

楼梯直行训练,每天训练 2 h,分 2 次完成,共持续 8~12 周。
⑤心理康复训练——医护人员应帮助患者及家长充分认识到臀肌挛缩症术后康复治疗的重要性,特别是对于超过 13 岁的大龄患者,应克服以前的不良习惯,有意识地矫正坐、蹲及行走姿势。对照组患者则让其术后随意训练,未给予系统的康复训练。

术后疗效评定标准参照文献[2],优:患者步态正常,能并膝完全下蹲,下蹲时臀部能与小腿接触,交腿试验阴性;良:步态正常,下蹲时臀部不能完全接近小腿,但大、小腿间夹角 $\leq 45^\circ$,可作交腿动作,但需外力帮助;可:行走呈轻微外“八”字步,并膝下蹲时大、小腿间夹角约 60° 左右,端坐时两膝内侧能靠拢,但不能完成交腿动作;差:行走时呈外“八”字步态,并膝下蹲时大、小腿间夹角接近 90° ,端坐时两下肢互相分离。随访 5 个月~3 年(平均 2 年 1 个月)。

疗效分析比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有显著性意义。

二、结果

2 组患者分别于术后 3 个月进行疗效分析比较,具体数据见表 1。根据表 1 数据我们可以看出,康复组优良率明显高于对照组,经 χ^2 检验比较,差异有显著性意义($\chi^2 = 4.959, P < 0.05$)。

表 1 2 组患者疗效比较

组别	n	优	良	可	差	合计	优良率(%)
康复组	110	95	12	3	0	110	97.27
对照组	44	35	3	6	0	44	86.36

三、讨论

自 1970 年 Valderrama 首次报道臀肌挛缩症以来,国内关于该症的手术治疗报道逐渐增多,但对其术后康复训练的报道

较少。手术松解或切除纤维挛缩组织都能起到很好的治疗效果^[3],但如果单纯行手术松解而不进行术后康复训练,容易导致挛缩复发,从而影响患者髋关节功能及正常步态恢复。由于手术本身对患者创伤较大,可导致手术部位肌肉纤维化或弹性减弱,致使臀肌挛缩,故术后进行系统的康复训练显得尤为重要。通过术后康复训练,可保持术中关节矫正度,维持正常肌肉收缩运动,防止废用性肌萎缩,避免臀肌粘连,促进臀肌功能的恢复^[4]。2 组分别经过相应治疗后,我们发现康复组疗效明显优于对照组,表明臀肌挛缩症患者术后行早期康复训练具有重要意义。

我们在临床实践中还发现,康复训练应尽可能早期实施,康复训练越早,髋关节功能及步态恢复越好,患者预后也就越好,我们一般于手术后当天即开始康复训练。首先从卧位开始训练,包括并膝固定、屈膝屈髋、双髋内收、内旋训练等,随着患者病情的稳定则开始行床下并膝下蹲训练,最后进行徒步直行登楼训练。临床证明只有通过以上系统的康复训练,才能使患者髋关节功能及步态最大程度地恢复正常功能。

参 考 文 献

- 1 贺西京,李浩鹏,王栋,等.臀肌挛缩症的分级与治疗.中华骨科杂志,2003,23:96-99.
- 2 甄明生,全明新,金大地,等.儿童臀肌挛缩症 426 例报告.第一军医大学学报,1996,16:147.
- 3 刘颖,陆一帆,杨少锋.运动对大鼠骨骼肌废用性萎缩的恢复及血清雄性激素水平的影响.中华物理医学与康复杂志,2001,23:133-136.
- 4 康芳宙,毛文,周雪松.48 例臀肌挛缩松解术后的康复治疗.中华物理医学与康复杂志,2003,25:244-245.

(修回日期:2003-08-18)

(本文编辑:易 浩)

光量子血液疗法、肝素、纳洛酮联合治疗肺性脑病的临床研究

吴晓秋

我院 1999 年 1 月~2002 年 12 月采用光量子血液疗法、肝素及纳洛酮联合治疗肺性脑病 30 例,取得较好的效果,报道如下。

一、资料与方法

肺性脑病患者 60 例,诊断符合“全国第二次肺心病专业会议修订诊断标准”,且有精神、神经症状。随机分为 2 组。治疗组 30 例中,男 18 例,女 12 例;年龄 38~61 岁,平均 (48.3 ± 10.6) 岁;嗜睡、神志恍惚、谵语 12 例,意识障碍 18 例。对照组 30 例中,男 16 例,女 14 例;年龄 46.7~64 岁,平均 (47.2 ± 9.8) 岁;嗜睡、神志恍惚、谵语 13 例,意识障碍 17 例。2 组性别、年龄、病情轻重的差异无显著性。

治疗组采用①纳洛酮 0.8 mg 加入 5% 葡萄糖 250 ml 中静脉

滴注,每天 2 次,连用 3 d;②小剂量肝素 50~100 mg 加入 5% 葡萄糖 250 ml 中静脉滴注,10~20 滴/min,连用 5 d 为 1 个疗程;③光量子血液疗法采静脉血 200 ml,用波长为 253.7 nm 的紫外线照射 8 min 及每次同步充氧 12 min 后静脉回输,每天 1 次,连续 5 d 为 1 个疗程。治疗组与对照组均行常规治疗(持续中流量给氧、抗感染、保持呼吸道通畅及平喘等),对照组还加入呼吸兴奋剂。

等级资料采用秩和检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,治疗前、后采用配对均数 t 检验。

二、结果

疗效评价标准为:①显效——气喘、气促、紫绀等肺部症状及体征消失或明显减轻,神志全部转清;②有效——以上症状及体征部分减轻;③无效——以上症状及体征无减轻。结果见表 1。

表 1 2 组疗效比较(例)

组 别	例数	显效	有效	无效
治疗组	30	23	4	3
对照组	30	9	11	10

总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 66.6%,2 组比较,差异有显著性意义(经秩和检验, $u_c=3.88, P<0.01$)。

表 2 2 组治疗前、后血液流变学改变比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	红细胞压积(%)		全血比粘度(mpa.s)		血浆比粘度(mpa.s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	52.8 $\pm$ 1.9	50.1 $\pm$ 1.7	3.601 $\pm$ 8.58	3.160 $\pm$ 7.89	1.97 $\pm$ 0.19	1.58 $\pm$ 0.14
对照组	30	51.9 $\pm$ 1.4	49.7 $\pm$ 1.5	3.749 $\pm$ 8.82	3.720 $\pm$ 8.18*	1.91 $\pm$ 0.20	1.87 $\pm$ 0.18*

注: * 2 组比较, $P<0.05$

三、讨论

肺性脑病是呼吸衰竭发展到严重阶段的结果,是机体极度缺氧和二氧化碳潴留所致的以中枢神经系统功能障碍为主要表现的临床综合征,其病理基础为肺动脉高压、血液粘滞性增高、血小板粘附聚集性增强、微循环障碍及肺通气功能障碍等^[1]。光子血液疗法是用波长为 253.7 nm 的紫外线对自体血进行直接照射及同步充氧回输入人体。大量研究表明^[2-4],血液经紫外线照射充氧 1 min,相当于在空气中氧合 20~30 min,回输血 3~5 min 便能提高全身血氧饱和度。30 d 的红蛋白结合氧的能力比照射前高 60%,红细胞携氧能力可提高 5~15 倍。光子血液疗法治疗后可导致血管扩张和血液流变学改变。肝素治疗亦能改善血液流变学指标。本组结果显示,治疗组治疗前、后血液流变学指标有明显改善。

有学者研究认为^[5-7],慢性阻塞性肺病患者脑内 β -内啡肽(β -EP)含量明显升高。纳洛酮对中枢神经系统吗啡受体具有特异的拮抗作用,能逆转脑细胞水肿所致的神经功能障碍,也可兴奋患者的呼吸,并能增加中枢对二氧化碳的敏感性,从而解除呼吸抑制和高碳酸血症,取得平喘解痉,改善通气功能的明显疗效,对肺性脑病伴呼吸紊乱、谵妄或昏迷患者均有明显疗效,促进脑神经、精神症状的缓解,且起效快,疗效好。本组研究结果亦显示,有意识障碍者意识转醒时间相比较,治疗组明显优于对照组,说明纳洛酮对肺性脑病意识障碍有转醒作用。

意识障碍转醒疗效:治疗组中有意识障碍者意识转醒时间为(1.3 $\pm$ 0.5) d,对照组中有意识障碍者转醒时间为(2.4 $\pm$ 0.8) d,2 组比较,差异有显著性意义($t=4.96, P<0.01$)。

治疗前、后血液流变学改变:2 组的全血比粘度及血浆粘度治疗前差异无显著性意义($P>0.05$),而治疗后差异有显著性意义($P<0.05$)(表 2)。

综上所述,肺性脑病应用光子血液疗法、肝素、纳洛酮联合治疗,可明显改善血液流变学指标,改善通气、换气功能,且转醒快,疗效好,不失为治疗肺性脑病的一种有效方法。

参 考 文 献

1 韩书芝,高云凤,韩晓雯,等. 肺心病与血小板活性的关系. 临床荟萃, 2003,18:237-238.
2 栗秀初. 紫外线照射充氧法治疗 4 例脑病的初步体会. 中国神经精神疾病杂志, 1988,14:68.
3 吴祖舜. 88 例急性缺血性脑卒中的充氧回输疗法的疗效观察. 南京医学院学报, 1992,12:201.
4 白法毅. 白血光子疗法对急性脑血管病患者 48 小时疗效观察. 中国神经精神病杂志, 1991,17:46.
5 刘忠今. 慢性阻塞性肺病患者血浆 β -EP 水平与通气动脉通气关系. 中华结核和呼吸杂志, 1997,20:92.
6 吴晓秋,甘作勇. 纳洛酮与血栓通联合治疗急性脑梗死 30 例疗效观察. 临床荟萃, 2001,16:1059.
7 薛克栋,夏迎雪. 纳洛酮对肺性脑病的快速促醒作用. 中华结核和呼吸杂志. 1999,19:68.

(收稿日期:2003-07-14)
(本文编辑:郭正成)

早期综合康复训练对急性脑卒中患者平衡功能及 ADL 的影响

吴玉玲 王水平 李侠

脑卒中是一种常见的中、老年人多发病,其致残率、死亡率均较高,且目前该症发病率有逐年递增的趋势。由于当前临床治疗手段不断改进以及康复干预的积极介入,使脑卒中患者在感觉、运动功能及行为能力方面的恢复较过去有了显著提高。我科自 2001 年 1 月~2002 年 12 月间对收治的 40 例急性期脑卒中患者进行早期综合康复治疗并取得了满意疗效。

现报道如下。

一、资料与方法

共选取 40 例首次发病的急性期脑卒中患者,均经头颅 CT 或 MRI 确诊,符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议诊断标准^[1]。将患者随机分为治疗组及对照组各 20 例。治疗组男 15 例,女 5 例;年龄 40~75 岁,平均 59.6 岁;其中脑出血 4 例,脑梗死 16 例;左侧偏瘫 11 例,右侧偏瘫 9 例。对照组男 13 例,女 7 例;年龄 40~75 岁,平均 58.9 岁;其中脑出血 6 例,脑梗死 14

作者单位:233015 蚌埠,安徽蚌埠市第 123 医院理疗科