

脑梗死发病时与血液所处的高粘血症状态有关。影响血液粘度主要指标有血细胞压积、红细胞及血小板的聚集性、红细胞变形能力及血浆粘度,同时还取决于血脂。

经紫外线照射过的液体将量子、量子能量、氧、臭氧携入体内,被血液中各种细胞吸收,产生一系列的光化学物理效应,具有促进脑组织能量代谢恢复、降低颅内压及血液粘稠度、改善红细胞变形能力、减少血小板聚集、解除血管痉挛及改善微循环的作用,从而改善缺血区及周围神经组织的血运和血氧供应,提高缺血区特别是缺血半暗带区对氧的利用^[3],还可促进侧支循环的建立,提高物质代谢和影响某些酶的活性,减轻病灶坏死及周围水肿,最终起到对脑梗死的脑保护作用^[4]。临床观察紫外线照射充氧液体灌注治疗脑梗死偏侧舞蹈症能改善血液高滞状态,使大部分神经功能迅速恢复,治疗 29 例未发现任何不良反

应,值得临床应用。

参 考 文 献

- 1 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科学杂志, 1996, 29: 379.
- 2 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准. 中华神经科学杂志, 1996, 29: 381.
- 3 匡培根, 王国平, 郎森阳. 东菱克栓酶治疗缺血性脑血管病. 中国新药杂志, 1994, 3: 36-41.
- 4 俞世勋, 高敬龙, 杨素英. 超声波治疗老年脑出血. 中国康复医学杂志, 1995, 3: 78.

(收稿日期: 2002-09-27)

(本文编辑: 郭正成)

48 例臀肌挛缩松解术后的康复治疗

康芳宙 毛文 周雪松

臀肌挛缩手术后的康复十分重要。我们在做完臀肌挛缩松解术后, 就对患者进行指导及康复训练, 取得了良好的效果, 现报道如下。

资料与方法

1999 年至今, 我们为 48 例臀肌挛缩症患者施行松解术, 其中男 26 例, 女 22 例; 年龄 7 ~ 22 岁, 平均 14 岁; 均有不同程度双腿并拢下蹲困难、翘二郎腿困难、髌弹响、尖臀、臀部硬块或骨盆倾斜导致下肢假性不等长等表现; 双侧 39 例, 单侧 9 例。

手术时切断臀肌挛缩组织。术后伤口内放置引流管, 负压引流 2 ~ 3 d。将患者按入院的顺序分为 2 组: A 组 (23 例) 患者随意训练; B 组 (25 例) 患者则执行详细的康复训练计划。要求术后前 3 d 指导患者做髋关节非负重性 ROM 训练, 以助力训练为主。家属或医生以徒手方式帮助患肢运动, 如仰卧位双腿并拢屈髋屈膝 > 100°、下肢直腿交叉内收活动、单侧肢体屈髋屈膝做膝关节内外摆动等。活动时动作要平缓, 尽可能达到最大幅度。每次 10 ~ 15 min, 每日 2 次。对害怕伤口疼痛而不敢或不愿配合活动的患者, 先做患肢持续性牵伸, 在缓慢牵出一定关节活动范围后, 再做助力运动。在伤口有积液或有感染征象时减少活动量, 仅要求患者做下肢并拢、起坐动作。对有骨盆倾斜导致下肢假性不等长者在训练之余则需做患肢牵伸。3 d 后, 要求患者下床、走猫步及做双膝并拢下蹲等主动运动。每个患者可针对术前不同的体征做相应的动作。在患者活动达不到术中所松解的程度时, 可定下目标, 每次训练时都将原有的活动范围增大。对于术后活动效果不理想患者可在 CPM 设置下进行离心肌力训练。时间 20 ~ 30 min。7 d 后, 活动内容及时间进一步增加, 活动强度加大。

评估采用自制量表: 将双腿并拢下蹲、翘二郎腿、髌弹响、尖臀、Ober 征、步态和骨盆倾斜等 7 项臀肌挛缩的征象, 按程度分

别定为 1 ~ 3 分, 正常为 0 分, 分数越高越异常。以此衡量和记录 2 组患者术前、术中、出院时的评分, 计算出均数, 统计方法采用 *t* 检验。

结 果

2 组患者在 3 个不同时期的评分均数、标准差及 *P* 值见表 1。统计表明, 2 组患者在术前的条件是相似的, 术中松解的效果也无很大区别, 但出院时 A 组患者与 B 组患者的恢复情况则不一样。后者的评分均数明显低于前者 (*P* < 0.01), 说明康复训练有积极的意义。48 例患者中, A 组伤口全部 I 期愈合; B 组有 2 例患者 4 侧伤口出现后期积液并感染, 经减少活动量及治疗后病愈。

表 1 2 组臀肌挛缩患者评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术前评分	术中评分	出院时评分
A 组	23	13.7 ± 2.04	0.69 ± 2.22	2.09 ± 4.07
B 组	25	14.2 ± 2.36	0.72 ± 2.54	0.93 ± 3.76
<i>P</i> 值	-	> 0.05	> 0.05	< 0.01

讨 论

臀肌挛缩通过手术松解粘连能起到很好的临床效果^[1]。但相关动作的恢复及姿势的完善仍需要一个过程。在临床中我们发现, 许多患者因害怕伤口疼痛不愿活动而造成手术疗效的下降。我们对 2 组患者术后疗效的统计表明, 术后 B 组与 A 组有着明显的不同。康复训练能牵伸松解挛缩组织, 防止发生伤口处挛缩组织的再粘连。能训练臀肌, 促进功能恢复。训练中应注意训练动作要慢, 而幅度要大, 以免引起伤口的内出血。外力辅助牵伸对增加 ROM 有明显效果^[1]。要避免引起伤口疼痛而产生对抗性肌肉收缩, 训练力度应循序渐进。

我们所采用的评分项目^[2], 主要是针对臀肌挛缩症的一些主要体征。在具体运用中, 尚能客观、恰当的反映患者术前、术

中及术后的情况,便于量化对比。

臀肌挛缩的严重程度以及手术质量的高低是影响术后疗效的 2 个主要因素。我们以同组医生手术的病历资料为基准,以患者入院的顺序作随机性分组,提高了对术后的康复训练统计结果的合理性。

参 考 文 献

- 1 刘颖,陆一帆,扬少锋.运动对大鼠骨骼肌废用性萎缩的恢复及血

清雄激素水平的影响.中华物理医学与康复杂志,2001,23:133-136.

- 2 余希临,刘波,沈先涛.儿童臀肌挛缩评分标准的临床应用.中国矫形外科杂志,1999,6:302-303.

(收稿日期:2002-12-30)

(本文编辑:文 焰)

超短波治疗海洛因依赖者稽延性戒断症状的临床观察

高迎 李煜 毛莉君 张月华 陈紫凤 陶伟琴

海洛因依赖是一种反复发作的脑疾病,而稽延性戒断症状是导致复吸的主要因素之一,根据海洛因稽延性戒断症状评定量表可分躯体、睡眠及情绪 3 部分症状^[1]。目前,对阿片类药物依赖患者的治疗可分为 2 大步骤,首先进行脱瘾期治疗,采用阿片类替代或受体阻断疗法,递减或阻断与戒断有关的受体以及对症治疗,以达到控制戒断症状的目的,但患者在脱瘾期后还伴随着难以忍受的稽延性戒断症状,如失眠、疼痛及烦躁等。故第二步主要是针对稽延性戒断症状的治疗,以及相关的心理康复治疗。为巩固戒毒治疗疗效,我们采用超短波治疗稽延性症状,取得了一定的疗效。现报道如下。

资料与方法

一、资料与分组

选取 80 例患者,均符合 CCMD- II-R 阿片类药物依赖的诊断标准,同时也符合《中国精神病疾病分类方法与诊断标准》(SSMD-2-R)关于失眠症的诊断标准。患者平均年龄为 (30.57 ± 8.57) 岁;平均滥用毒品时间为 (44.5 ± 32.04) 个月;平均吸毒剂量为 (1.15 ± 0.74) g。患者均有强制戒毒病史,体检、胸片、性病、艾滋病、血常规、尿常规及肝功能等检查均正常,无其它器质性疾病,排除脑实质性损害及患有精神疾病者,入所时尿检吗啡类定性试验均为阳性。所有患者均首先给予脱瘾期治疗 1 周左右,第 2 周尿检吗啡定性试验转阴,临床上普遍出现稽延性戒断症状,其程度依据戒断症状评定量表总分均达 18 分以上。将 80 例患者随机分为 2 组:A 组为治疗组(40 例),B 组为对照组(40 例),2 组患者在年龄、性别、职业、文化程度及海洛因用量、吸毒时间、使用方法、成瘾程度等方面均无显著性差异($P > 0.05$),2 组患者在脱瘾治疗结束后均未再用阿片类药物,也未给予对稽延性戒断症状有影响的药物,具有可比性。

二、方法

A 组采用 CDB-I 型超短波治疗仪,功率为 200 W,频率为 50 MHz,波长 7.2 m,14 cm $\times$ 20 cm 大小的电极板 2 个,工作电流为 80 ~ 100 mA,腰部、枕部并置,电极与皮肤之间的衬垫厚约 3 cm,每天治疗 1 次,每次持续 20 min,15 d 为 1 个疗程,同时给予心理康复治疗;B 组仅给予心理治疗及康复护理,未针对稽延

性戒断症状进行其它治疗。

三、评价标准

从 2 组患者稽延性戒断症状总分的日变化、治疗组稽延性戒断症状日间变化,以及超短波对稽延性戒断症状的影响等方面进行分析,采用分值比较与临床观察相结合,同时依据海洛因稽延性症状评定量表^[1],我们将治疗结果分为:临床痊愈—临床症状已控制,戒断症状积分低于 6 分;显效—临床症状大部分消失,戒断症状积分为 6 ~ 10 分;有效—临床症状部分消失,戒断症状积分为 10 ~ 14 分;无效—临床症状仍然存在,戒断症状积分大于 15 分。此外,我们还采用直流感应电疗仪对治疗组与对照组患者的疼痛部位进行痛阈测定。

四、统计学分析

对所得数据采用 SPSS 软件进行 t 检验、方差分析及 χ^2 检验等统计学分析。

结 果

一、痛阈比较

2 组患者经过治疗后,分别测定其疼痛部位的痛阈,发现治疗组经治疗后其痛阈显著升高($t = 3.70, P < 0.01$),而对照组治疗前、后其痛阈则无明显变化($t = 0.76, P > 0.05$),具体数据见表 1。

表 1 2 组患者治疗前、后的痛阈比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	痛阈(mA)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后即刻		
治疗组	40	2.00 $\pm$ 0.30	2.30 $\pm$ 0.20	3.70	<0.01
对照组	40	2.05 $\pm$ 0.20	2.08 $\pm$ 0.20	0.76	>0.05

二、稽延性戒断症状总分的分析

比较治疗组与对照组在稽延性戒断症状总分的日变化分值,对各个时间点行 t 检验,结果发现在治疗第 5 天后,治疗组与对照组比较差异均有极显著性($P < 0.01$),具体数据见表 2。

三、主要稽延性戒断症状总分分析

比较治疗组主要稽延性戒断症状的日间分值变化,对治疗前、后不同时间进行方差分析,结果发现治疗前、后比较,差异均有极显著性($P < 0.01$),具体数据见表 3。