

本研究治疗组患者在治疗后的水平位移、角位移、NDI 指数评分较治疗前均显著降低,且在水平位移及角位移方面,改善程度显著优于对照组( $P < 0.01$ ),而颈椎功能障碍指数的缓解程度也明显优于对照组( $P < 0.05$ )。提示 Mulligan 松动术主要从关节的位移和(或)成角入手,以临床解剖学为观点,重塑脊柱的解剖结构与功能;而悬吊运动训练注重解决颈椎内源性静力性结构失稳的调整与恢复。因此,应用 Mulligan 松动术配合悬吊运动训练治疗退变性下颈椎不稳症,不仅能较好地缓解颈椎影像学的不稳程度,且对患者颈部的临床相关症状(如疼痛的强度、头痛、集中注意力和睡眠)及日常生活活动能力均有明显的改善。

综上所述,应用 Mulligan 松动术配合悬吊运动训练治疗退变性下颈椎不稳症是行之有效的保守治疗方法,值得临床推广。但仍需要今后扩大样本量,进行长期随访研究,以观察远期疗效。

### 参 考 文 献

- [1] 范金鹏,王朝君,申勇. 退行性下颈椎不稳症的研究进展[J]. 河北医科大学学报,2009,30(3):318-320.
- [2] 李连源,王洪,海林丽. 下颈椎不稳症的诊断与治疗[J]. 中国厂矿医学,2007,20(6):658.
- [3] 王荣丽,黄真. Mulligan 手法在颈椎病中的应用[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(3):224-226.
- [4] 伍少玲,马超,伍时玲,等. 颈椎功能障碍指数量表的效度与信度研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(7):625-628.
- [5] Hoving IL, O'Leary EF, Niere KR, et al. Validity of the neck disability index, Northwick Park neck pain questionnaire, and problem elicitation technique for measuring disability associated with whiplash-associated disorders[J]. Pain, 2003, 102(3):273-281.
- [6] Grieve GP. 脊柱松动术[M]. 丁勇,李全义,汪功瑞,等. 编译. 西安:世界图书出版西安公司,2008:144-145.
- [7] 陈才,洪芳芳. Mulligan 手法治疗椎动脉型颈椎病中的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2009,24(4):325-327.
- [8] Comerford MJ, Mottram SL. Functional stability re-training: principles and strategies for managing mechanical dysfunction[J]. Man Ther, 2001, 6(1):3-14.
- [9] 卫小梅,郭铁成. 悬吊运动疗法——一种主动训练及治疗肌肉骨骼疾患的方法[J]. 中华物理医学与康复杂志,2006,28(4):281-283.
- [10] 裘淑荣,郝文杰,胡跃波,等. 坐位作业人群颈椎曲度 X 线变化分析[J]. 现代中西医结合杂志,2008,17(21):3326-3327.
- [11] 赵强,肖少华,魏全,等. McKenzie 方法配合微波和低周波治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2006,28(1):53-54.

(修回日期:2013-12-20)

(本文编辑:汪 玲)

## 等速肌力训练对肩关节周围炎恢复的影响

施加加 罗艳 孙莹 王洪军 徐建红 许婷婷 顾斌

**【摘要】目的** 观察等速肌力训练对肩关节周围炎恢复的影响。**方法** 选取肩关节周围炎患者 36 例,按照随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 18 例,对照组采用痛点封闭和肩关节松动术进行治疗,治疗组在此基础上增加等速肌力训练。治疗前、后采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)、关节角度尺及 Primus RS 系统评定患者的 VAS 评分、关节主动活动度(AROM)及峰力矩(PT)。**结果** 治疗前,2 组患者患侧肩关节 VAS 评分、AROM 及 PT 间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2 组患者患侧肩关节 VAS 评分、AROM 及 PT 均优于组内治疗前( $P < 0.05$ ),且治疗组治疗后 VAS 评分[(2.11 ± 1.08)分]低于对照组[(2.56 ± 1.15)分]( $P < 0.05$ ),治疗后治疗组患侧肩关节前屈[(131.28 ± 25.60)°]、后伸[(37.83 ± 11.24)°]、外展[(117.78 ± 20.23)°]的 AROM 均大于对照组前屈[(111.11 ± 20.80)°]、后伸[(25.56 ± 8.36)°]、外展[(98.33 ± 24.70)°]的 AROM( $P < 0.05$ ),在 60°/s、120°/s 及 180°/s 的角速度下,治疗组治疗后患侧肩关节在外展、前屈、后伸时的 PT 均大于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 在痛点封闭疗法和关节松动术基础上联合等速肌力训练对肩关节周围炎患者的疗效较为显著。

**【关键词】** 等速肌力训练; 封闭疗法; 关节松动术; 肩关节周围炎

肩关节周围炎(periartthritis)是指肩关节囊和关节周围肌肉、韧带、肌腱及滑膜等损伤、退变而引起的一种慢性无菌性炎症,该疾病主要以肩关节慢性疼痛、活动功能障碍和肌肉萎缩为临床特征<sup>[1]</sup>。肩关节周围炎发病年龄大多在 50 岁左右,且女性患者的发病率略微高于男性患者,炎症性疼痛常导致患者

上肢的运动功能和日常生活活动能力受限<sup>[2]</sup>,肩关节的主动康复训练也常因疼痛而受到限制。因此,本研究在痛点封闭疗法和关节松动术基础上增加等速肌力训练,旨在探讨其对肩关节周围炎恢复的影响。

### 对象和方法

#### 一、研究对象

选取 2011 年 10 月至 2013 年 1 月在我院门诊进行肩关节

周围炎治疗的患者 36 例,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 18 例。纳入标准:①均符合第 2 届全国肩关节周围炎学术研讨会制订的肩关节周围炎诊断标准<sup>[3]</sup>,肩关节外展、前屈、后伸活动度明显受限<sup>[3]</sup>;②影像学检查除肩关节骨量减少外无肌腱韧带断裂、关节囊撕裂等软组织撕裂伤<sup>[4]</sup>;③患者年龄 40~60 岁,病程在 3 个月以上、3 年以下;④患者首次患肩周炎,且此次患肩外展、前屈、后伸肌群肌肉肌力均  $\geq 4$  级,患者肩关节疼痛视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 得分  $\leq 5$  分;⑤除疼痛外无其他等速训练的禁忌证;⑥患者及其家属愿意配合运动训练及其他治疗,所有患者均签署知情同意书。2 组患者在性别、年龄、病程、疼痛侧别等一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性,详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

| 组别  | 例数 | 年龄<br>(岁, $\bar{x} \pm s$ ) | 性别(例) |    | 病程<br>(月, $\bar{x} \pm s$ ) | 疼痛侧别(例) |    |
|-----|----|-----------------------------|-------|----|-----------------------------|---------|----|
|     |    |                             | 男     | 女  |                             | 左       | 右  |
| 对照组 | 18 | 53.06 $\pm$ 4.43            | 7     | 11 | 6.78 $\pm$ 3.20             | 5       | 13 |
| 治疗组 | 18 | 51.17 $\pm$ 4.25            | 8     | 10 | 7.11 $\pm$ 3.12             | 6       | 12 |

## 二、治疗方法

对照组采用痛点封闭和肩关节松动术进行治疗,治疗组在此基础上增加等速肌力训练。其中,肩关节松动术和等速肌力训练的方案均为每日 2 次,每周 5 d,每次 30 min,共 4 周。痛点封闭法后当天内不进行关节松动术和等速肌力训练。

1. 痛点封闭法:患者入院后开始进行 VAS 评估,当其 VAS  $\geq 3$  分时即可进行痛点封闭法,整个疗程内不得超过 4 次注射。操作方法如下:操作者用拇指的指端在患者患侧肩部肩峰、喙突、喙突韧带、三角肌止点、大小结节间沟、冈上窝、冈下窝、肩胛骨内侧缘、大小圆肌、肩胛上神经投影处等寻找压痛点,在压痛明显处可触及硬性条索,选择 3~4 个较明显的压痛点,做好标记。对标记处的皮肤进行常规消毒,将醋酸曲安奈德 2 ml 与 2% 利多卡因 8 ml 混合后,抽进 7 号针头的针管内,在标记的压痛点处,垂直皮肤进针,当针尖触及疼痛点,患者可出现明显酸胀感,回抽无血后推注药物,每处分别注射混合药液 2 ml。

2. 肩关节松动术<sup>[5]</sup>:使用持续转移性关节内活动技术,该技术分为 3 级。第 1 级——对关节囊未受压处做小幅度关节牵张,缓解关节疼痛;第 2 级——适度的关节牵张或滑动使关节周围的组织变紧,评估关节反应和维持关节活动度;第 3 级——大幅度、较大力度的关节牵张(分离)或滑动,牵张关节囊及关节周围组织,扩大关节活动度。根据受限的范围和疼痛的部位选择相应的肩关节松动技术:①盂肱关节——关节牵引、尾端滑动、尾端滑动进阶、上举进阶、向后滑动、向后滑动进阶、向前滑动、向前滑动进阶;②肩锁关节——向前滑动;③肩胛胸壁关节松动术。

3. 等速肌力训练:采用 Primus RS 评估训练系统(美国产)中的等速测试训练模式,利用等速向心训练方法,根据患者的病程不同,选择不同的运动速度,对患者外展、前屈、后伸肌群的肌肉进行向心训练。等速训练前由康复治疗师评定患者肩痛的程度,若患者肩痛 VAS  $\geq 3$  分,则应暂停当日等速肌力训练,先对患者的疼痛症状进行对症处理;若患者肩痛 VAS  $< 3$

分,则由康复治疗师指导患者进行等速肌力训练,训练前先做热身准备活动 5 min,主要进行肩关节外展、前屈、后伸的主动活动,再对患者的肩部主动关节活动度(active range of motion, AROM)进行测量,根据测试结果最大值的 90% 设定等速训练的最大关节活动值,初期(第 1 周)选用中等运动速度(120°/s),运动速度快,对关节面的压力小;中期(第 2 周至第 3 周)选用慢速(60°/s),以增强肌张力,加速肌力恢复;后期(第 4 周)进行高速、重复次数多的功能适应性训练,运动速度接近日常生活活动及运动时的收缩速度(180°/s~270°/s),以使患者恢复日常生活活动能力,重建正常肢体运动功能<sup>[6]</sup>。

## 三、临床疗效评定

治疗前及治疗 4 周后采用 VAS、关节角度尺及 Primus RS 系统评定 2 组患者的临床疗效,评定地点、评定人员、患者体位及操作规范等均相同。

1. VAS<sup>[7]</sup>:采用游标卡尺进行评定,游标卡尺正面为可在 0~10 cm 间游动的标尺,背面写有从 0~10 数字的 VAS 评定界面,其中“0”代表无痛,“10”代表极痛,让患者移动标尺至可代表自身疼痛程度的位置,由研究人员收集患者的疼痛指数。

2. AROM<sup>[8]</sup>:测量工具为量角器(关节角度尺),患者取中立位,暴露肩关节,使用量角器分别测量患者肩关节主动外展、外旋、后伸的活动度。

3. 峰力矩(peak torque, PT)<sup>[9]</sup>:利用 Primus RS 评估训练系统的等速测试训练模式,对患者肩关节屈曲、外展、后伸的峰力矩进行评估。患者均取坐位,测试的 3 组速度分别为 60°、120°、180°,按照标准程序进行设备参数设置,测试前先进行肩关节屈伸、外展活动 5 次,以放松肩关节,随后进行正式测试,3 组测试间各休息 60 s。

## 四、统计学分析

采用 SPSS 17.0 版统计学软件进行数据处理,所有资料均采用( $\bar{x} \pm s$ )形式表示,组内治疗前、后采用配对样本  $t$  检验,组间比较采用独立样本  $t$  检验, $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 结 果

### 一、2 组患者治疗前、后患侧肩关节的 VAS 评分比较

治疗前,2 组患者患侧肩关节 VAS 评分比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );治疗后,2 组患者患侧肩关节 VAS 评分均低于组内治疗前 ( $P < 0.05$ ),且治疗组治疗后的 VAS 评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后患侧肩关节 VAS 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 治疗前 VAS 评分      | 治疗后 VAS 评分                    |
|-----|----|-----------------|-------------------------------|
| 对照组 | 18 | 3.78 $\pm$ 1.56 | 2.56 $\pm$ 1.15 <sup>a</sup>  |
| 治疗组 | 18 | 3.56 $\pm$ 1.54 | 2.11 $\pm$ 1.08 <sup>ab</sup> |

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

### 二、2 组患者治疗前、后患侧肩关节的 AROM 比较

治疗前,2 组患者患侧肩关节前屈、后伸及外展时的 AROM 间比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );治疗后,2 组患者患侧肩关节前屈、后伸及外展时的 AROM 均大于组内治疗前 ( $P < 0.05$ ),与对照组治疗后比较,治疗组前屈、后伸及外展时的 AROM 较高 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

**表 3** 2 组患者治疗前、后患侧肩关节 AROM 比较(°,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 前屈                           | 后伸                          | 外展                           |
|-----|----|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 对照组 |    |                              |                             |                              |
| 治疗前 | 18 | 74.11 ± 23.22                | 17.39 ± 8.05                | 62.22 ± 26.91                |
| 治疗后 | 18 | 111.11 ± 20.80 <sup>a</sup>  | 25.56 ± 8.36 <sup>a</sup>   | 98.33 ± 24.70 <sup>a</sup>   |
| 治疗组 |    |                              |                             |                              |
| 治疗前 | 18 | 82.72 ± 29.00                | 18.06 ± 9.17                | 64.56 ± 25.31                |
| 治疗后 | 18 | 131.28 ± 25.60 <sup>ab</sup> | 37.83 ± 11.24 <sup>ab</sup> | 117.78 ± 20.23 <sup>ab</sup> |

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

三、2 组患者治疗前、后患侧肩关节的 PT 比较

治疗前,2 组患者患侧肩关节在 60°/s、120°/s、180°/s 时外展、前屈、后伸 PT 间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,2 组患者在各状态下的 PT 均大于组内治疗前,且治疗组治疗后的 PT 均大于对照组( $P < 0.05$ )。详见表 4。

讨 论

肩关节周围炎病变主要发生在盂肱关节周围,常累及到其外层的三角肌,内层的冈上肌、冈下肌、肩胛下肌、小圆肌及其联合肌腱,上述部位的病理变化主要表现为渗出和炎细胞浸润,继而出现纤维化,关节内外粘连,从而产生疼痛和功能受限,显微镜下可见关节囊慢性炎症伴有纤维化及血管周围炎细胞浸润,表现为关节囊和部分滑液囊粘连,肩关节间隙变窄等,导致盂肱关节活动度受限<sup>[10]</sup>。治疗上应以消炎、镇痛、松解粘连和主动功能活动为主,使肩关节活动范围及相应的肌肉恢复正常的功能状态。

本研究在肩关节周围痛点封闭疗法和关节松动术基础上进行肩关节周围肌肉的等速肌力训练,以探讨等速肌力训练对肩周炎患者恢复的影响。痛点封闭疗法具有较好的镇痛作用,麻醉药物利多卡因可起到阻断痛觉传导的作用,醋酸曲安奈德是一种长效肾上腺皮质激素类药物,能够消除无菌炎症。在本次研究中,发现对照组患者采用封闭疗法缓解肩关节疼痛后,进行关节松动术可取得良好疗效,在采用关节面滑动、滚动、旋转及分离牵引手法基础上,辅以牵伸肩袖肌群和肱二头肌等方法,有效保持了肌肉的延展性,缓解了肌肉痉挛,使肩袖肌群及肩周软组织被充分牵张。提高关节活动度可为肩周肌群得到充分训练创造一定条件<sup>[11]</sup>,且关节松动术可增加本体反馈,抑制脑干和脊髓释放致痛物质,提高痛阈,从而改善关节活动度,恢复肩关节的运动功能<sup>[12-14]</sup>。

肩关节周围炎的患者由于疼痛而导致肩部肌肉处于保护性

痉挛状态,而长时间的制动则会导致肩周软组织弹性下降,甚至挛缩,同时造成了肩周肌肉力量下降,进一步导致了肩关节活动受限<sup>[15]</sup>。本研究采用痛点封闭法,在疼痛显著缓解后对患者进行肩关节周围肌肉的等速肌力训练,这一方法具有较高的安全性,由于等速装置产生的阻力是根据使用者不同的运动力量而改变,运动过程中运动的角速度大小恒定,致使肌肉无法产生加速度。无论患者用多大的力量,训练系统都可产生同等的阻力,使患者在任何时候任何角度都可以发出极限力量,持续最大强度的训练,不断增强肌肉力量。计算机信息处理系统可以获得即时反馈并记录完整的训练结果,提供不同运动速度,使不同的肌肉接受不同的训练方案<sup>[16]</sup>。等速训练时,康复治疗师均经过了专业的设备使用培训,患者在 4 周的等速向心力训练后,治疗组患者的疗效显著优于对照组( $P < 0.05$ ),表明等速肌力训练对肩周炎的恢复具有积极意义,究其原因因为等速肌力训练能使肩关节的主动肌和拮抗肌在反复运动中相继收缩和牵伸,在肌肉力量获得提高的同时使肩袖肌群的肌肉、关节囊、韧带反复牵张,使其松弛和软化,进一步消除粘连影响,扩大关节活动度,此外,肌肉的收缩与放松改善了肌肉自身的血液循环,有利于无菌性炎症的消退和肌肉自身修复,促进了疼痛的减退,同时,等速肌力训练能够改善肌肉、韧带的状态,增加关节腔的分泌和延展性,使关节活动度范围逐渐扩大<sup>[17-18]</sup>。

综上所述,等速肌力训练结合痛点封闭疗法和关节松动术后对肩关节周围炎的恢复作用显著,值得临床上进一步推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 励建安,主编. 临床运动疗法学[M]. 北京:华夏出版社,2005:180.
- [2] Berghs BM, Sole-Molins X, Bunker TD. Arthroscopic release of adhesive capsulitis[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2004, 13(2):180-185.
- [3] 陈雯, 阳芸. 运动疗法结合推拿治疗对肩周炎患者肩关节功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(1):76-77.
- [4] Kubota K, Ito K, Morooka M, et al. Whole-body FDGPET/CT on rheumatoid arthritis of large joints[J]. Ann Nucl Med, 2009, 23(9):783-791.
- [5] 纪树荣,主编. 运动疗法技术学[M]. 北京:华夏出版社,2004:75-77.
- [6] 郁可, 范建中. 等速技术原理及其在骨科康复中的临床应用[J]. 中华创伤骨科杂志, 2005, 7(2):172-174.
- [7] 施加加, 刘尊武, 蒋丽琴, 等. 神经松动术对腰椎间盘突出症坐骨神经痛的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(8):759-761.
- [8] 恽晓平, 主编. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社, 2005:

**表 4** 2 组患者治疗前、后患侧肩关节的 PT 比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 60°/s(N·m)                 |                            |                            | 120°/s(N·m)                |                            |                             | 180°/s(N·m)                |                            |                            |
|-----|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|     |    | 外展                         | 前屈                         | 后伸                         | 外展                         | 前屈                         | 后伸                          | 外展                         | 前屈                         | 后伸                         |
| 对照组 |    |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                            |                            |                            |
| 治疗前 | 18 | 24.33 ± 6.48               | 17.47 ± 5.18               | 25.56 ± 7.13               | 21.19 ± 6.65               | 14.59 ± 5.25               | 22.23 ± 6.54                | 14.20 ± 3.93               | 12.53 ± 3.83               | 19.28 ± 5.26               |
| 治疗后 | 18 | 29.32 ± 8.27 <sup>a</sup>  | 25.71 ± 5.91 <sup>a</sup>  | 30.64 ± 8.08 <sup>a</sup>  | 24.41 ± 7.05 <sup>a</sup>  | 19.63 ± 6.58 <sup>a</sup>  | 30.64 ± 8.08 <sup>a</sup>   | 17.97 ± 4.44 <sup>a</sup>  | 16.91 ± 3.74 <sup>a</sup>  | 22.27 ± 6.69 <sup>a</sup>  |
| 治疗组 |    |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                            |                            |                            |
| 治疗前 | 18 | 24.46 ± 6.27               | 17.26 ± 4.98               | 25.17 ± 7.13               | 20.91 ± 6.86               | 14.90 ± 4.98               | 22.08 ± 6.91                | 14.07 ± 3.76               | 12.29 ± 3.82               | 19.00 ± 5.01               |
| 治疗后 | 18 | 40.43 ± 9.88 <sup>ab</sup> | 33.19 ± 7.50 <sup>ab</sup> | 42.52 ± 9.48 <sup>ab</sup> | 33.03 ± 9.22 <sup>ab</sup> | 28.60 ± 7.52 <sup>ab</sup> | 34.66 ± 10.09 <sup>ab</sup> | 22.03 ± 6.53 <sup>ab</sup> | 20.80 ± 5.97 <sup>ab</sup> | 27.74 ± 7.02 <sup>ab</sup> |

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

- 66-75.
- [9] 范建中,彭楠,杨哲,等.正常女青年膝关节等速屈伸肌力测试的研究[J].中华物理医学与康复杂志,2000,22(5):282-284.
- [10] Tziridis E, Velonis S, Limb D, et al. Tissue engineering approaches to rotator cuff tendon deficiency[J]. Connect Tissue Res, 2008, 49(6): 455-463.
- [11] 郑光新,赵晓鸥,常智跃.等速运动系统测试膝关节本体感觉功能的信度研究[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(8):609-611.
- [12] Tanaka K, Saura R, Takahashi N, et al. Joint mobilization versus self-exercises for limited glenohumeral of rehabilitation; randomized controlled study of management of rehabilitation [J]. Clin Rheumatol, 2010, 29(12):1439-1444.
- [13] Kanbe K, Inoue Y, Inoue Y, et al. Inducement of mitogen activated protein kinases in frozen shoulders[J]. J Orthop Sci, 2009, 14(1):56-61.
- [14] Ginn KA, Cohen ML. Conservative treatment for shoulder pain: prognostic indicators of outcome[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004, 85(8): 1231-1235.
- [15] 张志明.综合康复治疗肩周炎的临床观察[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(2):118-119.
- [16] 陆明,邱贵兴,赵丽娟.等速技术应用及进展[J].中华外科杂志, 2006, 44(20):1437-1438.
- [17] 徐军.等速运动在康复评定与治疗中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2006,28(8):570-575.
- [18] 李泽兵,黄晓春,孙玉春.等速训练改善关节活动度的初步观察[J].中华物理医学与康复杂志,2001,23(1):53-54.

(修回日期:2013-12-20)

(本文编辑:凌琛)

## 集体康复训练治疗轻中度抑郁症患者的疗效观察

杨君建 徐季果

抑郁症又称抑郁障碍,患者以显著而持久的心境低落为主要特征,其消沉情绪表现从闷闷不乐到悲痛欲绝、自卑抑郁甚至产生悲观厌世、自杀企图或行为,对患者身心健康造成严重影响。关于抑郁症的病因目前尚未明确,但生理、心理及社会环境等诸多因素肯定参与了抑郁症的发病过程,临床普遍认为抑郁症主要与大脑五羟色胺及去甲肾上腺素等神经递质系统功能失调有关<sup>[1-2]</sup>,故常采用五羟色胺或去甲肾上腺素类药物治疗抑郁症患者,并获得一定疗效。另外有报道指出,对于明显受心理社会因素影响而发病的抑郁症患者,康复训练及心理干预也具有重要治疗作用<sup>[3]</sup>。本研究针对轻中度抑郁症患者给予集体康复训练,发现干预 6 周后患者抑郁情绪较治疗前及对照组(单纯给予药物治疗)均明显改善。现报道如下。

### 对象与方法

#### 一、研究对象

从北京工商大学校医院、心理咨询中心及北京航空总医院获取患者第一手资料,考虑到对患者统筹实施参与集体康复训练的便捷性,共选取初发或复发的 20~30 岁轻、中度抑郁症患者 24 例,均符合《中国精神障碍分类方案与诊断标准(第三版)》中关于抑郁症的相关标准<sup>[4]</sup>,入选患者均无身体器质性疾病,无明显痛苦或激越行为,无典型自杀倾向,汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分<sup>[5]</sup>为 20~30 分。采用随机数字表法将上述患者分为观察组及对照组,每组 12 例。观察组共有男 7 例,女 5 例;平均年龄(23.7±3.5)岁;HAMD 评

分为(25.4±5.3)分;对照组共有男 6 例,女 6 例;平均年龄(24.1±4.2)岁;HAMD 评分为(25.9±5.7)分。2 组患者基本资料及病情经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

#### 二、治疗方法

对照组患者遵医嘱口服“多虑平”(山东仁和堂药业有限公司产,国药准字 H37020797)治疗,每次口服剂量为 10 mg,每日早、晚各口服 1 次,共治疗 6 周。观察组患者则进行集体康复训练,具体治疗措施包括:①鼓励患者参与户外集体训练项目,如与正常同龄人组成团队进行野外拓展训练、爬山、骑自行车等项目,积极鼓励组员间交流、促其协作;②每次活动团队编入多位抑郁症患者,以编入 2~4 例抑郁症患者为宜;③在每次集体康复训练前,将抑郁症患者基本情况告知组织实施训练的教练或队长,要求其多积极鼓励患者,促其融入集体活动并从中享受集体训练带来的愉悦,并在合适时机多给予患者进行交流的机会,避免语言刺激;在集体训练过程中适当引导患者参与组间或个人比赛型训练,训练期间注重对患者兴趣感及成就感的培养,让患者在集体训练的娱乐氛围中真切感受到参与集体互动或交流的乐趣,并从中体会到自身价值,忌让患者多次失败,以免挫伤其参与集体康复训练的积极性。观察组患者每周参与 3~5 次集体训练项目,每次活动时间持续 90 min 左右,共持续干预 6 周。

#### 三、疗效评定标准

于治疗前、治疗 6 周后分别采用 HAMD 评分对 2 组患者进行评定,同时计算每位患者治疗前、后 HAMD 评分改善率,改善率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%,如 HAMD 评分改善率≥75%为治愈,50%~75%为显效,25%~50%为有效,<25%为无效<sup>[5]</sup>。

#### 四、统计学分析

本研所得数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示,选用 SPSS 11.5 版统计学

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.01.015

基金项目:北京工商大学青年科研启动基金资助项目(QNJJ2012-09)

作者单位:100048 北京,北京工商大学体育部体质健康中心(杨君建);北京航空总医院急诊科(徐季果)