

- criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 1997, 40:1725.
- [6] American College of Rheumatology (ACR). The American college of rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*, 1999, 42:599-608.
- [7] Griffiths B, Mosca M, Gordon C. Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. *Best Pract Tres Clin Rheumatol*, 2005, 19:685-708.
- [8] Brunner HI, Jones OY, Lovell DJ, et al. Lupus in childhood-onset systemic lupus erythematosus; relationship to disease activity as measured by the systemic lupus erythematosus disease activity index (SLEDAI) and disease damage. *Lupus*, 2003, 12:600-606.
- [9] 陶天遵. 临床常见疾病治疗标准. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993:527.
- [10] Sibbitt WL, Sibbitt RR, Brooks WM. Neuroimaging in neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 1999, 42: 2026-2038.
- [11] Jennekens FG, Kater L. The central nervous system in systemic lupus erythematosus. Part 2. Pathogenetic mechanisms of clinical syndromes; a literature investigation. *Rheumatology*, 2002, 41:619-630.
- [12] 叶任高, 陆再英, 主编. 内科学. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2004: 894.
- [13] 郑文军, 林有坤, 严煜林, 等. 系统性红斑狼疮患者脑脊液检查分析. *中国皮肤性病学杂志*, 2004, 18:23-24.
- [14] Merrill JT, Erkan D, Buyon JP. Challenges in bringing the bench to bedside in drug development for SLE. *Nat Rev Drug Dis*, 2004, 3: 1036-1046.
- [15] Chen SY, Chen YC, Wang JK, et al. Early hyperbaric oxygen therapy attenuates disease severity in lupus-prone. *Clin Immunol*, 2003, 108: 103-110.
- [16] Wolf-Ruediger S, Holger S, Sabine H, et al. Neuroprotection by hyperbaric oxygenation after experimental focal cerebral ischemia monitored by MRI. *Stroke*, 2004, 35:1175-1179.
- [17] Robert PO, Jiping T, John HZ. Hyperbaric oxygen suppresses NADPH oxidase in a rat subarachnoid hemorrhage model. *Stroke*, 2006, 37: 1314-1318.
- [18] American College of Rheumatology. The American college of rheumatology response criteria for systemic lupus erythematosus clinical trials. *Arthritis Rheum*, 2004, 50:3418-3426.

(修回日期:2008-01-27)

(本文编辑:易浩)

出院回访对鼻咽癌放射治疗后张口困难患者康复训练效果的影响

朱燕飞 卢蕾蕾

【摘要】目的 探讨出院回访对鼻咽癌放射治疗后张口困难患者康复训练效果的影响。**方法** 将 92 例鼻咽癌放疗患者随机分为对照组及观察组, 每组 46 例。2 组均在放、化疗期间进行早期康复训练, 出院前加强出院指导。观察组出院后进行回访, 对患者康复训练进行干预。比较出院后 2 年 2 组患者张口困难的发生情况。**结果** 出院后 2 年, 观察组张口困难发生率明显低于对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 出院后通过回访形式对鼻咽癌放疗患者康复训练继续干预, 可有效降低其放疗后张口困难发生率, 提高患者生活质量。

【关键词】 回访; 鼻咽癌; 张口困难; 康复训练

由于鼻咽癌的解剖和病理学特点, 放射治疗 (简称放疗) 是其目前首选的有效治疗方法。据文献报道, 鼻咽癌患者接受放疗后 5 年生存率为 50% ~ 60%^[1]。由于鼻咽癌放疗疗程长, 并发症、后遗症多, 其中张口困难是常见后遗症之一。张口困难轻者表现为张口时颞颌关节处发紧、疼痛, 严重者张口门齿间距日渐缩小, 甚至牙关紧闭, 进食困难, 严重影响其生活质量; 且目前无特殊治疗措施, 重点在于预防。放疗后坚持张口锻炼是降低张口困难发生率简单而有效的方法^[2]。为了观察出院患者张口困难康复训练效果并进一步提高患者生活质量, 我科对鼻咽癌放疗后出院患者采取出院回访的方式对其康复训练

进行干预, 取得了较好效果。现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选择 2003 年 3 月至 2005 年 2 月出院的鼻咽癌放疗患者 92 例, 排除因肿瘤累及翼腭窝, 口腔与颞颌关节疾病等造成的在放疗前已有张口困难的患者。将所有患者随机分为对照组和观察组, 每组 46 例, 2 组放疗前性别、年龄、门齿间距、文化程度、职业等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	门齿间距(cm)	文化程度(例)		职业(例)			
		男	女			小学及以下	中学及以上	工	农	干	商
观察组	46	32	14	43.4 ± 10.1	3.98 ± 0.53	26	20	10	7	13	16
对照组	46	34	12	44.14 ± 9.8	3.97 ± 0.68	28	18	9	9	14	14

二、治疗方法

1. 放疗:2 组患者均采用直线加速器放疗,首先面颈联合野常规照射鼻咽癌原发病灶(40 Gy),然后缩野以避免脊髓神经,5 次/周,2 Gy/次,总剂量 70 Gy,共进行 7 周。

2. 化疗:放疗同期进行化疗,化疗方案为顺铂 20 mg/d,静脉点滴,第 1~5 天;5 氟脲嘧啶 500 mg/d,静脉点滴,第 1~5 天;亚叶酸钙 0.2 g/d,静脉点滴,第 1~5 天;21 d 后重复,共 3~4 周期。

3. 康复训练方法:2 组患者均于放疗第 1 天开始康复训练。
①自我按摩,自两侧颞颌关节处向颈部轻轻按摩,动作轻柔,每日 4~5 次,每次 10~15 min。
②张口练习,大幅度张口训练,即口腔迅速张开,然后闭合,幅度以可以忍受为限,每日 4~5 次,每次 10~15 min;放疗 10 d 后,将软木塞置于上下门齿之间作咬合状,每日 4~5 次,每次 10~15 min。
③鼓腮,指导患者闭住口唇向外吹气,使腮部鼓起,每日数次。
④咀嚼肌锻炼,上牙与下牙有节奏地咬合、撞击,或咀嚼口香糖,每日 3~4 次,每次 5~10 min。
⑤舌肌锻炼,练习舌前伸、后缩、弹舌等动作,每日 3 次,每次 5 min。
⑥颈部肌肉锻炼,颈部交替向左、右侧屈和旋转,并进行前屈、后伸训练,每日 3 次,每次 10~15 min,动作宜缓慢,幅度不宜过大。

4. 随访:所有患者在出院前 1 天加强出院指导,出院前全面评估患者情况,测量门齿间距,强调坚持康复训练及定期复查的重要性及必要性,并给予护-患联系卡。2 组患者均随访 2 年以上,出院后半年内,每月 1 次,以后每 3~6 个月 1 次。对照组再次化疗、复诊时间接受康复训练指导,并测量门齿间距。观察组在此基础上进行出院回访。

5. 出院回访:于出院前 1 天,将观察组患者资料输入电脑,内容包括住院号、姓名、年龄、性别、入院时间、出院时间、出院时门齿间距、所属诊疗组、所属护理组、家庭住址、联系电话、回访时间、回访情况及指导内容等,制成表格。回访由护士负责,主要采用电话回访方式,出院后的前 2 个月,每周 1~2 次,以后每 1~2 个月 1 次,持续 2 年。电话回访主要内容包括提醒并鼓励患者坚持康复训练;指导康复训练方法;传授有关疾病的知识;发动家属支持患者坚持功能锻炼;提醒复诊时间;对有心理问题的患者进行心理干预,使其积极、乐观地面对生活,坚持康复训练;解答患者及家属有关问题等;特殊患者增加回访次数。有特殊情况者上门访视指导。另外,利用患者复诊时间,面对面纠正患者康复训练方法,测量记录患者门齿间距,将结果输入电脑。

三、观察指标和方法

张口困难程度的评定以放疗后 2 年测量的门齿间距数据为依据,参照相关标准确定^[3]:Ⅰ级为张口受限,门齿间距 2.1~3.0 cm;Ⅱ级为进干食困难,门齿间距 1.1~2.0 cm;Ⅲ级为进软食困难,门齿间距 0.5~1.0 cm;Ⅳ级为门齿间距 <0.5 cm,需鼻饲。

四、统计学分析

统计分析应用 SPSS 10.0 版统计软件,采用 *t* 检验和 χ^2 检验。

结 果

放疗结束时,观察组张口困难发生率为 21.7%,对照组为 19.6%,2 组患者张口困难程度均为Ⅰ、Ⅱ级,差异无统计学意

义($P>0.05$);放疗结束 2 年后,观察组张口困难发生率为 17.4%,张口困难程度未达到Ⅲ级或以上,对照组张口困难发生率为 45.6%,有 3 例患者达Ⅲ级,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2。

表 2 2 组患者回访前、后张口困难程度比较(例,%)

组 别	例数	Ⅰ 级	Ⅱ 级	Ⅲ 级	Ⅳ 级	合计
观察组	46					
回访前		7(15.2)	3(6.5)	0(0)	0(0)	10(21.7)
回访后		6(13.0)	2(4.3)	0(0)	0(0)	8(17.4) ^a
对照组	46					
回访前		6(13.0)	3(6.5)	0(0)	0(0)	9(19.6)
回访后		12(26.1)	6(13.0)	3(6.5)	0(0)	21(45.6)

注:与对照组比较,^a $P<0.01$

讨 论

一、康复训练的意义

张口困难为鼻咽癌根治性放疗晚期并发症之一,是由于颞颌关节及咀嚼肌受射线的影响,发生退行性变和纤维化,肌肉萎缩,关节硬化,使颞颌关节功能障碍所致。其发生与颞颌关节以及咀嚼肌群情况、受照剂量、放疗总剂量、患者年龄以及放疗后是否坚持张口锻炼等因素有关^[4]。据报道,早期康复训练可有效防治张口困难^[5-7],放疗后坚持张口锻炼是降低张口困难发生率的简单而有效方法。有报道认为,早期康复训练应在放疗的第 1 天就进行,直至放疗后 1~2 年。本研究对鼻咽癌放疗患者早期行头颈部按摩,有助于促进血液循环,通过鼓腮、舌前伸和后缩、弹舌、上下牙列撞击、咀嚼口香糖等训练,改善咀嚼肌、舌肌的肌力和肌张力^[7]。张口练习、软木塞咬合等训练能锻炼咀嚼肌和颞颌关节,预防肌肉萎缩、关节僵硬,从而有效地防治张口困难。李枫等^[8]报道,颈部纤维化是导致张口困难的重要因素。本研究配合颈部肌肉锻炼,可有效防止颈部软组织纤维化,从而减少张口困难的发生。

二、出院回访对张口困难康复训练效果的影响

由于鼻咽癌放疗后张口困难都发生于放疗后 1~2 年内^[5],因此患者康复训练时间应长,须坚持至放疗后 1~2 年。但患者出院后可能因为种种原因不能坚持锻炼。有研究表明,患者的依从性与治疗方案的复杂性呈负相关,治疗时间越长,依从性越差^[9]。

通过电话回访,我们发现许多患者对坚持张口锻炼认识不足,认为放疗已结束,疾病已治愈,医护人员所说的张口困难是“小题大做”、“吓唬人”,对这类患者我们应耐心做好疾病知识宣教,并让有张口困难的患者与其交流,使其了解张口困难是鼻咽癌放疗的严重并发症之一。我们在交流中发现,这类患者均渴望获得如何提高生活质量方面的知识,回访后都能积极坚持训练。部分患者张口锻炼方法不正确,需通过电话指导、复诊时示范指导来纠正。部分患者缺乏家庭的支持与督促,患者张口锻炼自觉性不够。家庭支持是社会中最基本的支持形式,良好的家庭支持可影响患者的行为^[10]。我们在回访中调动家属的力量,使其担当起督促者的角色。通过社会家庭角色的干预,可提高患者生存质量,有利于康复^[11]。我们在回访中还发现,部分患者存在消极悲观情绪,我们对其实施了心理干预^[12]。

本研究结果显示,观察组放疗后 2 年,张口困难发生率为 17.4%,张口困难程度均为 I、II 级;对照组张口困难发生率为 45.6%,3 例患者达 III 级张口困难,2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。这说明坚持锻炼是降低张口困难发生率的有效措施。因此,对鼻咽癌放疗后患者采用出院回访对其康复训练进行干预,是行之有效的,可促使患者正确、乐观、持之以恒地锻炼,从而降低张口困难的发生率及发生程度,有利于患者进食和语言表达,提高其生活质量。

参 考 文 献

- [1] 李坚,王仁生,甘浪舸,等. 153 例鼻咽癌放疗后 5 年无瘤成活者生存质量调查. 肿瘤学杂志,2004,10:213-215.
- [2] 朱巧凤. 早期综合护理减轻鼻咽癌患者放疗副作用的效果观察. 中华护理学杂志,2001,36:443-445.
- [3] Pavy JJ, Denekamp J, Letschert J, et al. Late effects toxicity scoring: the SOMA scale. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1995, 31:1043-1047.
- [4] 殷蔚伯,谷锐之. 肿瘤放射治疗学. 3 版. 北京:中国协和医科大学出版社,2002:537-573.

- [5] 赵京文,高黎,黄晓东. 张口功能锻炼预防鼻咽癌放疗后张口困难. 中华放射肿瘤学杂志,2005,14:199-200.
- [6] 胡碧云,谢惠清,钟慧萍. 早期康复训练对鼻咽癌放疗患者张口困难及生活质量的影响. 护理学杂志,2006,21:60-61.
- [7] 朱巧凤,张瑞忠. 早期康复训练对鼻咽癌放疗后张口困难的防治. 医学研究生学报,2001,14:278-279.
- [8] 李枫,魏宝清. 鼻咽癌放疗后张口困难的临床研究. 肿瘤学杂志,2006,12:293-295.
- [9] 张惠兰,陈荣秀. 肿瘤护理学. 天津:天津科学技术出版社,1999:43.
- [10] 尤国美,戴勤,刘丽华,等. 鼻咽癌病人放疗期功能锻炼依从性的分析及护理. 护理研究,2005,19:2034-2036.
- [11] 何小梅,樊晋川,刘丹萍,等. 综合康复干预对恶性肿瘤患者生存质量的影响. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:391-394.
- [12] 王志令,罗月英,凌佳龙,等. 心理干预对鼻咽癌患者放射治疗后所致张口困难的防治作用. 现代医药卫生,2006,22:3-4.

(修回日期:2008-01-19)

(本文编辑:吴倩)

601 例脑性瘫痪患儿医院感染临床分析

王跑球 张惠佳 胡继红 王益梅 周洪涛

脑性瘫痪(简称脑瘫)是婴儿出生前至出生后 1 个月内,由于多种原因造成的非进行性脑损伤,主要表现为中枢性运动功能障碍、姿势异常,同时可伴有智力障碍、抽搐发作、视听觉障碍及言语功能障碍等,是一组综合病症。脑瘫的康复治疗是一个长期过程,在治疗中,可能发生医院感染(简称院感),严重影响患儿的康复。本研究回顾性调查了脑瘫患儿在住院康复治疗过程中的院感发生情况,并对相关因素进行分析,找出其中的危险因素,为防治脑瘫患儿院感的发生提供参考依据。

资料和方法

一、一般资料

回顾性调查 2002 年 1 月至 2006 年 7 月在本中心接受治疗的 601 例脑瘫患儿住院病历资料。脑瘫诊断及分型均符合 1988 年全国小儿脑瘫座谈会诊断及分型标准^[1]。脑瘫分型为痉挛型 285 例,手足徐动型 205 例,混合型 100 例,肌张力低下型 11 例;伴随继发性癫痫者 44 例,智力低下者 479 例;性别男 433 例,女 168 例,男女比例为 2.58:1;年龄 4 个月~11 岁,平均 (20.25 ± 17.71) 个月,其中 4~12 个月 258 例,1~3 岁 274 例, >3 岁 69 例;住院天数 1~306 d(中位数 29 d),总计 21 435 d,平均 (35.67 ± 26.99) d。601 例脑瘫患儿伴随其他系统疾病情况:先天性喉喘鸣 26 例,先天性心脏病 12 例,佝偻病 139 例,贫血 37 例,营养不良 164 例。

二、常规治疗方法

各脑瘫患儿均进行运动训练、针刺治疗、低频脉冲电治疗,

每日各 1 次,认知感知训练隔日 1 次,康复治疗一般 1 个月为 1 个疗程。同时根据患儿具体情况选用神经营养药物,10 d 为 1 个疗程。

三、院感的诊断和处理

院感的诊断符合中华人民共和国卫生部制定的标准^[2]。院感发生后予抗感染治疗和对症支持治疗。

四、统计学分析

应用 SAS 8.1 版软件包进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,相关因素分析采用非条件 Logistic 回归分析。

结 果

一、院感发生情况

601 例脑瘫患儿中,发生院感者 214 例,按病例计算院感发病率为 35.61% (214/601);其中发生 2 次院感者 23 例,发生 3 次院感者 2 例,发生 4 次院感者 1 例,二次院感率为 4.33% (26/601);按人次计算院感发病率为 40.60% (244/601);按日计算院感发病率为 11.38% (244/21435)。

二、院感部位

发生院感的 214 例(244 人次)脑瘫患儿感染部位分别为上呼吸道感染 102 人次,下呼吸道感染 116 人次,消化道感染 14 人次,其他部位感染 12 人次。呼吸道感染占 89.34%,消化道感染占 5.74%,以呼吸道感染比例最大,消化道次之。

三、年龄与院感的关系

将脑瘫患儿按年龄分为 ≤ 12 个月组、1~3 岁组、>3 岁组统计其院感情况,结果发现不同年龄组脑瘫患儿院感率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。 ≤ 12 个月者与 ≥ 1 岁者院感率进行比较,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.78, P = 0.009$), ≤ 3