

Prostatitis Symptom Index, CPSI) 进行评分;共有 9 个项目,每项满分 5 分。临床痊愈——评分较治疗前减少 90% 以上, EPS 常规白细胞 < 10/HP; 显效——评分较治疗前减少 60% ~ 89%, EPS 常规白细胞较治疗前减少 50% 以上或白细胞 < 15/HP; 有效——评分减少 30% ~ 59%, 且 EPS 常规白细胞较治疗前减少 25% 以上; 无效——症状及体征无明显变化, 评分减少 < 30%, 或 EPS 常规白细胞较治疗前减少不足 25%。治愈、显效和好转合计例数所占的百分比为有效率。

4. 统计学分析: 统计学分析采用 SPSS 10.0 软件, 计量资料比较用 t 检验, 计数资料比较用 χ^2 检验。

二、结果

两组患者治疗前、后疗效情况见表 1、2。

表 1 两组慢性前列腺炎患者治疗前、后症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	疼痛或不适及排尿症状	生活质量	CPSI 评分
理疗组	40			
治疗前		15.3 ± 4.1	7.9 ± 2.3	22.4 ± 6.5
治疗后		4.7 ± 2.6 ^{**}	3.1 ± 1.8 ^{**}	8.0 ± 4.6 ^{**}
对照组	37			
治疗前		15.0 ± 3.9	7.7 ± 2.2	22.5 ± 6.3
治疗后		9.2 ± 3.7 [*]	5.7 ± 2.8 [*]	13.1 ± 6.1 [*]

注: 与治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与对照组比较, ^{*} $P < 0.01$

表 2 治疗后 2 组患者疗效比较(例, %)

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	有效率
理疗组	40	22(55.0)	9(22.5)	6(15.0)	3(5.0)	37(92.5) [*]
对照组	37	11(29.7)	4(10.1)	7(18.9)	15(40.5)	22(59.5)

注: 与对照组比较, $\chi^2 = 6.63$, ^{*} $P < 0.05$

三、讨论

慢性前列腺炎病因及其发病机制比较复杂, 自 20 世纪 90 年代以来, 在国际前列腺炎协作网、美国国立卫生研究院前列腺炎协作研究网等国际机构协调下, 提出了多因素、多步骤的发病机制, 同时建立了新的临床分类系统、症状评分体系(NIH-CPSI)

等^[2]。目前诊治仍然较为复杂, 诊治方法很多。鉴于前列腺解剖特点, 大多数学者赞同择优选用综合治疗。

采用物理治疗方法治疗 CP 是一项较好的非介入疗法。超短波具有强穿透力, 利用其热效应和非热效应, 使前列腺组织局部血管扩张, 血流加速, 引流改善, 新陈代谢加快, 白细胞吞噬作用增强, 组织修复能力提高, 改善患者生殖系统的内环境, 调整生殖系统的免疫功能, 从而促进前列腺的炎症吸收, 刺激症状缓解^[3], 在 CP 治疗上疗效显著^[4]。中频电具有消炎、消肿和止痛作用, 同时还可软化瘢痕和松解粘连, 以及提高生物膜的通透性, 促进药物的渗入^[5]。由于有 12 例患者培养呈阳性, 另外可能存在着目前我们无法培养的病原体^[6], 因此, 我们对两组患者给予针对性口服药物。超短波和中频电疗法, 两者联合可以协同改善患者的临床症状^[7], 提高患者的生活质量。

本观察结果表明, 在口服药物治疗的基础上, 配合超短波和中频电疗法治疗 CP, 连续用 2 个疗程后, 92.5% 患者的病情有较明显改善, 理疗组明显提高了疗效, 且安全、方便、见效快、患者的依从性好。远期疗效有待随访。

参 考 文 献

- 1 顾方六. 现代前列腺病学. 北京: 人民军医出版社, 2002. 530-573
- 2 Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. J Urol, 1999, 162: 369-375.
- 3 李炎唐. 泌尿外科高科技. 北京: 军事医学科学出版社, 1998. 308.
- 4 明德玉. 经直肠 He-Ne 激光并超短波治疗慢性前列腺炎. 中华物理与康复医学杂志, 2002, 24: 690-691.
- 5 陈景藻, 主编. 现代物理治疗学. 北京: 人民军医出版社, 2001. 138
- 6 陈琦, 魏莎莉. 慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征发病机制研究进展. 国外医学泌尿系分册, 2005, 25: 630.
- 7 纪红, 周岩. 等幅中频电疗法配合超短波治疗慢性前列腺炎. 中华物理与康复医学杂志, 2005, 27: 401.

(修回日期: 2006-03-20)

(本文编辑: 阮仕衡)

综合康复治疗肩周炎的疗效观察

彭小平

肩周炎为临床常见和多发病, 患者肩关节功能受限, 出现不同程度的疼痛, 影响日常生活和工作。目前临床上治疗肩周炎的方法很多, 疗效各异。我们对 94 例肩周炎患者进行综合康复治疗并观察其疗效, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

肩周炎患者 94 例, 均符合肩周炎诊断标准^[1], 其中男 38 例, 女 56 例; 年龄 ≤ 40 岁者 14 例, 41 ~ 59 岁者 40 例, ≥ 60 岁者

40 例; 病程 2 个月 ~ 2 年; 左肩患病 43 例, 右肩患病 46 例, 双肩患病 5 例。

(二) 治疗方法

1. 超短波疗法: 应用 CDB-I 型超短波电疗机, 波长为 7.37 m, 频率为 40.68 MHz, 输出功率为 200 W, 电极大小为 27 cm × 18 cm, 于肩关节前、后对置, 与皮肤距离 3 cm, 采用微热量。每次治疗 30 min, 每日 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 疗程间间隔 3 d。

2. 中频电疗法: 采用 A-518 型高级电脑中频理疗系统, 调制频率为 1 ~ 10 kHz, 最大功率为 200 W, 2 个硅橡胶电极大小为

12.2 cm × 8.0 cm, 于肩关节前、后对置, 并以沙袋固定, 电流强度以患者耐受为限。每次治疗 20 min, 每日 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 疗程间间隔 3 d。

3. 针刺疗法: 选取肩髃、天宗、肩髃、肩内陵、巨骨、曲池、合谷、尺泽、太渊、四渎和阳池穴, 根据患者疼痛程度和肩关节活动情况来选穴配组。局部常规消毒后, 用 30 号 1.5 ~ 2 寸的毫针刺入, 中度刺激, 行针后留针 30 min, 留针期间每隔 5 min 行针 1 次。每日治疗 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 疗程间间隔 3 d。

4. 关节松动术: 对肩关节行摆动、滚动、推动、旋转、分离和牵拉手法。急性疼痛期患者因疼痛剧烈, 选用 I 级手法, 即在肩关节活动的起端以每秒 1 次的频率进行小范围松动, 连续 45 ~ 60 s; 缓解期或僵硬期患者因肩关节活动受限, 多选用 II、III 级手法, 即在肩关节活动范围内大幅度松动, 每次 60 ~ 90 s, 并尽可能接触关节活动终末端。每种手法可重复使用 2 ~ 3 次。行关节松动术前可于多个痛点注射 2% 的利多卡因, 每个痛点 2 ~ 3 ml。对于合并肩关节半脱位或严重骨质疏松的患者应慎用或不用。治疗每日 1 次, 每次 1 ~ 2 min, 10 d 为 1 个疗程, 疗程间间隔 3 d。

5. 功能康复训练: 包括上肢前伸后屈练习、弯腰划圈练习、内外旋转练习、上肢回环练习、手指爬墙练习、箭步云手练习、肘部屈伸练习、手拉滑车练习、前上举及侧上举、后上举、前上举和后上举的摆动、前臂平举练习^[2,3]。功能训练于疼痛期即可开始, 根据病情的进展进行选择, 由易到难。每日治疗 3 ~ 5 次, 10 d 为 1 个疗程。

(三) 疗效评定

于治疗前和治疗 3 ~ 5 个疗程后对患者进行肩关节功能评分, 参照 Constant-Murley 肩功能评定标准^[4], 包括疼痛 (15 分)、日常生活活动 (20 分)、关节活动度 (40 分) 和肌力 (25 分), 总分 100 分。总分达 100 分为功能 I 级, 99 ~ 80 分为 II 级, 79 ~ 60 分为 III 级, 59 ~ 40 分为 IV 级, < 40 分为 V 级。治疗后功能达到 I 级, 症状和体征消失为痊愈; 功能达到 II 级, 症状和体征明显好转, 活动时时有轻微疼痛为显效; 功能达到 III 级, 大部分症状和体征减轻为好转; 功能未达 III 级, 症状和体征无明显改变为无效。

(四) 统计学分析

采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

二、结果

94 例肩周炎患者经 3 ~ 5 个疗程的治疗, 痊愈 62 例, 显效 23 例, 好转 9 例, 无效 0 例。患者治疗前、后肩关节功能评分和分级比较结果见表 1, 2。

表 1 治疗前、后肩关节功能评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

评定时间	疼痛	日常生活活动	关节活动度	肌力	总分
治疗前	5.82 ± 3.88	7.89 ± 3.72	16.17 ± 7.39	11.23 ± 5.13	41.11 ± 12.22
治疗后	14.04 ± 2.24 *	14.03 ± 2.74 *	32.06 ± 5.93 *	20.71 ± 3.84 *	80.84 ± 8.87 *

注: 与治疗前比较, **P* < 0.05, #*P* < 0.01

表 2 治疗前、后肩关节功能分级比较 (例, %)

评定时间	I	II	III	IV	V
治疗前	0	9 (9.6)	38 (40.4)	34 (36.2)	13 (13.8)
治疗后	62 (66.0)	23 (24.5)	9 (9.6)	0	0

注: 治疗前、后比较, *P* < 0.05

三、讨论

肩周炎为肩关节慢性损伤性炎症, 可引起疼痛和活动障碍, 多见于中老年患者, 也称老年肩或粘连性关节囊炎。该病表现为软组织退行性改变, 肩部血液循环不良, 淋巴液回流障碍, 关节周围组织弹性消失, 使之僵硬挛缩, 造成肩关节活动受限; 病理生理特点为肌肉疼痛和痉挛, 关节周围结构如肌肉、筋膜、韧带、滑囊、关节囊之间发生广泛粘连及瘢痕等病变, 肌肉、韧带、肩袖等软组织挛缩, 以上三种改变往往并存^[5]; 根据其病理过程可分为凝滞期、冻结期和解冻期, 或疼痛期、僵硬期和恢复期。

物理因子治疗肩周炎的目的在于积极改善肩部血液循环及代谢, 促进炎症的吸收, 缓解肌痉挛, 减轻疼痛, 延缓病变的发展, 改善粘连状态, 最终恢复关节功能。超短波治疗的热效应可使局部小动脉, 特别是深部组织小动脉扩张, 改善血液和淋巴循环, 使组织细胞通透性增高, 促进炎症渗出物的吸收, 改善局部组织营养代谢。中频电治疗有镇痛、消炎作用, 可促进局部血液循环, 调整自主神经功能, 软化瘢痕、松解粘连, 还能刺激肌肉收缩, 起到预防肌肉萎缩, 提高肌肉张力的作用。针刺治疗的作用是^[6]: 激活内源性镇痛系统, 促进内源性阿片样物质的分泌, 从而减轻疼痛; 还可调节自主神经功能, 改善患处血液循环, 利于消炎及致痛物质的消除, 加快局部新陈代谢, 促进关节及周围组织的功能恢复。关节松动术治疗肩周炎的疗效已被广泛认可, 其作用机制为: 使关节内结构恢复正常或无痛的位置, 从而能在无痛活动范围内进行关节活动; 牵张僵硬但无痛的关节以恢复其活动度; 松动后可减轻因关节内活动而出现的关节疼痛^[1]。另外, 关节松动术还可缓解疼痛, 促进关节液流动, 松解组织粘连和增强本体反馈^[6]。功能康复训练是主动恢复肩关节功能的理想办法, 其生理作用机制在于维持和恢复功能, 促进功能代偿及加强营养等。

我们在治疗中获得的经验是: 肩周疼痛显著时以超短波、中频电和针刺疗法为主, 辅以强度较小的功能康复训练; 出现功能障碍时, 以强度较大的功能康复训练为主, 其他治疗为辅, 以便恢复关节的活动度, 增强肌力。其目的在于恢复肩关节各轴向的活动度, 训练肩带的肌力, 促进炎性产物的吸收, 从而减轻对神经的刺激。在训练中, 采用健侧肢体带动患肢的连动运动效果特别明显。另外, 功能康复训练应从发病初即开始, 并长期坚持, 逐渐增加训练内容, 加大训练的力度。

参 考 文 献

- 1 岑泽波, 主编. 中医骨伤科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1983. 194-195.
- 2 姜玉玲, 主编. 中国风湿病学. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 3202-3386.
- 3 郭万学, 主编. 理疗学. 北京: 人民卫生出版社, 1984. 698.
- 4 南登崑, 主编. 康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 278-281.
- 5 张炳然, 陈仲金, 张旭伟, 等. 电针-运动疗法治疗肩周炎生物力学初探. 颈腰痛杂志, 2002, 23: 22.
- 6 章逢润, 主编. 针灸辨证治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 2000. 366.

(修回日期: 2006-03-20)

(本文编辑: 吴 倩)