

给患者的生活带来了极大的不便。

冻结前期患者肩关节症状多以疼痛为主,主被动活动度受限反而不明显。此期炎症反应较重,活动度受限、肌力下降也多因疼痛所致,治疗以轻柔缓和的推拿手法为主,以舒筋活血止痛,并佐以关节松动 I、II 级镇痛手法和肌肉牵拉技术,获得较好的镇痛效果,也因治疗介入早,获得较好的治愈率;冻结期炎症逐渐消退,肩关节软组织粘连挛缩,关节主被动活动度受限明显,治疗以关节松动 III、IV 级手法和肌肉牵拉为主,推拿治疗为辅,以松解粘连、滑利关节,促进肩关节 3 个自由度的功能逐渐恢复,显效率达 29.58%。推拿治疗以舒筋活络止痛、剥离粘连见长;关节松动术滑利关节,促进关节液的流动,增加关节本体感觉和血液供应;肌肉牵拉技术在早期可积极预防软组织的挛缩,保持关节的伸展性,在后期可充分牵伸挛缩的软组织以改善关节活动度;肩关节体操对肩部的疼痛和活动都有积极的预防和治疗作用。以推拿、关节松动术、肌肉牵拉技术和医疗体操相结合,按病程,分主次,协同治疗,各取所长,相得益彰,不失为肩周炎临床手法治疗的优化选择。本研究结果显示,推拿、关节松动、肌肉牵拉和医疗体操协同应用,能够明显改善肩周炎患者肩关节活动范围,增加肩部肌肉力量和减轻疼痛,疗效确切。但本研究缺少对照组,远期疗效以及是否可以寻求在本协同治疗的基础上加服非甾体类药物或行局部封闭治疗等方案,尚待进一步探讨。

#### 【参考文献】

[1] 周秉文. 颈肩痛[M]. 北京:人民卫生出版社,1998,39-

- 39.
- [2] 罗才贯. 实用中医推拿学[M]. 成都:四川科学技术出版社,2004,24-24.
- [3] 燕铁斌. 物理治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008,79-79.
- [4] Lee JS, Stiell IG, Hobden E, et al. Clinically meaningful values of the visual analogue scale of pain severity[J]. Acad Emerg Med, 2000, 7(1): 550-550.
- [5] 于兑生. 康复医学评价手册[M]. 北京:华夏出版社,1993,44-45.
- [6] Brox JI, Brevik JI, Ljunggren AE, et al. Influence of anthropometric and psychological variables, pain and disability on isometric endurance of shoulder abduction in patients with rotator tendonosis of the shoulder[J]. Scand J Rehabil Med, 1996, 28(3): 193-200.
- [7] Kibler WB. Shoulder rehabilitation: principles and practice[J]. Med Sci Sports Exerc, 1998, 30(suppl 1): 40-50.
- [8] Andresen NH, Sojbjerg JO, Kohannsen HV, et al. Frozen shoulder: arthroscopy and manipulation under general anesthesia and early passive motion[J]. J Shoulder Elbow Surg, 1998, 7(3): 218-22.
- [9] Kitkayara A, Hamaoka T, Murase N, et al. Deterioration of muscle function after 21-day forearm immobilization[J]. Med Sci Sports Exerc, 2003, 35(10): 1697-1702.
- [10] Vermeulen HM, Stokdijk M, Eilers PH, et al. Measurement of three dimensional shoulder movement patterns with a electromagnetic tracking device in patients with a frozen shoulder[J]. Ann Rheum Dis, 2002, 61(2): 115-120.

## 物理疗法结合心理干预治疗肩关节周围炎

徐青华

**【摘要】** 目的:探讨物理疗法结合心理干预治疗肩关节周围炎的效果。方法:肩关节周围炎患者 122 例,分为观察组 62 例和对照组 60 例。2 组均给予超短波和运动疗法治疗,观察组加用心理干预,采用视觉模拟评分(VAS)和症状自评量表(SCL-90)进行评估,并评价临床疗效。结果:治疗 2 个疗程后,观察组肩痛、水肿 VAS 评分均明显低于治疗前及对照组治疗后( $P < 0.01, 0.05$ );观察组 SCL-90 量表中躯体化、抑郁、焦虑因子评分较治疗前及对照组治疗后均明显降低( $P < 0.01, 0.05$ )。2 组临床疗效比较,观察组总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。结论:心理干预结合物理疗法可以提高肩关节周围炎的治疗效果,有助于肩关节功能的恢复。

**【关键词】** 肩关节周围炎;心理干预;超短波;运动疗法

**【中图分类号】** R49;R684.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.01.018

收稿日期:2012-10-23

作者单位:济南军区青岛第一疗养院,山东 青岛 266071

作者简介:徐青华(1972-),女,副主任医师,主要从事康复物理治疗方面的研究。

肩关节周围炎是发生于肩关节周围软组织的无菌性炎症,常反复发作,影响日常生活和正常工作,患者

易产生较大的心理压力,甚至导致焦虑和抑郁情绪。我科对肩关节周围炎患者采用超短波和运动疗法治疗的同时结合心理干预治疗,报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2010年1月~2012年1月在我科治疗的肩关节周围炎患者122例,均符合《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。随机分为2组。①观察组62例,男36例,女26例;平均年龄(42.5±7.3)岁;平均病程(31.4±14.2)个月。②对照组60例,男32例,女28例;平均年龄(44.2±6.6)岁;平均病程(28.2±17.8)个月。2组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均采用超短波及运动疗法治疗,观察组加用心理干预。①超短波:板状电极肩关节前后对置,症状以疼痛为主的选用微热量或无热量,以关节受限为主采用温热量。②运动疗法:俯身前后内外摆动画圈法,爬墙法。③心理干预:在对照组的基础上由专业的心理咨询师运用心理学的方法与技巧将心理干预穿插在整个治疗中进行,其中包括心理疏导、认知行为疗法和渐进性肌肉放松训练。以上治疗均每次20min,每天1次,10d为1个疗程。

1.3 评定标准 ①视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)疼痛分级<sup>[2]</sup>:0不痛,2偶发轻微疼痛,4疼痛频繁发作,6疼痛较重且频繁发作但可以忍受,8持续疼痛难以忍受,10剧痛不能触摸,水肿分级:0无水肿,2轻度,4中度,6严重水肿。②症状自评量表,又称SCL-90<sup>[3]</sup>:共90个项目,每1个项目含有1~5级评分制为没有、很轻、中等、偏重、严重;有躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执和精神病性9个分量表。本研究采用躯体化、抑郁、焦虑3个分量表评估。③临床症状:痊愈,疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复;显效,疼痛明显减轻,活动功能明显改善;好转,疼痛减轻,活动功能部分改善;无效,临床症状无缓解。

1.4 统计学方法 应用SPSS 12.0统计软件,计数资料用百分率表示, $\chi^2$ 检验;计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内比较采用配对t检验,组间比较采用单因素方差分析(ANOVA)。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗2个疗程后,观察组肩痛、水肿VAS评分均明显低于治疗前及对照组治疗后( $P<0.01, 0.05$ );观察组SCL-90量表中躯体化、抑郁、焦虑因子评分较治疗前及对照组均明显降低( $P<0.01, 0.05$ ),对照组各项评分治疗前后比较差异无统计学意义。见表1,2。

治疗后,2组临床疗效比较,观察组痊愈11例,显效28例,有效21例,无效2例;对照组分别为5、18、23、14例,观察组总有效率明显高于对照组(96.77%、76.66%, $\chi^2=12.423, P<0.05$ )。

表1 2组治疗前后肩痛及水肿VAS评分比较 分,  $\bar{x}\pm s$

组别	n	肩痛		水肿	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	62	6.54±2.18	2.40±1.51 <sup>ab</sup>	4.02±1.23	1.28±1.06 <sup>ab</sup>
对照组	60	6.37±2.20	4.63±1.82	3.98±1.29	3.05±1.24

与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

表2 2组治疗前后SCL-90主要因子评分比较 分,  $\bar{x}\pm s$

组别	n	时间	躯体化	抑郁	焦虑
观察组	62	治疗前	3.42±0.34	2.40±0.13	3.09±0.23
		治疗后	1.93±0.17 <sup>ab</sup>	1.24±0.08 <sup>ab</sup>	1.98±0.15 <sup>ab</sup>
对照组	60	治疗前	3.36±0.23	2.36±0.18	3.11±0.16
		治疗后	2.79±0.20	2.01±0.22	2.80±0.09

与治疗前比较,<sup>a</sup> $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

肩关节周围炎也称粘连性关节囊炎,早期以肩痛为主,随着病程的延长活动障碍逐渐显著,晚期纤维化粘连<sup>[4-5]</sup>。超短波作用人体可改善血液循环,加速炎症产物和代谢产物的清除,减轻水肿,缓解肌肉痉挛,降低组织张力,加强组织血供和营养,使肉芽及结缔组织生长加快,促进组织修复愈合<sup>[6]</sup>。患者每天坚持做俯身前后内外摆动画圈法和手指爬墙等肩关节的功能运动,可增加肩部活动范围以松解局部的粘连,解除痉挛,恢复肩部运动的功能。以往的治疗主要以镇痛、消炎、松解粘连、恢复肩关节的活动范围及肌肉力量为主,但忽略了躯体疾病的发生和发展过程会引起患者心理上的改变和异常,而患者不良的心理健康状况可对疾病的康复产生负面影响,进而导致病情反复,疗程延长。既往研究认为,积极乐观的心态有利于疾病更快的恢复<sup>[7]</sup>。本次研究中2组经过超短波和运动疗法,肩周炎均有明显改善,但给予心理干预治疗后肩痛、水肿以及躯体化、焦虑和抑郁等心理健康状况明显优于单纯的传统方法,可以认为在物理治疗过程中通过鼓励、疏导和改变其对疾病的错误认知等心理干预手段能使患者对疾病康复充满信心,减轻紧张、焦虑、抑郁等症状,增强物理疗法的治疗效果,并获得比单用物理疗法更好的疗效,所以心理治疗应伴随慢性病患者康复的全过程。

## 【参考文献】

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标[S]. 南京:南京中医药大学出版社,1994,186-187.
- [2] 晖晓萍. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社,2005,

- 429-429.
- [3] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志,1999,(增刊):120-122.
- [4] 王潞萍,田泽丽. 肩关节松动术结合中频电治疗肩关节周围炎疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2008,30(4):252-252.
- [5] 魏智钧,李华,李雪,等. 关节松动术联合冰敷治疗冻结肩的临床研究[J]. 中国康复,2011,26(4):271-272.
- [6] 李忠,刘玉珍,李桂香,等. 超短波配合运动疗法治疗膝关节炎 40 例[J]. 解放军医药杂志,2011,23(1):38-38.
- [7] 刘海霞,李永春,宁雪飞,等. 综合心理行为干预对哮喘患者的心理状况的影响[J]. 中国康复,2009,24(2):106-106.

## 腹部带蒂皮瓣修复手软组织缺损断蒂前后 康复介入的疗效观察

刘扬,邢亮亮,李海涛,朱红红

**【摘要】** 目的:观察腹部带蒂皮瓣修复手软组织缺损断蒂前康复介入治疗的临床疗效。方法:腹部带蒂皮瓣修复手软组织缺损术后患者 38 例,分为观察组 20 例和对照组 18 例,分别在断蒂前及断蒂后行康复治疗。2 组均给予受累关节的功能评定。结果:治疗 3d 后,观察组肩、肘、腕各关节自主活动度均明显大于对照组( $P < 0.01$ );手指活动度比较,观察组有效率明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:腹部带蒂皮瓣修复术后断蒂前较断蒂后进行系统的康复介入治疗更能够维持关节活动度,提高康复疗效。

**【关键词】** 腹部带蒂;未断蒂;康复介入治疗

**【中图分类号】** R49;R641;R622.1 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.01.019

手部软组织缺损选用腹部带蒂皮瓣修复有显著的临床疗效<sup>[1]</sup>,但是长期制动则会导致受累关节在断蒂术后出现不同程度的功能障碍,本文针对上述问题,早期进行康复介入治疗,临床疗效良好。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月~2012 年 5 月我科腹部带蒂皮瓣修复手软组织缺损术后患者 38 例,分为 2 组,①观察组 20 例,男 16 例,女 4 例;平均年龄(32.5±12.6)岁,平均介入时间为术后(5.5±3.8)d;拇指腹部带蒂皮瓣 6 例;2~3 指 3 例;3~4 指 5 例;3~5 指 1 例;4~5 指 2 例,2~4 指 3 例。②对照组 18 例,男 14 例,女 4 例;平均年龄(32.0±14.4)岁;平均介入时间为术后(26.4±2.2)d;拇指腹部带蒂皮瓣 4 例;2~3 指 3 例;2~5 指 2 例;3~4 指 1 例;3~5 指 4 例;4~5 指 4 例,环指 2 例。2 组患者性别、年龄比较差异无统计学意义。

1.2 方法 观察组均于断蒂前进行康复治疗,对照组于断蒂后行康复治疗。康复治疗包括:①体位摆放及肌力练习。正确摆放制动肢体体位,随时观察受压部

位有无糜烂及湿疹。术后 5~7d,皮瓣在上腹部时取半卧位,在下腹部时取平卧屈髋屈膝位<sup>[2]</sup>。患肢抬高,肘部垫以薄枕<sup>[3]</sup>。肌力练习。采用患肢上肢带肌、臂肌、前臂肌的等长收缩练习,以静力性收缩为主,每次肌肉绷紧最大强度坚持 10s,后休息 10s,10 次为 1 组,每天 10 组。②物理因子治疗。在进行关节活动度练习前做肩、肘关节的蜡疗。③关节活动度练习。肩关节,治疗师一手固定患肢掌骨近端,一手托于患者肘关节下方,进行肩关节前屈、内收、外展、耸肩及环转运动。肘关节,一手固定掌骨近端,指导患者利用躯干的前屈和后伸进行肘关节屈伸运动。在不引起皮瓣牵拉的前提下,进行前臂旋前旋后运动。腕关节,一手固定掌骨近端,一手托于肘关节下方,进行腕关节屈、伸,尺偏、桡偏运动。手指关节,每日进行虎口开大练习,被动活动未受限手指的掌指关节、近侧及远侧指间关节到正常范围,然后让患者主动全范围屈伸手指 $\geq 3$ 次。每个动作均不超过 5s,每组重复 3~5 次,1 日 2 次。④对症治疗。康复治疗结束后,观察皮瓣血运、颜色、温度、有无肿胀,以便做到及时对症处理。

1.3 评定标准 ①关节正常活动范围测量<sup>[4]</sup>:取肩、肘、腕关节各自主动活动度。②手活动度疗效评定<sup>[5]</sup>:采用国际手外联合制定的手指伸屈功能总主动活动度(total active motion, TAM),以患指的远侧、近侧、掌指关节活动度总和与健侧相比较。优, TAM 与

收稿日期:2012-06-26

作者单位:中国人民解放军第八十九医院康复科,山东 潍坊 261042

作者简介:刘扬(1982-),女,技师,主要从事手外科创伤术后及小儿骨创伤术后康复治疗方面的研究。