

的强迫症患者疗效满意,70%左右可获得较好的疗效,10%的患者疗效较差。

参 考 文 献

- 1 陈彦方,中华医学会精神科分会. CCMD-3. 中国精神障碍分类与诊断标准. 第3版. 济南:山东科技出版社,2001(光盘).
- 2 王学铭,卢义钦,孙材陇,等. 精神与精神病的生物化学. 北京:人民卫生出版社,2002. 4-5,140-167,193-195.
- 3 罗星光,江干达. 强迫症分子遗传学研究进展. 中华精神科杂志,1999,32:249-252.
- 4 Maes M, Meltzer HY. The serotonin hypothesis of major depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ. Psychopharmacology. The Fourth Generation of Serotonin Progress. New York:Raven Press, 1995. 933-944.
- 5 Ganong WF. Review of medical physiology. 18th ed. California: Lange Medical Publications, 1997. 240.
- 6 刘万清,顾牛范,冯国勤,等. 5-羟色胺转运体基因 VNTR 位点与双相情感性精神障碍的关联分析. 中华医学遗传学杂志,2001,15:345-347.
- 7 Perez J, Tardito D, Racagni G, et al. Protein kinase A and Rap 1 levels in platelets of untreated patients with major depression. Mol Psychiatry, 2001, 6: 9-44.
- 8 Schreiber G, Avissar S, Danon A, et al. Hyperfunctional G protein in mononuclear leukocytes of patients with mania. Biol Psychiatry, 1991, 29:273-280.
- 9 肖泽萍,张照岛,严和. 强迫症的神经病理学及遗传研究进展. 上海精神医学杂志,2002,14:168-169.
- 10 马特·里德利,著. 刘菁,译. 基因组-人种自传 23 章. 北京:北京理工大学出版社,2003. 67-77,165-171.
- 11 李培勇,江旭峰,张立颖,等. 强迫症患者局部脑血流变化的 SPM 和 ROI 分析. 中华核医学杂志,2002,22:87-89.
- 12 Steen RG,著. 李恭楚,吴希美,译. DNA 和命运. 上海:上海科技出版社,2001:164-174.
- 13 Robert DN,著. 石林,袁坤,译. Three psychologies: perspectives from Freud, Skinner, and Rogers. 北京:中国轻工业出版社,2000. 191-197.
- 14 林雄标,胡赤怡,胡纪,译. 强迫症与社交恐惧症的防御机制及其相关因素的比较研究. 中华精神科杂志,2002,35:157-161.
- 15 崔丽娟. 心理学是什么. 北京:北京大学出版社,2002. 29-30.
- 16 王玲,刘学兰. 心理咨询. 广州:暨南大学出版社,1998. 221-234.
- 17 王长虹,丛中. 临床心理治疗学. 北京:人民军医出版社,2001. 188-193,127-132.
- 18 张亚林,曹玉萍. 一所医院的神经症各亚型构成比十年变化. 中华精神科杂志,2001,34:234-235.
- 19 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Arch Gen Psychiatry, 1989,46:1006-1011.
- 20 肖泽萍. Maudsley 强迫症状问卷. 上海精神医学,1990(增刊),2:45-86.
- 21 李心天,主编. 医学心理学. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1998. 791-810.
- 22 Kuhner C, et al. Cognitive-behavioral group intervention as a means of tertiary prevention in depressed patients. Acceptance and short-term efficacy. Cogn Ther, 1996,20:391-407.
- 23 张鲁诚,宋世庆,王承莲,等. 脑卒中后抑郁症的心理康复. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:375-376.
- 24 李贤佐,李秀琴,路英智. 行为疗法治疗强迫症的对照研究. 中国行为医学科学杂志,2002,11:294.
- 25 林宏群,陈玉民,马秀青. 森田疗法治疗强迫症的随访对照研究. 中国临床康复杂志,2002,6:1000-1001.
- 26 徐俊冕,李建林. 认知心理治疗. 贵阳:贵州教育出版社,1999. 179-190.
- 27 代敏,郭平,赵指亮. 氟西汀治疗强迫症双盲自身对照研究. 健康心理杂志,2002,10:149-250.
- 28 Gabbard GO. Treatments of psychiatric disorders. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001,2:1447-1482.
- 29 邹建华,赵波,卢艳霞. 认知疗法治疗强迫症的对照研究. 健康心理杂志,2002,10:368-369.
- 30 陈玉民,杜宏群,王陶丽. 认知领悟疗法治疗强迫症的随访对照研究. 中国行为医学科学杂志,2002,11:187-188.
- 31 Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. J Clin Psychiatry, 2001,62:535-540.
- 32 南登崑,缪鸿石,主编. 康复医学. 北京:人民卫生出版社,1993. 125-133,142-147.
- 33 马晓军,李冰,郭顺利. 综合治疗对住院强迫症的疗效分析. 中国心理卫生杂志,2002,16:189-190.

(修回日期:2004-05-11)

(本文编辑:熊芝兰)

· 短篇论著 ·

早期康复治疗对人工髋关节置换术后患者功能恢复的影响

陈凯敏 张伟明 陆廷仁

近年来,临床全髋关节置换术发展迅速,如患者在术后配合适当康复治疗,在防治关节粘连、挛缩,减少患者治疗时间及加速康复进程等方面均具有一定作用。我科自 2002 年 10 月~2003 年 3 月间对不同原因引起骨关节炎(符合全髋置换

手术指征)并施以全髋关节置换术的 40 例患者于术后早期给予康复治疗,并在术前、康复治疗后进行关节功能评定,以观察早期康复治疗对患者日常生活活动能力、关节疼痛及关节活动功能的影响。现报道如下。

一、资料与方法

共选取 40 例全髋关节置换术患者,其中男 16 例,女 24 例;年龄 52~88 岁,平均 68 岁;患者术前诊断包括:股骨颈囊内骨

作者单位:200025 上海,上海第二医科大学附属瑞金医院康复医学科

折 7 例,原发性骨关节炎 (osteoarthritis, OA) 17 例,继发性骨关节炎 13 例,人工股骨头置换术后 3 例。

所有患者均于术后早期给予康复治疗。具体治疗措施包括以下各方面。

1. 康复教育:术前给每人发一本小册子,指导患者如何在床上生活及进行功能锻炼,强调术后患侧肢体不宜过度屈髋,不能同时作屈髋、内旋等危险动作;并及时进行医患交流,以解除患者的焦虑心理,加强沟通,保证康复训练计划落实。

2. 肌力训练:进行该训练时,应注意在患者两腿间放置三角形海绵垫。术后第 1 天时,嘱患者进行踝关节主动屈伸练习,股四头肌、腘绳肌、臀肌则以等长训练为主;术后第 2,3 天时,拔出引流管,在第 1 天的训练基础上,进行程度较轻的屈髋、屈膝练习;从术后第 4 天起,在前面训练基础上,加强髋部肌肉的主动训练,并逐步给予抗阻训练。在训练过程中,髋关节应始终保持外展 20~30°。

3. 关节活动度训练:术后第 1 天时,髋关节保持外展 20~30°,不进行关节活动度训练;术后第 2,3 天时,在继续保持髋关节外展 20~30°的情况下,作无痛程度的被动屈髋、屈膝动作,以后逐步给予主动训练及抗阻练习。

4. 体位转移及负重步态训练:于术后第 5 天进行髋关节摄片,当确认植入假体无异常情况,即让患者拉住床边扶手,使其臀部向患侧方向移动,当患肢接近床边时,让患者双手向后支撑或治疗师帮助下,将患肢放于床下,注意保持患肢髋关节屈曲 >90°,随后让患者扶助行器进行站立位训练,并逐步给予行走训练。上述患者经 6 周的助行器训练后,随后改用双拐或单拐进行步行练习。

髋关节功能评定标准参照文献^[1],共分 4 个方面进行评定,分别是疼痛(0~40 分)、活动度(0~20 分)、步行能力(0~30 分)及日常生活活动能力(0~10 分),满分为 100 分。具体评定标准如下:优——总分 91~100 分,疼痛评分为 40 分;良——总分 76~90 分,疼痛评分 ≥30 分;中——总分 50~75 分,疼痛评分 ≥20 分;差——总分 ≤49 分,疼痛评分 ≤10 分。所得数据采用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异具有显著性意义。

二、结果

上述患者经为期 3 个月的术后早期康复治疗,发现其髋关节功能较治疗前均有显著提高,具体数据见表 1。经进一步疗效评定,发现优 8 例,良 23 例,中 8 例,差 1 例,优良率达 77.5%。

三、讨论

人工关节置换术在我国的开展越来越广泛,其中以髋关节置换术最为成熟,但由于部分临床科室片面注重手术过程,而忽视术后康复治疗,严重影响了患者的预后。国外临床实践证明,早期的康复训练是保证和促进患者功能康复的重要因素之一,只有将先进的材料、精湛的手术技术与及时的术后康复结

合起来,才能获得理想的效果。

由于髋关节位于身体中部,其主要功能为负重,但同时又需具有相当高的灵活性,髋关节周围的许多肌肉对其稳定性及灵活性的维持具有重要意义^[2]。因此在本研究中,我们制定了以肌肉训练、关节活动为重点的康复治疗方

案。进行术后康复治疗时,应首先了解手术方案,如果患者采用常规手术,且假体植入位置合理、关节稳定,可以按常规康复程序进行治疗,但要避免髋关节屈曲、内收、内旋等危险动作。如果是术前、或术后有大粗隆劈裂、钢丝环扎固定或翻修植骨手术者,则需要制定特殊的康复方案,床下减重训练最早于术后 6 周或 7 周时进行,训练时应注意不同手术入路对关节稳定性的影响。在康复过程中,我们也注意到,患者术前病因不同,其术后的康复状况也有所不同,如术前因单纯外伤而引发的急性骨折患者,术后功能恢复较好、较快,可能是因为患者术前没有长时间的疼痛、功能障碍等,故髋周肌肉萎缩不明显;而部分长期卧床患者(如强直性脊柱炎患者)术后功能恢复相对较差,但其日常生活活动能力较治疗前也有一定程度的改善。Salter 等研究证实,功能锻炼能缓解疼痛症状,因它能使关节应力分布均衡,促进软骨内生理性、动力性改变,提高软骨及骨的负荷强度^[3]。我们在临床中也观察到,对全髋关节置换术患者进行术后早期康复治疗,其关节疼痛、关节功能等方面均有显著性改善,对于维持髋关节的稳定性,减轻关节负载,减少假体松动率等均具有重要意义^[4];同时早期肌力训练还可促进下肢血液循环,防止静脉血栓形成。

综上所述,全髋关节置换术后的早期康复训练能明显改善患者的关节功能、缓解疼痛、提高其日常生活活动能力,对患者预后具有重要意义,该方法值得临床进一步推广、应用。

表 1 患者术前及经 3 个月康复治疗后的髋关节功能比较(分, $\bar{x} \pm s$)

评定时间	疼痛 (40 分)	活动度 (20 分)	步行能力 (30 分)	日常生活活动 能力(10 分)
术前	9.23 ± 5	2.5 ± 1	8.08 ± 5	4.31 ± 1
术后 3 个月	32.78 ± 5 *	15.84 ± 2.5 *	22.78 ± 2.5 *	6.72 ± 1.5 *

注: * 与术前比较, $P < 0.01$

参 考 文 献

- 1 祝天经. 人工髋关节置换术的疗效评定及功能评定. 现代康复, 2001, 5:11-13.
- 2 缪鸿石, 主编. 康复理论与实践. 上海: 上海科学技术出版社, 2000. 293.
- 3 毛宾尧, 主编. 人工髋关节外科学. 2002. 62.
- 4 Long WT, Dorr LD, Healy B, et al. Muscular recovery around the hip joint after total hip orthoplasty. Clin Orthop, 1994, 302:115-120.

(收稿日期: 2003-08-29)

(本文编辑: 易 浩)

欢迎订阅《中华物理医学与康复杂志》