

可以止痛,还可增加关节囊血运,防止关节粘连,2 周后可增加按摩强度并采用较强手法(如提弹、弹拨、弹推旋转等)治疗,刺激肌肉收缩、增大关节的活动范围、缓解关节囊挛缩、防止手术瘢痕条索形成。术后 24 h 即进行股四头肌等长收缩,并尽早恢复肌肉张力,防止肌肉萎缩。术后 72 h 行膝部伸、屈肌训练,可增大关节活动度;术后 2 周加强膝关节主、被动抗阻活动力度,从而增加膝周肌肉的体积及肌力;术后 4~6 周时,根据患者病变程度,嘱其长期进行髌周按摩及有氧运动(如打太极拳、慢跑、散步、游泳、跳健身舞等),以增加关节周围血运及下肢各肌群的耐力,减少动力性失稳,减缓关节的退变速度。

综上所述,应用关节镜治疗膝 OA 患者,可去除影响膝关节活动功能的机械性障碍物,近期疗效较佳,其远期疗效的维持主要与长期的中医治疗、康复训练及物理疗法等有关,患者应时常注意其关节的活动度及关节周围组织的血运状况,养成良好的日常生活习惯,正确运用各种方法治疗,才能进一步遏制 OA 的病理进展。

参 考 文 献

- 1 Lawrence JS. Rheumatism in population. London: William Heiemann Med Books LTD, 1997. 153.
- 2 Arnold CC, Rudolf FF, Lemperg RK. Intraosseous hypertension and pain in the knee. J Bone Joint Surg, 1975, 57: 360.
- 3 许立新,倪国华. 膝关节骨性关节炎关节镜下清理术的指征及疗效. 中国微创外科杂志, 2002, 4: 128-129.
- 4 杨宏. 按摩治疗膝关节骨性关节炎. 中国骨伤, 2002, 15: 461.
- 5 李衡,潘进社,赵昌平,等. 应用生物膜治疗膝关节粘连性僵直. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11: 259.
- 6 樊振勇, 张长杰. 持续被动运动对膝关节术后关节功能的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 553-554.

(修回日期: 2003-02-18)

(本文编辑: 易 浩)

综合康复对冠心病危险因素的影响

汪萍

随着人们生活水平的提高,我国冠心病的发病率呈逐年上升趋势,如何降低冠心病的发病率及介入治疗后预防再狭窄则是目前研究的热点之一。本研究从减少冠心病危险因素入手,观察其对患者近期预后的影响,现报道如下。

资料与方法

一、入选标准

我院 1998 年 1 月~2002 年 12 月收治的冠心病患者中,排除不稳定性心绞痛、急性心肌梗塞(合并心律失常、室壁瘤、心衰或感染)、急、慢性血栓性静脉炎、急性心包炎、严重主动脉瓣狭窄、Ⅲ度房室传导阻滞,选择广州地区慢性稳定性心绞痛、急性心肌梗塞(病情稳定)、接受冠脉血运重建术、冠脉搭桥术患者共 60 例,均依据临床症状、体征、心电图、心肌酶学指标及冠脉造影确诊,且合并高血压、高血脂和高血糖。

60 例患者随机分为综合康复组和药物对照组,每组各 30 例。综合康复组男 28 例,女 2 例;年龄(50.0 ± 7.1)岁;病程(1.0 ± 10.2)个月;行介入治疗者 20 例,冠脉搭桥术者 6 例。药物对照组男 26 例,女 4 例;年龄(52.2 ± 6.3)岁;病程(2.2 ± 9.1)个月;行介入治疗者 18 例,冠脉搭桥术者 5 例。

二、治疗方法

2 组患者均服用常规降压、降脂、降糖药物,综合康复组在此基础上进行综合康复治疗。(1)运动疗法:运动训练在心脏康复区运动训练室进行,有专人指导,以功率自行车、划船、手臂摇车和活动平板为主,每周 2~3 次,每次 40~50 min,强度以最大心率的 60%~80%作为靶心率,运动中给予心电监测,运动前、后测量血压。运动分为热身期、锻炼期和恢复期。热身期时患

者做柔软体操,如颈前屈、后伸、侧屈,肩关节旋转等,约 10 min;锻炼期 20~30 min,仍选择以上运动方式进行训练;恢复期时患者逐渐停止运动并做柔软体操,约 10 min。如患者在运动过程中出现不适,随时进行药物和运动强度的调节。(2)防治宣教:进行冠心病、高血压、糖尿病的防治宣教,增加患者对疾病的认识。(3)饮食指导:由营养师讲解如何从饮食方面控制高血压、糖尿病、高脂血症和冠心病。(4)心理咨询:讲解冠心病患者常见的心理障碍及其处理策略。(5)危险因素的控制与监测:于患者出院后 1, 3 和 6 个月复查血脂、血压和血糖,根据检验结果随时调整药物和运动治疗方案。

三、统计学分析

2 组患者治疗前、后的血压、血糖和血脂值比较采用 *t* 检验。

结 果

2 组患者治疗前及治疗 6 个月后,分别测定血压、血糖和血脂。综合康复组治疗后血压、血糖、血脂均较治疗前明显降低,差异具有显著性意义($P < 0.05$),药物治疗组治疗后的血压、血糖和血脂也降低,但综合康复组的疗效明显优于单纯药物治疗组,差异具有显著性意义($P < 0.05$)(表 1)。

讨 论

冠心病的危险因素包括高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、高尿酸血症、年龄、性别和遗传等,在这些因素的共同作用下,冠状动脉发生粥样硬化,随着时间的推移使管腔狭窄、闭塞,从而出现心绞痛、心肌梗塞等一系列临床综合症状。冠心病的治疗包括饮食控制、运动疗法、药物治疗、介入治疗以及外科冠脉搭桥术。但如不注意控制危险因素,则可能反复出现心肌梗塞或心绞痛^[1]。因此,如何控制危险因素,预防冠心病复发,就显得尤为

表 1 综合康复组与药物治疗组血压、血糖、血脂值的比较($\bar{x} \pm s$)

分 组	血压(mmHg)		空腹血糖(mmol/L)	总胆固醇	血脂(mmol/L)	
	收缩压	舒张压			低密度脂蛋白	高密度脂蛋白
综合康复组						
治疗前	142.00 ± 12.10	86.00 ± 10.40	6.11 ± 1.11	6.21 ± 3.20	4.01 ± 1.12	0.88 ± 0.07
治疗后	112.00 ± 20.3 *	74.00 ± 11.10 *	5.37 ± 1.02 *	4.57 ± 1.01 *	2.59 ± 1.23 *	1.13 ± 0.12 *
药物治疗组						
治疗前	144.00 ± 13.60	84.80 ± 9.90	6.20 ± 1.02	6.04 ± 4.02	4.02 ± 1.18	0.87 ± 0.06
治疗后	128.00 ± 19.50 ▲	82.00 ± 12.30 ▲	5.96 ± 1.15 ▲	4.86 ± 1.11 ▲	3.35 ± 1.25 ▲	1.02 ± 0.07 ▲

注: * 与治疗前组内比较, $P < 0.05$; ▲ 治疗后组间比较, $P < 0.05$

重要。这些危险因素中有些是无法控制的,如年龄、性别和遗传因素,而有些则是可以控制的,通过这些危险因素的控制,可使冠心病的患病率明显降低。我们所拟订的综合康复治疗的核心是运动疗法,根据每位患者的具体病情制定合理的运动处方,并贯穿整个康复过程,同时给予定期的药物、饮食和心理咨询,从而使冠心病患者得到全面康复。综合康复组治疗前、后比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

综合康复降低血压的机制在于:运动训练可改善肌肉的氧化酶活性,从而降低局部肌肉血流量和心输出量;运动训练还可降低交感神经系统活性,使外周血管阻力减小,肾素-血管紧张素-醛固酮系统活性降低,从而起到降血压的作用^[2]。同时,患者接受饮食指导后,改善了饮食上的不良习惯,注重低盐饮食与蔬菜水果的摄入,使血容量降低,血中的钾、钙含量相对提高,达到间接降压的目的。

有学者认为,运动可增强内源性抗氧化能力,从而预防和控制脂质过氧化作用,在动脉粥样硬化的病理过程中有重要意义^[3]。有学者发现:有氧运动可使某些血脂指标,如胆固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白水平下降,尤其是通过增加胆固醇酰基转移酶的活力,从而使抗粥样硬化因子——高密度脂蛋白的水平提高^[4]。同时,患者注意减少高胆固醇膳食的摄入,并定期复查血压、血糖和血脂,及时进行药物调整,都对降低血脂有一定的积极作用。

长期运动可改善肌肉的氧化代谢能力及心血管活动能力,

增加机体最大摄氧量,增强肌肉做功能力,提高组织对胰岛素的敏感性,甚至可增强胰岛素与细胞胰岛素受体的结合力,从而降低血糖^[5]。

药物治疗组患者对冠心病危险因素认识不足,不能积极配合治疗,且对饮食和运动不够重视,有时甚至出现漏服、停药药物。该组也有部分患者参加运动,但因没有接受正确的指导,运动量和运动强度均未达标。因此,综合康复组在血压、血糖及血脂的控制方面明显优于药物治疗组($P < 0.05$)。故我们认为,综合康复在临床上具有重要意义,值得大力提倡。

参 考 文 献

1 王吉耀,主编.内科学.北京:人民卫生出版社,2001.245.
2 刘江生,主编.康复心脏病学.北京:中国科学技术出版社,1996.31.
3 张勇,颜宜菡,付小锁,等.单纯肥胖症脂质代谢紊乱的运动防治Ⅲ.有氧运动对高胆固醇血症肥胖大鼠抗氧化能力的影响.中国运动医学杂志,1999,18:25-27.
4 Durstin JL,Haskell WL. Effects of exercise on plasma lipids and lipoproteins. Exer Sport Sci Rev,1994,22:477-521.
5 Tataranni PA,Bogardus C. Reducing the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med,2002,346:403-407.

(收稿日期:2003-06-20)
(本文编辑:吴 倩)

球后注射妥拉苏林行离子导入治疗视网膜震荡伤

温吉湘 刘吉娥 崔洪香

视网膜震荡伤是眼球遭受挫伤后,以后极部视网膜水肿或出血、渗出、视力下降为特征的一种眼部疾病。有人曾采用复方丹参^[1]、蝮蛇抗栓酶^[2]及改善微循环等药物治疗该病,取得了一定疗效,但往往病程较长。我们于2001年6月~2002年6月于球后注射药物后进行离子导入治疗视网膜震荡伤,疗效满意。现报道如下。

材料和方法

一、临床资料

选择2001年6月~2002年6月在我院住院的72例(72

眼)视网膜震荡伤患者,随机分为对照组和治疗组。对照组35例,其中男33例,女2例;年龄8~58岁;伤后1~72h就诊;视力0.08~0.12者9例,0.13~0.3者18例,0.4~0.5者6例,0.6~0.8者2例;拳、脚击伤26例,木棍击伤4例,足球撞击伤2例,其他3例;眼底检查示单纯性黄斑部水肿23例,黄斑部水肿合并渗出及出血12例。治疗组37例,其中男32例,女5例;年龄6~56岁;伤后1~70h就诊;视力0.08~0.12者11例,0.13~0.3者15例,0.4~0.5者5例,0.6~0.8者6例;拳、脚击伤25例,木棍击伤5例,足球撞击伤5例,其他2例;眼底检查示单纯性黄斑部水肿18例,黄斑部水肿合并渗出及出血17例,合并玻璃体少量出血2例。

作者单位:251700 滨州,山东省滨州市中心医院眼科