

18 例;硬肿面积分度轻度 5 例,中度 18 例,重度 17 例;有合并症 16 例(其中败血症 2 例,颅内出血 5 例,脑病 4 例,脐炎 4 例,消化道畸形 1 例)。对照组 40 例中,男 17 例,女 23 例;年龄 > 7 d 15 例, < 7 d 25 例;足月儿 21 例,早产儿 19 例;硬肿面积分度轻度 7 例,中度 16 例,重度 17 例;有合并症 14 例(其中败血症 3 例,颅内出血 4 例,脑病 5 例,脐炎 2 例)。2 组患儿的基本情况比较,差异均无统计学意义。

2. 治疗方法:2 组患儿入院后均给予复温、扩容、纠酸、支持、对症、消炎等治疗,病情严重者纠正器官功能低下及衰竭,详细记录每位患儿的出入量。

石蜡佐治组患儿在上述临床治疗的基础上,全部用平头刷蘸溶解后的蜡液(蜡液温度 $\leq 30^{\circ}\text{C}$),迅速均匀刷到硬肿部位,待刷到约 0.5 mm 厚的薄膜时即可^[2](此膜面积应略大于硬肿与蜡饼面积);外敷蜡饼(蜡饼温度必须比患儿腋下温度高 1 ~ 1.5 $^{\circ}\text{C}$),外用塑料膜包严蜡饼,外盖毛毯或棉被保温,每日一次,每次 30 min。

蜡饼的温度不得高于 41 $^{\circ}\text{C}$,早产低体重儿所用蜡饼的温度不高于 39 $^{\circ}\text{C}$,并宜在保温箱内操作,敷上蜡饼后切断电源,取下蜡饼后再将保温箱电源接通。足月正常体重儿宜在病床上操作。每次治疗前、后分别仔细测量患儿肛温与生命体征。

四肢硬肿用卷肢法,即按照上诉方法分别涂抹溶解后的蜡液于四肢硬肿处,后用蜡饼卷住患处。臀部、大腿根部及会阴部硬肿用上下对置法(男婴必须用棉花保护睾丸)。

3. 疗效标准:痊愈——患儿生命体征平稳,硬肿全部消退,精神食欲恢复正常;好转——患儿生命体征平稳,硬肿变软、变小或基本消失,精神食欲好转;无效——患儿硬肿无缩小甚至扩大,肢体僵硬,病情加重或死亡。

4. 统计学分析:2 组疗效比较采用 χ^2 检验。

二、结果

2 组疗效比较见表 1。

表 1 2 组疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	好转	无效	死亡	有效率(%)
石蜡佐治组	40	32	4	1	3	90.0 ^a
对照组	40	20	10	3	7	70.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

三、讨论

石蜡是一种无刺激的高分子碳氢化合物的混合物,它具有热容量大、导热性能小、温热作用持久的物理特性。将有一定温度的蜡饼作为温热介质,把热能直接传至硬肿部位,使该部位的皮肤和皮下脂肪的毛细血管扩张、血流加快、组织细胞通透性增加、代谢增强、组织水肿减轻,从而促进硬肿消退。

当蜡液迅速均匀刷到硬肿部位后立即凝固成一层蜡膜,再将蜡饼敷于其上。该蜡膜既能使蜡饼的较热温度不至于过快传递,又能防止蜡饼中心蜡液万一漏出后烧伤皮肤,本研究中无一例发生意外烫伤。

临床观察表明,通过局部的良性刺激,使神经、体液调节功能增强,因而打破恶性循环,使微循环改善,脏器功能恢复,尿量增加。而尿量增加越早越多,硬肿消退越快。随着蜡饼温湿度的逐渐降低、冷却、凝固,蜡饼的体积也逐渐缩小,无疑对局部皮肤和皮下组织产生柔和的机械压迫作用^[2],此作用能防止淋巴和血液的渗出,并能促进渗出液的吸收。

我们认为,石蜡疗法既能帮助患儿复温,又能直接治疗硬肿。每次蜡疗后患儿的体温升高幅度不大,并呈缓慢上升趋势,佐治组有 8 例中度病例,蜡疗 3 次后体温恢复正常,硬肿也随之消退,有 6 例重度病例,蜡疗 5 次后收到同样的效果。必须指出,复温是治疗该病的主要措施^[3],而合理周密的临床综合治疗也是必要的。

石蜡佐治组死亡 3 例,其中早产低体重儿 2 例,双胞胎 1 例,分别合并颅内出血、新生儿肺炎、消化道畸形。提示早产和合并症是死亡的主要原因。

石蜡疗法最大的特点是取材方便、价格便宜、操作简单、疗效可靠、无须特殊设备,特别适合我国北方边远山区和贫困地区的基层医疗单位应用。

参 考 文 献

- [1] 魏克伦,籍考诚,吴圣楣. 新生儿硬肿症诊疗常规. 中华儿科杂志, 1991, 29: 163-164.
- [2] 郭万学,主编. 理疗学. 北京:人民卫生出版社,1984:599-601.
- [3] 陈自励,李凤英,罗粹平,等. 农村新生儿寒冷损伤的流行病学调查. 中华妇产科杂志, 1996, 31: 747-748.

(修回日期:2008-06-16)

(本文编辑:松 明)

帕金森病患者经综合康复治疗后的疗效分析

崔颖 张小丽 刘腾飞 邢凤梅

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是一种常见于中老年人群的神经系统变性疾病,多在 60 岁以后发病。世界每年约有 500 万人发病,中国有 200 万以上的人患有此病^[1]。迄今为止对该病的治疗均为对症治疗,尚无根治方法可以使变性的神经细胞恢复。我院康复科对收治的 59 例 PD 患者进行康复治疗,

取得了满意疗效,现报道如下。

一、资料与方法

(一)临床资料与分组

选取 2004 年 1 月至 2008 年 1 月间在我院神经内科住院的 PD 患者 59 例,诊断均符合 PD 的诊断标准^[2],在神经外科接受专科治疗,病情稳定后转入康复科。

将 59 例入选患者分为观察组和对照组。观察组 29 例中,男 23 例,女 6 例;年龄 14 ~ 72 岁,平均 68.2 岁;病程(18.2 ±

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2009.02.027

作者单位:063000 唐山,华北煤炭医学院康复治疗教研室

4.0)d。对照组 30 例中,男 24 例,女 6 例;年龄 13~69 岁,平均 67.3 岁;病程(19.1±3.6)d。2 组患者的性别构成、年龄、开始康复治疗的时间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。所有患者治疗前均征得患者本人或家属的同意。

(二) 治疗方法

对照组接受常规治疗,包括药物治疗、防治并发症。治疗每日 1 次,连续治疗 6 个月。

观察组在常规治疗的同时还采用个体化治疗方案,在专业治疗师的指导下给予运动疗法、作业疗法、言语治疗、心理疏导和传统康复治疗等综合康复治疗,连续治疗 6 个月。

1. 运动疗法:①松弛训练。帮助患者有节奏地活动肢体及躯干肌肉。②关节活动范围训练。患者自己或在家人帮助下进行全身关节活动,每个关节一般活动 3~5 次,注意缓慢轻柔,避免过度牵拉而引起疼痛。③平衡训练。患者端坐在床上(床一定不能过高,以足可平放在地上为准),然后用左手或右手分别将放在身旁的物品从一侧拿到另一侧,反复进行,也可以练习从坐位到站位,反复进行,逐渐提高起立的速度和稳定性。④步态训练。做向前、向后的跨步运动练习,行走时可在地板上加做标记,也可以摆设 5~7 cm 的障碍物。还可进行踏步走、摆臂走等运动。在步行训练时,可以按口令进行,也可以跟着音乐和节拍走。⑤呼吸功能训练。首先训练缓慢而规律的呼吸,逐渐使上肢和颈部同时活动以扩大胸廓的活动度,并进行深呼吸运动训练。⑥肌力训练。重点练习胸肌、腹肌、腰背肌和股四头肌,可采用各种体操、拉力器、功率自行车、划船器等方法。

2. 作业疗法:针对患者肌力低下、上肢功能障碍、姿势调节障碍等问题选择患者感兴趣的项目,增加患者关节活动范围,改善手的功能,提高日常生活活动能力,把训练精细动作和增加肌力的大动作结合起来,如利用捏橡皮泥、编织、系绳带、把螺栓和螺帽组合后再分开、磨砂板及投标、使用打字机和电脑键盘等作业训练手的功能和增加关节活动范围。训练患者穿衣裤、扣纽扣、穿鞋袜、洗脸、漱口、梳头、进食、写字、如厕,也可让患者承担一些家务劳动。

3. 言语训练:PD 患者常说话声音单调低沉,有时口吃。可让患者对镜大声反复发[o:]和[e:]音;嘴唇涂以蜂蜜,以舌舔之,可锻炼舌、唇动作;深吸一口气,大声数数,反复训练后速度变快,一口气能数的数字也增加。

4. 心理疏导:多与患者交谈,引导患者与病友建立良好关系。鼓励亲属多探视,热情关怀,消除患者忧郁情绪,积极配合康复治疗。

5. 传统康复治疗:①头皮电针治疗。在头部运动区的皮下刺入针刺针,再连接电针仪进行通电 15 min, 1 次/d, 15 次为 1 个疗程。②红外线、短波疗法。1 次/d,红外线每次 30 min,短波每次 15 min。③推拿。肢体、躯干及面部推拿,2 次/d,每次 20 min, 15 d 为 1 个疗程。

(三) 评定方法

由同一位康复医师(未参与康复治疗)于治疗前及治疗 6 个月采用 Berg 平衡量表评定患者平衡功能,采用帕金森病综合评分量表(UPDRS)评定患者下肢运动功能,采用 Barthel 指数^[3](Barthel Index, BI)评定患者 ADL 能力。

(四) 统计学分析

采用 SPSS 11.0 版统计软件包进行分析,计量资料以

($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。

二、结果

2 组患者治疗前及治疗 6 个月后的平衡功能、下肢运动功能及 BI 评分比较见表 1。治疗前,2 组患者各项指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 6 个月后,2 组患者各指标与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组患者各项指标组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。提示 2 组采用的治疗方法对患者的平衡功能、下肢运动功能及 ADL 能力均有改善作用,且观察组疗效优于对照组。

表 1 2 组患者治疗前、后下肢运动功能、平衡功能和 BI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平衡功能评分	下肢运动功能评分	BI
对照组	30			
治疗前		6.54±0.12	31.77±0.75	28.27±14.42
治疗后		25.78±2.48 ^a	17.27±0.96 ^a	45.46±19.75 ^a
观察组	29			
治疗前		5.87±0.27	31.83±1.67	26.62±15.47
治疗后		52.52±2.96 ^{ab}	4.57±1.14 ^{ab}	63.17±18.47 ^{ab}

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

三、讨论

PD 的治疗目前仍以药物治疗为主,其目的是恢复纹状体多巴胺和乙酰胆碱两大递质系统的平衡^[4]。为维持 PD 患者日常生活活动能力,提高生活质量,必须在药物治疗的同时配合综合康复治疗,宜采用个体化治疗方案,根据患者具体情况进行循序渐进的康复训练。

运动疗法是 PD 患者康复治疗中应用最广泛的方法,它能显著改善运动的启动过程,增加持续运动的幅度和速度,从而提高患者的活动能力,预防畸形发生。作业疗法可激发患者的兴趣,增加关节活动范围,改善手功能,纠正前倾姿势^[5],从而起到改善或维持患者的独立生活能力和生活质量以及改善患者的心理状况的作用。

本研究表明,PD 患者在常规治疗(药物、防治并发症等)的同时加入物理治疗等综合康复疗法后,其平衡功能、下肢运动功能及 ADL 能力与对照组比较,差异均有统计学意义,疗效优于对照组。这说明采取综合的康复治疗对患者功能恢复有积极的作用,可以提高患者的生活质量。

参 考 文 献

- [1] 袁红. 治疗帕金森病是一项系统工程. 养生大世界, 2007, 4: 36-37.
- [2] 王维治, 罗主明. 神经病学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 206-213.
- [3] 王刚, 王彤. 临床作业疗法学. 北京: 华夏出版社, 2005: 283-284.
- [4] 余洋, 任立红. 帕金森病的病因研究及治疗进展. 中国社区医师, 2007, 21: 10-11.
- [5] Coelho M, Ferreira J, Rosa M, et al. Treatment options for non-motor symptoms in late-stage Parkinson's disease. Expert Opin Pharmacother, 2008, 9: 523-535.

(修回日期: 2008-09-29)

(本文编辑: 松 明)