

对显效的 151 例患者随访结果,复发 53 例 (30.81%),其中神经根型 4 例,椎动脉型 6 例,脊髓型 24 例,混合型 19 例,再行上述综合非手术治疗,仍可获得满意的效果。

讨 论

一、年龄与颈椎病的关系

本组 553 例颈椎病患者中,40 岁以下有 92 例 (16.64%),40~59 岁有 368 例 (66.54%),60 岁以上有 93 例 (16.82%),患病高峰在 50 岁左右,与有关的文献报道相符^[2]。因本病呈慢性过程,其患病高峰的形成可能存在累加作用。本组 50 岁以下患者有 227 例为神经根型,在同年龄段中占 72.52%,60 岁以上者有 58 例为脊髓型和混合型,在同年龄段中占 62.40%。颈椎间盘及其椎间关节退行性改变是颈椎病的发病基础,颈脊神经、椎动脉和(或)脊髓受到刺激或挤压,而产生复杂的临床表现,随着年龄和病程的增长,混合型多于单纯型。从解剖学角度看,颈脊神经受刺激的机会远大于椎动脉和脊髓,而使神经根型的表现尤为突出,青年患者由于病程较短,其病理改变一般较年长者轻,多表现为单纯型。

二、不同类型颈椎病与疗效的关系

文献报道颈椎病中神经根型占 60%~70%^[3],本文 553 例患者有单纯神经根型 287 例,以混合型存在的神经根型 34 例,本组 58.05% 患者存在有神经根型颈椎病的表现。本文资料表明,休息与制动、颈椎牵引、推拿和物理治疗可以缓解局部肌肉痉挛,促进血液循环,逐步减轻和/或解除受累组织(神经、脊

髓、血管)的刺激和压迫,必要时可配合相关的药物治疗;医疗体操可以调整颈部组织间的相互关系,使相应的神经肌肉得到有规律的牵拉,有助于颈部功能活动的恢复,增加颈椎的稳定性,长期坚持该法对巩固疗效,预防复发有积极的意义。心理治疗不容忽视,它可以解除患者的心理障碍,配合治疗,有利于患者早日康复。本组非手术治疗颈椎病的显效率为 86.08%,尤其是神经根型的疗效较好,显效率为 95.82%,而脊髓型的疗效相对较差,显效率为 59.09%,这对临床工作中适应证的选择和预测本病的预后有一定的参考价值。

三、不同病程颈椎病与疗效的关系

本文资料显示,病程在 6 个月以内的颈椎病患者,显效率为 92.78%,与其他 2 组(6~12 个月和 >12 个月)相比,差异有显著性($P<0.05$),提示病程短者,疗效较好。因此,早期诊断,早期进行综合非手术治疗,合理安排低头位工作和上肢负重的时间,有助于颈椎病的防治和降低其发生率。

参 考 文 献

- 1 王秋泰. 颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1984, 22: 719.
- 2 杨克勤, 主编. 脊柱疾患的临床与研究. 北京: 北京出版社, 1994. 516-538.
- 3 李家顺, 贾连顺, 主编. 当代颈椎外科学. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1997. 148-151.

(收稿日期: 2001-12-18)

(本文编辑: 熊芝兰)

CPM 促进髋关节置换术后关节功能恢复的研究

钟正仁 郑素明

我院 1990 年 3 月~2001 年 6 月对 42 例髋关节置换术后病人应用关节持续被动运动 (continuous passive motion, CPM) 进行关节功能训练,取得了满意效果。

资料与方法

一、一般资料

治疗组 42 例,其中男 19 例,女 23 例;年龄 56~89 岁,平均 65 岁;股骨头下型骨折 36 例,股骨头缺血性坏死 III 期 (Ficat 分类法) 5 例,创伤性髋关节炎 1 例;行人工股骨头置换术 36 例,行全髋关节置换术 6 例。对照组 30 例,其中男 14 例,女 16 例;年龄 53~85 岁,平均 64 岁;股骨头下型骨折 27 例,股骨头缺血性坏死 III 期 (Ficat 分类法) 3 例;行人工股骨头置换术 25 例,行全髋关节置换术 5 例。

二、功能训练方法

治疗组:术后 3 d 即开始进行关节周围肌肉的主动收缩活动。术后 2~3 周开始作 CPM 训练,开始时角度为 15°,以后从小到大逐渐增大至最大范围,每日 2 次,每次 30 min 匀速运动,连续 12 d。同时由助手固定骨盆,进行髋关节内收、外展及内

旋功能训练。期间也配合主动的关节功能训练,直到负重行走为止。对照组:不进行 CPM 训练,其他术后处理方法同治疗组。

结 果

42 例全部得以随访,随访时间 8 个月~5 年,平均 2.8 年。疗效评定按《中华医学杂志》1982 年关于“髋关节人工置换术后疗效的评定标准”^[1],对病人患髋的疼痛、关节功能、关节活动范围 3 项进行打分,并得出总分,进行统计学分析。随访结果(表 1)中疗效优良和很好者,治疗组占 91%,对照组占 71%。2 组比较差异有极显著性 ($P<0.01$)。

表 1 髋关节置换术后功能恢复的比较

疗效	治疗组		对照组		P 值
	例数	总分	例数	总分	
优良	28	504	18	288	<0.01
很好	10	150	4	52	<0.01
好	2	12	2	20	>0.05
尚可	1	11	2	16	>0.05
差	1	6	2	8	>0.05

讨 论

接受髋关节置换术者多为老年人,由于术前髋部疼痛和术

作者单位: 510133 广州,广州市中医医院骨科

后卧床,牵引制动,往往发生髋关节伸屈、内收、外展和旋转肌群以及股四头肌的废用性萎缩。术后卧床,会影响臀部和整个下肢的血液循环,甚至影响整个人体的呼吸、消化、排泄及新陈代谢。髋关节置换术后,不是治疗的结束,而是关节功能康复的开始。根据 Salter 提出的滑膜关节持续活动理论^[2],我们及时应用下肢关节功能康复仪对 42 例髋关节置换术后患者进行功能训练,这种持续、被动活动有利于损伤关节最大限度地修复,可避免制动所致的关节僵硬,同时可缩短卧床时间,避免引起褥疮、呼吸道和泌尿道感染^[3]。

如果做骨水泥型人工髋关节置换术,术后 2 周便开始 CPM 功能训练。如果做非骨水泥型人工髋关节置换,骨组织长入假体多面形成生物固定需要一定时间,过早活动会引起假体松动,一般在术后 3~4 周作 CPM 训练较为适宜。

必须强调,早期的肌肉主动收缩与关节被动活动相结合,

逐渐过渡到关节主动运动,甚至正常或接近正常行走,本组遵循这种方法,治疗组中髋关节功能优良和很好的病例占 91%,效果满意。

参 考 文 献

- 1 张伯勋,卢世壁. 髋关节人工置换(续). 中华外科杂志, 1982, 20: 250.
- 2 Salter RB, Simmonas DF, Malcolm BW, et al. The biological effect of continuous passive motion on the healing of full thickness in articular cartilage. J Bone and Joint Surg (Am), 1980, 62:1232.
- 3 肖德明,王崇武,曾纪葵. 股骨颈骨折手术患者的康复治疗. 中国康复, 1996, 11:27.

(收稿日期:2001-12-27)

(本文编辑:熊芝兰)

重症脑卒中患者吞咽障碍的影响因素与治疗

史长青 刘永明 常天才

重症脑卒中的幸存者,有许多并发严重的吞咽障碍,长期靠鼻饲或静脉输液维持生命。从 1995 年 5 月~2001 年 5 月,我们收治了 16 例重症脑卒中吞咽障碍患者,与科外 10 例同类患者进行了详尽的对照观察,以探讨重症脑卒中患者吞咽障碍的影响因素和治疗方法。

资料与方法

一、对象

治疗组为 1995 年 5 月~2001 年 5 月收治的 16 例重症脑卒中吞咽障碍患者,其中男 11 例,女 5 例;鼻饲 6 例,完全靠静脉输液 6 例,基本靠静脉输液 4 例;年龄 55~78 岁;入院时,全靠输液最长 12 d,基本靠输液 30 d,鼻饲最长约 180 d。对照组为 10 例同类患者,其中男 7 例,女 3 例,年龄 55~77 岁。2 组患者的临床状况见表 1。

表 1 2 组患者的临床状况(例)

组别	例数	偏瘫	认知障碍	言语障碍	肺脓肿	肺胸感染	胃食管反流
治疗组	16	16	15	14	4	10	8
对照组	10	10	8	8	3	5	6

二、评价方法

1. 参照洼田氏饮水试验^[1]评价:患者坐位,饮温水 30 ml,观察经过,记录时间,注意有无呛咳。正常:1 次 5 s 内饮完无呛咳。异常:I—1 次 5 s 以上饮完,或 2 次以上饮完;II—1 次饮完,有呛咳;III—2 次以上饮完,有呛咳;IV—多次呛咳,不能饮完。

2. 参照藤岛一郎所述吞咽疗效评价标准^[2]评价(表 2)。

三、治疗方法

对照组的治疗,主要是输液、鼻饲,等待自然恢复;治疗组根据临床状况,系统地进行如下康复治疗。

表 2 吞咽疗效评价标准

评价内容	得分
不适合任何吞咽训练,且不能经口进食	1
仅适合基础吞咽训练,但仍不能经口进食	2
可进行摄食训练,但仍不能经口进食	3
在安慰中可能少量进食,但仍需静脉营养	4
1~2 种食物经口进食,需部分静脉营养	5
3 种食物经口进食,需部分静脉营养	6
3 种食物经口进食,不需静脉营养	7
除特别难吞咽的食物外,均可经口进食	8
经口进食,但需临床观察指导	9
正常的摄食吞咽能力	10

1. 积极治疗原发病,同时积极诊治认知功能障碍。

2. 治疗呼吸系统和消化系统相关疾病。

3. 呼吸控制训练:颈肩部肌肉主动或被动放松运动,指导患者练习长吸气、长呼气、长闭气,能达到足够长时间闭气,使呼吸运动能和吞咽运动协调配合。

4. 口、舌运动训练:让患者张口、呲牙、闭唇、鼓腮;使舌头向口唇外左右上下用力伸展,必要时可被动牵拉,鼓励患者卷曲舌尖,由软腭向硬腭滑动,以及在口腔内向各方向运动;用酸、甜、苦、咸等液体刺激舌尖、舌、口运动;用手指练习吸吮。

5. 吞咽训练:首先练习空咽,取坐位,微前倾、低头,辅助甲状软骨上下运动,或在甲状软骨至下颌部上下摩擦,诱发吞咽;进而咽小冰条、冰棍、果冻等,逐渐过渡到稀状食物和水的训练,注意呛咳和梨状窝、会厌溪残留食物的处理。

6. 注意力与心理治疗:整个吞咽治疗过程中,要吸引患者注意力。因重度脑损伤患者注意力常不集中,或集中注意时间很短。可采用强烈、简短、夸张性语言刺激,待注意力集中时,抓紧治疗。另外,此类患者情绪常不稳定、烦躁、易怒、不易合作,要给患者尽可能讲清事实、病情、治疗过程和转归,针对性疏导,较