

- [25] 徐春英. 脑卒中后失语患者早期语言强化训练与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2005, 11(8): 1077-1078.
- [26] 段淑荣, 张璇, 王勋, 等. 康复训练对脑梗死大鼠梗死灶周围微管蛋白表达的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(7): 387-390.
- [27] 段淑荣, 杨昆鹏, 孙林琳, 等. 康复训练对脑梗死大鼠血管内皮生长因子的表达及血管生成的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(2): 80-83.
- [28] 杜厚伟, 刘楠, 陈荣华, 等. 康复训练对脑缺血大鼠神经功能恢复和脑组织中白介素 10 含量变化的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(3): 149-152.
- [29] Ooboshi H, Ibayashi S, Shichita T, et al. Postischemic gene transfer of interleukin-10 protects against both focal and global brain ischemia[J]. Circulation, 2005, 111(7): 913-919.
- [30] Ardelt AA, McCullough LD, Korach KS, et al. Estradiol regulates angiopoietin-1 mRNA expression through estrogen receptor-alpha in a rodent experimental stroke model[J]. Stroke, 2005, 36(2): 337-341.
- [31] 王强, 王佩佩, 孟萍萍, 等. 强化训练对脑缺血再灌注大鼠臂板蛋白 3A 及其受体神经纤毛蛋白-1 表达的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(1): 2-7.
- [32] 张振燕, 王强, 王佩佩, 等. 强化训练对局灶性脑缺血大鼠信号素 3A 及其受体神经纤毛蛋白-1 mRNA 表达的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(5): 398-402.
- [33] 王佩佩, 吴艺玲, 王强. 不同游泳训练强度对脑缺血再灌注大鼠胶质纤维酸性蛋白及碱性成纤维细胞生长因子表达的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(5): 334-339.
- [34] 毕研贞, 郑志雄, 李康增, 等. 强化训练对脑梗死患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(7): 664-665.
- [35] 牛文琪, 顾湘萍. 脑卒中病人吞咽合并构音障碍康复训练疗效观察[J]. 新疆医学, 2011, 41: 39-42.
- [36] 牟晓秋, 刘淑杰, 杨庆敏, 等. 脑梗死后假性球麻痹致构音障碍患者的早期康复护理研究[J]. 中国伤残医学, 2010, 18(5): 116-117.
- [37] 刘莉, 邵伟波. 脑卒中所致痉挛型构音障碍的康复训练方法及疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(10): 925-926.
- [38] Hustad KC. The relationship between listener comprehension and intelligibility scores for speakers with dysarthria[J]. J Speech Lang Hear Res, 2008, 51(3): 562-573.

(修回日期: 2014-03-21)

(本文编辑: 汪 玲)

· 短篇论著 ·

运动疗法治疗类风湿关节炎关节功能障碍的疗效观察

叶翔尔 王晓丽 曹卫众

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis)是一种病因尚未完全明了的慢性、多关节滑膜炎为主的自身免疫性疾病^[1]。早期病变以四肢小关节对称性肿痛反复发作, 伴随关节功能障碍为主, 晚期则出现不同程度的关节僵硬、畸形, 并进一步导致骨质疏松、骨骼肌萎缩, 甚至肢体残疾^[2]; 运动疗法是类风湿关节炎康复治疗的重要手段之一^[3,4], 但近年来国内有关运动疗法治疗类风湿关节炎疗效的研究报道较为少见^[5]。本研究采用运动疗法治疗类风湿关节炎, 对关节功能恢复取得了满意疗效, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 临床资料和分组

选取 2010 年 6 月至 2012 年 12 月本院收治的类风湿关节炎患者 84 例, 所有患者均符合中华医学会风湿病学分会 2010 版类风湿关节炎诊断及治疗指南^[6]中的类风湿关节炎诊断标准, 且签署知情同意书。依据患者治疗训练的方式不同按随机数字表法分为运动训练组和对照组, 每组 42 例。运动训练组患者中, 男 10 例, 女 32 例; 年龄 25 ~ 70 岁, 平均 (42.10 ± 21.25) 岁; 病程 2 ~ 25 年, 平均 (4.51 ± 2.23) 年。对照组中, 男 12 例, 女 30 例; 年龄 27 ~ 75 岁, 平均 (40.84 ± 19.16) 岁。病程 3 ~ 22 年, 平均 (4.61 ± 2.10) 年。2 组患者性别、年龄、病程等一般临床资料经统计学分析比较, 差异无统计学意义 ($P >$

0.05), 具有可比性。

(二) 治疗方法

2 组患者均给予抗炎镇痛、免疫抑制及蠲痹汤为主的中药^[7]等治疗。对照组患者自行功能活动, 包括日常生活活动、散步等休闲活动以及适当的体育活动等; 运动训练组在此基础上给予康复训练治疗方案, 包括关节活动度训练、肌力增强训练等。具体方法如下。

1. 关节活动度训练: 在关节保护原则基础上进行受累关节主动-辅助关节活动度训练和被动关节活动度训练, 训练一般在晨僵消退后即进行, 必要时在热敷后进行。每日 2 次, 每次 20 min, 共治疗 3 个月。

2. 肌力增强训练: 在患者能耐受的活动范围内进行肌力增强训练, 尤其在关节肿痛消退时, 采用急性期等长肌力训练和急性炎症消退后轻微抗阻等张训练方法。每日 2 次, 每次 30 min, 共治疗 3 个月。

(三) 疗效评定

根据中华医学会风湿病学分会推荐的类风湿关节炎临床缓解标准^[6]评价总体疗效, 分别于治疗前和治疗 3 个月后(治疗后)及治疗后 12 个月(随访时), 记录患者关节肿痛、功能障碍、晨僵时间、双手平均握力以及红细胞沉降率、类风湿因子定量检测数据, 并评定患者近期和远期疗效。

(四) 统计学方法

根据 SPSS 10.0 版统计软件进行统计学分析处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.05.014

作者单位: 310016 杭州, 浙江康复医院浙江民政康复中心(叶翔尔、王晓丽); 杭州袁浦社区卫生服务中心(曹卫众)

表 1 2 组患者治疗前后各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	晨僵时间 (min)	关节压痛点 (个)	关节肿胀数 (个)	双手平均握力 (mmHg)	血沉 (mm/h)	类风湿因子 定量检测 (IU/ml)
运动训练组							
治疗前	42	45.0 ± 18.0	6.2 ± 4.3	5.8 ± 4.2	78.0 ± 29.0	72.0 ± 32.0	82.0 ± 47.0
治疗后	42	25.0 ± 12.0 ^{ab}	4.0 ± 2.3 ^{ab}	1.8 ± 1.0 ^{ab}	89.0 ± 25.5 ^{ab}	35.0 ± 25.8 ^{ab}	38.0 ± 29.0 ^{ab}
随访时	42	15.0 ± 10.0 ^{ab}	1.5 ± 0.6 ^{ab}	1.2 ± 0.8 ^{ab}	97.0 ± 30.5 ^{ab}	25.5 ± 20.5 ^{ab}	35.0 ± 28.0 ^{ab}
对照组							
治疗前	42	42.0 ± 20.0	5.9 ± 4.5	5.5 ± 4.0	83.0 ± 24.0	73.5 ± 31.0	88.0 ± 45.0
治疗后	42	35.0 ± 15.0 ^a	4.2 ± 3.5 ^a	3.1 ± 2.2 ^a	79.0 ± 27.0 ^a	42.0 ± 18.0 ^a	52.0 ± 35.0 ^a
随访时	42	25.0 ± 12.0 ^a	3.0 ± 1.2 ^a	2.5 ± 1.5 ^a	80.5 ± 27.6 ^a	40.6 ± 20.5 ^a	39.0 ± 31.0 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同时时间点比较,^b $P < 0.05$

二、结果

治疗前,2 组患者各项指标组间比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后,2 组患者各项指标较组内治疗前均有明显改善 ($P < 0.05$),且治疗后和随访时,2 组患者各项指标组间同时时间点比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 1。

治疗后,运动训练组患者总有效率为 92.9%,高于对照组 ($P < 0.05$);12 个月后随访时,运动训练组患者的治疗总有效率达 95.3%,明显高于对照组随访时的 69.0% ($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 2 组患者治疗后和随访时的疗效比较

组别	例数	治疗效果(例)			总有效率 (%)
		显效	有效	无效	
运动训练组					
治疗后	42	29	10	3	92.9 ^a
随访时	42	28	12	2	95.3 ^a
对照组					
治疗后	42	13	20	9	78.6
随访时	42	10	19	13	69.0

注:与对照组同时时间点比较,^a $P < 0.05$

三、讨论

类风湿关节炎属于祖国医学“痹症”范畴,晚期致残率较高。在综合康复治疗 and 关节功能三级预防治疗^[8]中,运动疗法始终起着至关重要的作用。关节活动度训练不仅可增强患者的肌力和有氧能力,还能减轻关节疼痛和炎性反应,改善肢体功能,预防早期挛缩;有规律的训练还可以改善患者的情绪,有助于患者保持良好的心态,促进其社会功能和认知功能的恢复^[4]。鼓励患者对病变关节配以热敷或温水浸泡下进行抚摩、揉捏、搓擦、轻叩等自我按摩,可以促进局部血液循环,达到止痛消肿作用;而且肌力训练在提高关节稳定性,促进关节周围肌肉、韧带、关节囊抗张强度的恢复和关节软骨组织结构的正常修复方面起着重要作用。对关节周围肌肉、肌腱和韧带等软组织进行牵拉,既可提高其延展性,增大关节活动范围,又可改善局部

血液循环,促进新陈代谢,增强肌力,防止骨质疏松,为软骨细胞修复提供最佳的条件;同时又促进关节周围无菌性炎症的吸收,使关节活动范围进一步增大^[9]。

运动疗法是针对患者个体化制订并实施循序渐进的功能训练,它是以正确的运动模式活动病变关节,同时配合关节保护行为教育和心理康复指导^[4]。本研究观察发现,运动训练组 12 个月后总有效率明显高于对照组,且各项观察指标均明显恢复,进一步说明类风湿关节炎患者要有效改善、恢复和保持其关节功能,在长期综合康复治疗中,必须采取及早乃至终身的康复运动训练。上述观点有待于今后的临床实践中作进一步研究和探索。

参 考 文 献

[1] 魏淑凤,徐磊,梁丽娜,等. 蠲痹汤治疗类风湿关节炎临床研究[J]. 中国民康医学杂志. 2012,24(10):1197-1198.

[2] Marc CH, Alan JS, Josef SS, et al. Rheumatoid Arthritis[M]. Philadelphia: Mosby Inc, 2009;41-48.

[3] 罗艳琳,吴宗耀,赵文利,等. 类风湿性关节炎的运动治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2003,18(8):507-509.

[4] 沈抒,孙启良. 类风湿性关节炎的康复[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(12):1143-1146.

[5] 吴燕红,庞学丰,吴立友. 运动干预对早中期类风湿关节炎患者关节功能恢复的作用[J]. 中国康复医学杂志, 2005,20(9):686-687.

[6] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010,14(4):265-270.

[7] 魏淑凤,徐磊,梁丽娜,等. 蠲痹汤治疗类风湿关节炎临床研究[J]. 中国民康医学杂志, 2012,24(10):1197-1198.

[8] 陆廷仁. 手康复系列讲座[J]. 现代康复, 1999,3(1):34-34.

[9] 叶翔尔. 膝关节功能障碍患者的自我康复[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006,28(5):348-349.

(修回日期:2014-03-13)

(本文编辑:汪 玲)