001, 7: 411.
- 2 许伟新. 英文版腕关节功能患者自评量表的汉化及其信度研究. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 465-467.
- 3 Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, et al. Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. Clin Rehabil, 2001, 15: 301.
- 4 方军, 胡永善. 功能综合评定量表的信度与效度研究. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 424.
- 5 Daving Y, Andren E, Nordholm L, et al. Reliability of an interview approach to the functional independence measure. Clin Rehabil, 2001, 15: 311.
- 6 缪鸿石, 主编. 康复医学理论与实践. 上海: 科技出版社, 2000. 333-335.
- 7 郑彩娥, 张苟芳, 林伟, 等. 康复护理 ADL 评定量表的设计. 中国康复, 2004, 18: 61-62.
- 8 冉春风, 段小贝, 黄兴国, 等. 早期康复训练对脑卒中患者偏瘫肢体功能恢复的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 610-612.
- 9 Granger CV. Functional assessment in rehabilitation medicine. London: Williams & Willins, 1984. 71-73.
- 10 郑彩娥, 潘克勤, 李静虹, 等. 康复护理 ADL 评定量表信度效度的研究. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 165-167.
- 11 燕铁斌, 窦祖林, 主编. 实用瘫痪康复. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 179.
- 12 叶洪青, 郑彩娥, 林伟, 等. RNADL 在脑卒中患者康复训练中的应用. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 357-358.
- 13 余丽珍, 郑彩娥, 王元娇, 等. 脊髓损伤患者 39 例的康复治疗. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 347-348.

(修回日期: 2006-07-16)

(本文编辑: 易 浩)

· 消息 ·

药刀靶向微创治痛新技术推广与针刀、注射粘连点定位及疗效提高班招生

为了促进疼痛治疗靶向化、微创化进程, 提高疗效, 特聘药刀疗法发明人陕俊平教授举办药刀靶向微创治痛临床经验推广学习班。理论结合临床, 现场病例操作, 亲手教会学员: (1) 病变粘连点、痛点检查及准确定位, 一次性针、刀、药(药栓)、电、气靶向微创同施, 治疗疼痛疾病; (2) 痛点检查定位系统在疼痛诊疗中的应用; (3) 药刀靶向特效注射、药液配制及药刀松解术; (4) 如何开展针刀、注射、磁疗药栓植入三序列靶向治疗和提高疗效, 预防针刀治疗后的再粘连和注射治疗的复发; (5) 针刀、注射治疗十大误区剖析; (6) 磁疗药栓具体制作方法及应用。

重点讲解颈椎病、腰椎间盘突出症、骨质增生症、肩周炎、腱鞘炎、跟痛症、股骨头坏死、骨性关节炎、神经卡压综合征、软组织疼痛、脊柱相关性疼痛、内科疾病等 70 余种疾病的治疗。本班可学会针刀、注射、磁疗药栓植入三序列疗法。为从事针刀、注射、推拿、针灸、埋线的医生开辟治疗疑难病症的新途径。学费、资料费共计: 1 680 元。时间: 2006 年 10 月 28 日~11 月 4 日, 2007 年 3 月 24 日~3 月 31 日。免费索取《招生简章》、《课程表》等资料。

通讯地址: 102200 北京市昌平区创新路 4 号北京百川健康科学研究院培训中心; 电话: (010) 69712694, 69726848 (传真); 陕俊平手机: 13892316858 (时间 15~22 点); 网址: www. ylbk. com; E-mail: sjp66858@163. com。