

3 讨论

棘突炎常在胸背部或腰部劳损或受寒后发病,多表现为棘突局部酸痛,脊柱前屈时疼痛加重,后伸时减轻,由于累及节段不同,可伴发不同症状,如胸闷、气短、胃肠道症状等^[1],但局部皮肤无改变,往往迁延不愈,影响患者的学习、工作和生活。目前该病治疗尚无特定疗法,以往多采用红外线照射、按摩、封闭等治疗,效果大多不甚理想。国内有报道^[2],推拿治疗可缓解棘突炎患者的疼痛、舒筋活络,再配合远红外线照射可达温经散寒作用,二者结合取得良好疗效。Song XJ等^[3]通过大鼠研究发现主动助力的脊柱手法治疗(activator-assisted spinal manipulative therapy, ASMT)可有效缓解椎间关节炎及其引起的疼痛、痛觉过敏等症状。近年亦有学者尝试传统疗法,如排针、中药外敷及使用微刀切割治疗棘突炎,疗效良好^[4-5]。但目前国内外尚未见有短波紫外线治疗棘突炎的研究报道。

本研究就局部注射治疗(封闭治疗)棘突炎的疗效进行观察,并将其与短波紫外线照射治疗进行比较。结果发现,紫外线治疗组治愈率达92.31%,总有效率100%,明显高于局部注射治疗组(局部注射治疗组治愈率为69.23%,总有效率为84.61%, $u=4.95$, $P<0.01$);紫外线治疗组1个疗程治愈率为88.46%,明显高于局部注射治疗组(53.85%, $u=3.07$, $P<0.05$)。

短波紫外线照射治疗棘突炎可能与以下因素有关:①强红斑量的紫外线有明显的镇痛效果。一方面,短波紫外线可使照射区痛阈升高,感觉时值延长,从而使疼痛减轻^[6];②强红斑量的紫外线照射皮肤的刺激对抗了病理性的刺激作用,由于施加的刺激与疼痛冲动在传导通路上互相竞争,或在大脑皮质感觉区互相干扰致使痛觉被掩盖^[7]。③一般认为该病与病毒感染、慢性劳损和退行性变造成棘突及其周围组织的无菌性炎症有关,而紫外线具有明显抗病毒和抗炎作用,还

可刺激和动员机体的防御免疫功能。④紫外线红斑剂量照射后可引起蛋白质发生光解或核酸变性,影响溶酶体,产生组织胺、血管活性肽、前列腺素等体液因子,通过神经反射与神经-体液机制镇痛。⑤紫外线可调节神经系统的功能,刺激肾上腺皮质的功能,增强单核-巨噬细胞系统的作用^[8],可激活机体T淋巴细胞免疫功能,从而调控免疫功能^[9]。另外,红斑量的紫外线还有脱敏作用。带状疱疹后遗症的发病机制中有伤害感受器功能亢进使中枢致敏的学说,这也可以说明紫外线具有止痛作用。

治疗过程中,短波紫外线照射治疗组患者24h内局部有轻度的红肿和烧灼痛,愈后留有轻度色素沉着,虽然其中2例照射局部出现小水泡,但经过对症治疗后很快好转,未留后遗症。

参考文献

- [1] 张少臣,王保华,刘伯臣.棘突过敏症误诊原因探讨[J].中国临床康复,2002,6(24):3738.
- [2] 刘洪波.推拿配合TDP照射治疗棘突炎120例[J].按摩与导引,2002,18(7):43.
- [3] Song XJ, Gan Q, Cao JL, et al. Spinal manipulation reduces pain and hyperalgesia after lumbar intervertebral foramen inflammation in the rat [J]. J Manipulative Physiol Ther, 2006, 29(1):5—13.
- [4] 段沛涛,董洪燕,王富田.排针加中药外敷治疗腰棘上韧带损伤56例[J].青岛医药卫生,2009,41(1):34.
- [5] 宋占龙.微刀切割治疗棘上韧带炎40例[J].中国当代医药,2008,15(24):106.
- [6] 姜琴,陈峰祯,叶定慈.带状疱疹后神经痛综合物理治疗与药物治疗的疗效比较[J].中国康复医学杂志,2005,20(7):528—529.
- [7] 王天策,孟大列,刘忠良,等.应用紫外线治疗Tietze综合征[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):368.
- [8] 沈素娥,江立红,李颖,等.手及前臂外伤术中紫外线照射、术后早期超短波治疗及功能训练的临床疗效[J].中国康复医学杂志,2008,23(4):356—357.
- [9] 曾红,秦洪云,沈素娥,等.短波紫外线对大鼠感染性伤口免疫功能的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(9):787—789.

·短篇论著·

急性期脑卒中患者家属焦虑状况调查分析

高 强¹ 关 敏¹ 吴志刚¹ 何成奇^{1,2} 魏清川¹

脑卒中是严重危害人类健康的疾病之一,脑卒中患者出现的身体症状,如瘫痪、言语及智能障碍等及生活的突然改变会导致患者出现紧张、忧郁、担心、恐惧等心理状态^[1],也会

成为患者家属强大的心理应激源,使家属处于紧张、焦虑、抑郁等状态^[2]。在脑卒中急性期,由于患者及家属不良的心理状态,会使患者及家属对医务人员的依从性降低,甚至发生误

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.09.024

1 四川大学华西医院康复医学科,成都市,610041; 2 通讯作者
作者简介:高强,男,硕士,物理治疗师; 收稿日期:2009-09-28

解、争吵、冲突等,加重患者的心理负担并直接影响临床治疗与康复,甚至引起医患关系的恶化。了解患者家属的焦虑状况,并了解引起焦虑的相关因素,有着重要的意义。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2008年10月—2009年8月在我院神经内科住院的急性期脑卒中患者家属(患者发病时间在7—10天内)。本次调查共发放问卷150份,回收有效问卷128份,回收率85%。患者均符合全国第4届脑血管病会议制订的诊断标准,并经CT或MRI检查确诊。

1.2 方法

对患者家属进行问卷调查,调查前先讲明测评的目的和意义,采取自愿的原则,可中途退出。将问卷发给受试对象,由其按指导语独立填写,当场收回问卷,逐项检查,对漏项及多选项目给予纠正。

1.2.1 一般性调查:针对患者家属,包括性别、年龄、受教育程度、婚姻状态、职业、是否在职、是否为A型性格、与患者的关系、是否因照顾患者影响工作、家庭经济收入等问题。其中,是否为A型性格调查使用A型行为问卷^[9,14],评分≥30分为具有A型性格,评分<30分为不具有A型性格。患者的肢体运动功能由同一医师评定后填写。

1.2.2 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS):SAS^[3]是广泛使用的一个焦虑自评量表,共有20个条目,每个条目1—4分,总粗分共计80分,总粗分可转化为满分100分的标准分^[4]。标准得分在50分以上可认为有焦虑,得分在50分以下可认为无焦虑。

1.3 统计学分析

所得数据用SPSS11.0软件进行统计分析。计量资料组间比较采用t检验,SAS得分多因素相关分析采用多元Logistic回归分析。

2 结果

2.1 一般性调查

男性66例,女性62例;年龄18—79岁,平均46.09±14.72岁;文化程度:初中以下16例,初中36例,高中及中专32例,高中以上44例;已婚110例,未婚14例,离婚4例;A型性格60例,非A型性格68例;在职80例,离职48例;因照顾患者影响工作88例,不影响工作40例;家属为患者的父母26例,子女50例,配偶44例,亲戚及朋友8例;家庭平均月收入1000以下24例,1000—2000元36例,2000—5000元62例,5000元以上6例;患者为家庭主要劳动力78例,患者非主要劳动力50例。患者肢体运动功能上肢Brunnstrom分期I期38例,II期48例,III期24例,IV期10例,V期6

例,VI期2例;下肢功能Brunnstrom分期I期32例,II期28例,III期32例,IV期22例,V期4例,VI期10例。

2.2 患者家属的焦虑状况

早期脑卒中患者家属的SAS得分为38.83±10.97,与国内常模29.78±10.07^[5]比较,其得分明显升高($t=9.15, P<0.01$)。

2.3 患者家属焦虑状况的影响因素

多元Logistic回归分析结果显示,患者家属自身为A型性格、患者为家庭主要劳动力、患者下肢功能为患者家属SAS得分升高的独立危险因子($P<0.05$)。患者家属为A型性格、患者为家庭主要劳动力,会增加患者家属的焦虑情绪($OR>1$),患者下肢功能Brunnstrom分期越高,则会减轻患者家属的焦虑情绪($OR<1$)。见表1。

表1 患者家属焦虑状况影响因素的Logistic回归分析

影响因素	OR值	P值
患者家属自身为A型性格	3.208	<0.05
患者为家庭的主要劳动力	7.245	<0.05
患者下肢Brunnstrom分期	0.704	<0.05

3 讨论

患者家属SAS得分明显升高,说明急性期脑卒中患者家属存在明显的焦虑情绪。其焦虑可能为患者家属本人因素和患者对家属造成的影响而导致。患者家属为A型性格是患者家属自身的因素。A型性格行为是一种人的个性行为特征,常表现为恼火、激动、发怒和不耐烦,它是一种应激易感人格^[6]。A型行为类型并不是一种单一的心理素质和行为表现方式,而是包含了以人格为基础的行为、性格和情感元素的一个复合因素群或行为群,是不同的人格由相应的竞争和挑战性环境塑造的一整套的外显行为。A型性格与冠心病^[7]、高血压^[8]等均有相关性,A型性格的人群对焦虑、抑郁等症状具有易感性^[9]。因此,当家人出现脑卒中这样的严重疾病的时,A型性格的家属容易焦虑。

当脑卒中患者为家庭主要劳动力时,家属容易焦虑。通常这一部分患者正值壮年,事业处于上升时期或巅峰时期,是家庭收入的主要来源。一方面,患者生病后不能正常工作,使家庭收入减少;另一方面,家庭又要支付医疗费用,生活的负担随之加重;更为重要的是,如果患者将来不能重返工作岗位,则对家庭的经济状况影响大,这些因素可能使家属产生强烈的焦虑情绪。

分析结果还显示,患者下肢功能Brunnstrom分期越高,则会减轻患者家属的焦虑情绪。患者的下肢运动功能常与患者的转移能力、平衡以及步行能力等有相关性。患者下肢运动功能越高,其能够床上移动、坐起、站立或行走的可能性越大。许多研究也显示了脑卒中偏瘫患者下肢运动功能与转移能力和自理能力具有一定的相关性^[10-12]。当患者的转移能力

较差甚至完全卧床时,常会使患者家属认为患者完全瘫痪,病情极其严重,因此患者家属更容易焦虑。而分析结果显示,患者上肢功能的Brunnstrom分期对患者家属的焦虑状况影响不明显,可能与患者健侧手的代偿以及患手对患者的转移能力等无明显影响等因素有关。

由此可见,我们应该对一部分有高危的危险因素的患者家属进行焦虑评估,并针对引起患者家属焦虑的原因进行干预。在进行康复宣教时,与患者家属进行深入、细致、耐心的沟通和交流,用通俗易懂的语言解答患者家属的问题,向家属介绍疾病的发生原因、临床表现、治疗方案及预防措施,主动提供患者病情、治疗信息等^[3]。此外,积极对患者进行早期康复治疗,提高患者的运动功能、转移能力等也可能为缓解患者家属的焦虑情绪提供有效的途径。对于部分严重焦虑的患者家属,可采用认知行为疗法^[15]、抗焦虑药物治疗^[16]及配合针刺^[17]等方法进行治疗和干预。

参考文献

- [1] 元英淑. 脑血管意外偏瘫病人的心理护理[J]. 中国医药导报, 2007,4(27):56.
- [2] 佟晓云. 脑卒中患者家属角色、性别、文化程度和居住地差异对其心理健康的影响[J]. 中国临床康复, 2005,9(16):14—15.
- [3] Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971,12:371—379.
- [4] Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, et al. Anxiety rating scales in Parkinson's disease: Critique and recommendations[J]. Movement Disorders, 2008, 23(14):2015—2025.
- [5] 张明岛,陈福国. 医学心理学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1998,146.
- [6] 李雪华,邱梅,黄海容. 行为疗法对A型性格冠心病患者生活质量影响的临床研究[J]. 现代预防医学, 2008,35(6):1176—1178.
- [7] 冯洪,谢家兴,李秋红,等. 脑卒中患者家属心理健康水平及其影响因素[J]. 中国康复理论与实践, 2006,12(8):679—681.
- [8] 王晓平,王胜平. 原发性高血压与A型性格相关性临床分析[J]. 心脑血管病防治, 2009,9(2):150—151.
- [9] 邹志方,李伯灵,杨穗莲,等. 某医院A型性格护士心理健康特征及紧张易感性调查分析[J]. 中国职业医学, 2006,33(3):198—200.
- [10] 勾丽洁,刘旭东,柴叶红,等. 早期康复治疗对老年脑卒中患者功能恢复的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2009,24(7):653—654.
- [11] 高强,关敏,奚颖,等. 个体化桥式运动强化训练对脑卒中偏瘫患者的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2008,23(9):803—806.
- [12] 孙天宝,刘四文,刘海兵,等. 减重平板训练对脑外伤偏瘫患者下肢肌力、平衡和转移能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2009,24(6):556—558.
- [13] 李韵,白跃宏,董慧妹. 脊髓损伤患者家属心理状况对患者治疗的影响及应对方式[J]. 中国康复, 2009,24(2):133—134.
- [14] 余善法,张锐,马良庆,等. 职业紧张测量工具研究[J]. 河南医学研究, 2000,9(2):171—174.
- [15] 张玲,潘润德,陈强,等. 焦虑症认知行为治疗与药物治疗对照研究[J]. 临床精神医学杂志, 2008,18(1):12—14.
- [16] 冯超英. 焦虑症的药物治疗研究进展[J]. 医药导报, 2006,25(5):447—450.
- [17] 周俊灵,孙建华. 针刺配合合理情绪疗法治疗焦虑性神经症17例[J]. 上海针灸杂志, 2008,27(2):30.

·短篇论著·

Alberta 婴儿运动量表用于脑性瘫痪儿童粗大运动康复治疗的效果观察

刘敏¹ 余德兵^{1,2} 王丽¹ 赵红英¹ 姚特黎¹ 黄美玲¹

小儿脑性瘫痪(cerebral palsy, CP)是指出生前到出生后1个月以内各种原因所致的非进行性脑损伤,其主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常,同时经常伴有智力、言语、视听觉等多种障碍^[1]。脑瘫患儿在保健康复和教育方面都需要大量的经济花费,平均寿命也明显缩短,给家庭和社会都带来极大的痛苦和负担。Alberta 婴儿运动量表(Alberta infant motor scale, AIMS)产生于加拿大,是一个评估者观察即可对婴儿的粗大运动发育作出评价的量表,通过评估每项运动的负重部位、姿势特点及抗重力运动等三方面内容来对婴儿的运

动质量进行详细评估^[2]。

为探讨常规康复治疗配合 AIMS 评定结果而设定的动作进行训练的功能训练方法对脑瘫患儿粗大运动的影响,我们对60例脑瘫儿童进行了随机分组对照训练。

1 资料与方法

1.1 临床资料

60例脑瘫患儿均来自本院儿保康复科。纳入标准:①诊断符合2004年全国小儿脑性瘫痪专题研讨会制定的小儿脑

DOI10.3969/j.issn.1001-1242.2010.09.025

1 重庆三峡中心医院儿童分院儿保康复科,404000; 2 通讯作者
作者简介:刘敏,女,护士; 收稿日期:2010-03-07