

状况,促进面神经炎症和水肿的吸收。本研究在常规康复训练的基础上,结合患者表情肌的恢复情况,注意到额肌、皱眉肌、眼轮匝肌、鼻旁面肌、口轮匝肌、颊肌等表情肌属于小肌群,对于不同的肌群有针对性地实施助力、抗阻及牵伸等不同的训练方法,同时避免表情肌连带动作的产生,取得了较好的康复治疗效果。

本研究结果表明,面部康复功能训练与传统的针刺治疗相结合治疗特发性面神经麻痹,较之传统单纯针刺治疗,疗效更

为显著,具有积极的临床意义。

参 考 文 献

- [1] 贝政平. 内科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 2001: 813.
- [2] 周瑞堂. 电针治疗周围性面神经麻痹预后与年龄相关性研究. 上海针灸杂志, 2008, 27: 13-14.

(修回日期: 2013-03-23)

(本文编辑: 阮仕衡)

药物湿敷联合窄谱红光治疗烧伤残余创面并发湿疹的疗效观察

李莉 赵宇辉 刘军 王阳 邢凤梅

烧伤残余创面并发湿疹是指烧伤残余创面或新愈合创面在治疗中晚期继发的一种慢性感染性湿疹样皮炎, 属自身敏感性皮炎的特殊类型, 好发于创面周围或新愈合皮肤表面, 临床表现为密集的小丘疹或皮疹, 糜烂和渗出症状较为明显, 患者常常瘙痒难忍, 若处理不当或并发感染, 远隔部位可出现类似症状^[1]。湿疹常反复发作, 迁延不愈, 是烧伤后期残余创面愈合的影响因素之一。目前对烧伤残余创面并发湿疹的主要治疗手段是应用糖皮质激素, 但长期应用后不良反应较多。本研究采用药物湿敷联合窄谱红光治疗烧伤残余创面并发湿疹患者, 取得满意效果, 具有一定创新性, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

纳入标准: ①符合湿疹的诊断标准^[2]; ②烧伤后残余创面 < 5% 总体表面积 (total body surface area, TBSA); ③湿疹位于残余创面周围或新愈合皮肤表面; ④近 1 个月未使用过糖皮质激素药物; ⑤患者均签署治疗知情同意书。排除标准: ①存在心、肝、肺、肾等重要脏器并发症; ②过敏体质或免疫功能异常者; ③依从性差, 不能配合治疗者。

选取 2008 年 12 月至 2012 年 12 月在我院住院治疗的烧伤残余创面并发湿疹患者 60 例, 按随机数字表法将其分为对照组、药物湿敷组和联合治疗组, 每组 20 例。3 组患者在年龄、性别、烧伤面积、烧伤深度、病程等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

(二) 治疗方法

3 组患者的烧伤创面均采用暴露疗法, 予以常规换药处理, 隔天 1 次。对照组采用激素药物复方曲安奈德软膏 (扬子江药业集团有限公司生产, 国药准字 H20020126) 外用治疗, 药物湿敷组采用生物湿敷剂蓝科肤宁溶液 [加拿大蓝科恒业医疗科技有限公司生产, 吉食药监械 (准) 字 2010 第 2640096 号] 湿敷治疗, 联合治疗组在药物湿敷组基础上应用高能窄谱红光照射治疗。

1. 激素药物治疗: 用生理盐水冲洗创面后, 用纱布擦干, 将复方曲安奈德软膏涂抹于患处, 每天 2 次, 共 7 d。

2. 药物湿敷治疗: 用生理盐水冲洗创面后, 用纱布擦干, 取蓝科肤宁溶液将纱布浸湿, 敷于患处, 局部应用冷生理盐水喷雾, 保持湿润状态 15 ~ 30 min, 每天 2 次, 共 7 d。

3. 窄谱红光照射治疗: 蓝科肤宁湿敷剂治疗后 1 h, 采用高能窄谱红光治疗仪局部照射患处 15 ~ 20 min, 波长 600 ~ 700 nm, 光功率密度 > 40 mW/cm², 每天 2 次, 共 7 d。

(三) 评定标准

治疗过程中, 由专人对疗效进行观察记录。残余创面愈合情况^[3]按照完全愈合、面积缩小、面积无改变 3 种结果记录。根据评分情况计算疗效指数。疗效指数 = [(治疗前评分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%, 痊愈: 皮损和自觉症状消失, 疗效指数 > 95%; 显效: 皮损明显消退, 瘙痒、刺痛、渗出症状明显减轻, 疗效指数 60% ~ 95%; 有效: 皮损及自觉症状减轻, 疗效指数 25% ~ 59%; 无效: 皮损和自觉症状无改善, 疗效指数 < 25%, 总有效率 = [(痊愈 + 显效) / 总例数] × 100%。烧伤残余

表 1 3 组患者一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁)	性别 (例)		病程 (月)	烧伤面积 (%)	残余面积 (%)
			男	女			
对照组	20	39.9 ± 4.3	15	5	2.3 ± 1.8	18.3 ± 2.6	1.6 ± 2.1
药物湿敷组	20	38.2 ± 5.6	17	3	1.9 ± 2.5	17.6 ± 3.2	2.2 ± 1.8
联合治疗组	20	37.7 ± 8.2	14	6	2.1 ± 1.9	16.8 ± 4.1	2.7 ± 1.2

创面治疗效果^[4]分为痊愈、有效和无效,完全愈合评定为痊愈,面积缩小评定为有效,面积无改变评定为无效,烧伤治疗总有效率 = [(痊愈 + 有效) / 总例数] × 100%。湿疹的评定指标^[5]包括瘙痒、渗出、烧灼、红肿、刺痛感、水泡、丘疹,各项指标按无、轻、中、重分为 4 级,无计为 0 分,重计为 3 分,总分范围为 0 ~ 21 分。

(四) 统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计学软件进行数据处理,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 形式表示,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

治疗后,对照组、药物湿敷组和联合治疗组烧伤残余创面治疗总有效率和湿疹治疗总有效率分别为 40%、75%、90% 和 65%、90%、95%,与对照组相比,药物湿敷组和联合治疗组的疗效均较为显著,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且联合治疗组的治疗总有效率高药物湿敷组 ($P < 0.05$)。治疗后,对照组、药物湿敷组及联合治疗组的湿疹评分分别为 (7.05 ± 1.40) 分、(4.74 ± 1.76) 分、(3.68 ± 1.52) 分,与组内治疗前相比,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);与对照组相比,药物湿敷组和联合治疗组的评分较低,疗效较好,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),且联合治疗组的疗效优于药物湿敷组 ($P < 0.05$),详见表 2-4。

表 2 3 组患者烧伤残余创面的疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	20	0	8	12	40
药物湿敷组	20	3	12	5	75 ^a
联合治疗组	20	6	12	2	90 ^{ab}

注:与对照组治疗后相比,^a $P < 0.05$;与药物湿敷治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

表 3 3 组患者治疗前、后湿疹的评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	湿疹评分	
		治疗前	治疗后
对照组	20	17.05 ± 1.93	7.05 ± 1.40^a
药物湿敷组	20	16.75 ± 2.42	4.74 ± 1.76^{ab}
联合治疗组	20	16.49 ± 2.13	3.68 ± 1.52^{abc}

注:与组内治疗前相比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后相比,^b $P < 0.05$;与药物湿敷组治疗后相比,^c $P < 0.05$ 。

表 4 3 组患者湿疹的疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	20	10	3	7	0	65
药物湿敷组	20	14	4	1	0	90 ^a
联合治疗组	20	16	3	1	0	95 ^{ab}

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$;与药物湿敷组相比,^b $P < 0.05$ 。

三、讨论

烧伤残余创面并发湿疹较为常见,但容易被忽视而延误诊治,其病因和发病机制与普通湿疹不同,其形成与创伤因素密切相关,好发于创面周围及新愈合的皮肤表面。有报道^[6],烧伤残余创面并发湿疹的原因与创面外用药物有关。近年来,有关皮炎、湿疹等疾病局部微生物学的研究不断增多,研究发现^[7],烧伤患者湿疹皮损部位的细菌阳性率显著高于临床表现相似的普通湿疹患者,且细菌的定植量与湿疹的严重程度有一

定相关性,当创面渗出较多、环境长期潮湿时,更易诱发湿疹。免疫学研究普遍认为免疫异常是诱发湿疹发病的关键环节。烧伤残余创面坏死组织、渗液释放的大量分解产物和细胞毒素刺激了肥大细胞、巨噬细胞、皮肤树突状细胞或角质形成细胞,使其分泌肿瘤坏死因子 α 、白介素 2,激活 B 淋巴细胞,从而诱发皮肤炎症和免疫反应^[8]。创面细菌分泌的外毒素也可作为变应原,刺激机体产生特异性 IgE,并通过 IgE 介导的变应性炎症使机体对自身组织产生的某种物质敏感性增高,从而导致更为广泛的皮肤炎症反应^[9]。因此,烧伤残余创面并发湿疹的治疗关键在于消除湿疹的同时严格控制创面感染,避免湿热环境和不良理化刺激,提高皮肤的抗感染能力。

国内对于治疗烧伤残余创面并发湿疹的报道较为少见,传统治疗手段为局部外用糖皮质激素和抗生素治疗,但疗效不持久,易产生激素依赖和细菌耐药,甚至加重症状。激素多为膏剂,涂抹后局部再次形成潮湿环境,不利于创面愈合,且激素的作用较为单一,不能满足综合治疗要求。部分大面积烧伤患者在治疗早期已大量使用过抗生素和激素,在后期治疗中应遵循少用或单一用药的原则,对创面的处理也应避免使用可能引起湿疹的消毒剂,保持创面干燥。蓝科肤宁脱敏止痒膜是一种新型的非激素类生物湿敷剂,对人体无任何刺激和毒副作用,其主要成分包括低聚原花青素 (oligomeric proanthocyanidins, OPC)、纳米银离子、生化营养因子。OPC 是葡萄籽提取物,广泛存在于植物中,是迄今为止人类所发现的有效性最强的自由基清除剂,具有抑制炎症介质释放、减轻水肿、保护毛细血管及抗炎作用^[10]。纳米银离子具有抑制肿瘤坏死因子表达和加快炎症细胞死亡的作用,可促进创面愈合,其抗炎、广谱抗菌能力与抗生素相当,纳米银敷料应用于烧伤创面的临床疗效已获得肯定^[11-13]。此外,还有研究发现^[14],纳米银离子能抑制烧伤患者瘢痕增生时的瘙痒症状,对于烧伤患者可起到双重治疗作用。生化营养因子包括维生素、微量元素、氨基葡萄糖和透明质酸等,烧伤患者皮肤修复过程中代谢较为旺盛,微量元素可有效补充皮肤营养,提高皮肤抗感染能力,帮助皮肤恢复健康状态^[15]。

高能窄谱红光的光子与人体组织线粒体的吸收光谱可产生共振,从而产生一系列光化学反应和光刺激效应。其作用机理为:①光子照射可增强白细胞吞噬能力,改善血液循环,提高机体免疫力,促进自体炎症消失;②光子能量被细胞线粒体大量吸收,激活细胞色素氧化酶,产生酶促反应,改善慢性创面细胞的能量代谢,促进细胞因子表达,从而加速组织生长和创面愈合;③光子高能低热,集中于细胞色素氧化酶特异性吸收波段 (600 nm ~ 700 nm),不会产生局部升温加热,可穿透肉芽组织及正常皮肤 3 ~ 5 cm,达到深层治疗效果;④光子与皮肤组织产生的光化学效应可加速炎性物质清除,减少五羟色胺合成,抑制炎症或精神因素引起的神经刺激,对急慢性疼痛起到缓解作用。目前,已有研究显示^[16],光子治疗仪辅助治疗 II 度烧伤可提高临床疗效,缩短治愈时间。

综上所述,采用蓝科肤宁脱敏止痒膜湿敷联合高能窄谱红光治疗烧伤残余创面并发湿疹的疗效较好,优于单独湿敷和激素治疗,其抗过敏、抗感染、促进创面愈合及止痒的综合治疗效果优异,基本实现了湿疹和烧伤的同期愈合。对于烧伤患者来说,应用生物湿敷剂和物理治疗相结合的方式较激素治疗更为理想,安全有效,不良反应和副作用较小,无使用时间限制和年

龄限制,减少了患者的激素和抗生素使用量,满足了多重治疗要求,可作为一种新的治疗方法推广应用。

参 考 文 献

- [1] 王杨,路青,王锦文,等. 烧伤后并发感染性湿疹样皮炎 16 例. 中华烧伤杂志,2007,23:260.
- [2] 赵辩. 临床皮肤病学. 南京:江苏科学技术出版社,2001:604-606.
- [3] 江健,李龙,吴康,等. 应用甲壳胺人工皮膜治疗烧伤残余创面 28 例. 中华烧伤杂志,2005,21:138.
- [4] 王甲汉,李志清,陈静,等. 烧伤残余创面的序贯性治疗. 中华烧伤杂志,2007,23:16-19.
- [5] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京:人民军医出版社,1998:291.
- [6] 石团元. 皮片移植术后并发湿疹九例. 中华烧伤杂志,2005,21:227-228.
- [7] 陶宇莎,刘先洲. 烧伤继发湿疹创面的细菌学分析. 公共卫生与预防医学,2006,17:72.
- [8] Brockow K, Grabenhorst P, Abeck D, et al. Effect of gentian violet, corticosteroid and tar preparations in *Staphylococcus aureus*-colonized atopic eczema. *Dermatology*, 1999, 199:231-236.
- [9] 陈艳,郝飞,郭庆,等. 特应性皮炎和湿疹患者血清金黄色葡萄球菌肠毒素 B 特异性抗体的检测及其意义. 中华皮肤科杂志,2005,38:348-350.
- [10] 范卫新,孙蔚凌,闵仲生,等. 皮肤止痒脱敏膜治疗接触性皮炎疗效观察. 中国皮肤性病学杂志,2008,22:670-671.
- [11] 陈炯,韩春茂,林小玮,等. 纳米银敷料在修复Ⅱ度烧伤创面的应用研究. 中华外科杂志,2006,44:50-52.
- [12] 练祝平,黄立妮,蔡浩,等. 应用纳米银敷料治疗烧伤创面的研究进展. 中外医学研究,2011,9:161-162.
- [13] 陈炯,韩春茂,张力成,等. 纳米银用于Ⅱ度烧伤创面的疗效及安全性评价. 中华创伤杂志,2009,25:451-455.
- [14] Brooks P, Phang KL, Moazzam A. Nanocrystalline silver (Acticoat) for itch relief in the burns patient. *ANZ J Surg*, 2007, 77:797.
- [15] 李琳,于建斌,张江安. 皮肤止痒脱敏膜敷料治疗婴幼儿急性湿疹的疗效观察. 中国皮肤性病学杂志,2011,25:78-79.
- [16] 陈碧秀. 光子治疗仪辅助治疗Ⅱ°烧伤临床疗效观察. 实用医院临床杂志,2010,7:131-132.

(修回日期:2013-03-28)

(本文编辑:凌 琛)

甲氧氯普胺联合物理因子治疗顽固性呃逆的疗效观察

郑静 张晓燕 魏霞 徐斐斐

膈肌痉挛又称呃逆(hiccups),是膈肌、膈神经、迷走神经或中枢神经等受到刺激后引发一侧或双侧膈肌的阵发性痉挛,吸气期声门突然关闭,伴有短促、响亮的特殊声音。持续痉挛超过48h未停止者称为顽固性膈肌痉挛或顽固性呃逆(intractable hiccups, IH)。及早有效地终止呃逆,对患者来说具有重要意义。近年来,国内采用物理因子治疗 IH 的报道较多^[1-2],但多数均采用单一物理因子治疗,有关总体疗效的研究尚缺,基于上述情况,本文采用甲氧氯普胺联合物理因子对 IH 患者进行治疗,现报道如下。

一、对象与方法

(一)研究对象

选取 2010 年 1 月至 2011 年 7 月在我院住院治疗的 IH 患者 64 例。所有患者均符合 IH 的诊断标准^[3]且对本研究知情同意,排除解剖结构异常、肿瘤及精神疾病患者。采用随机数字表

法将 64 例患者分为药物治疗组和联合治疗组,每组 32 例,治疗过程中,药物治疗组失访 2 例,因受凉后呃逆 3 例,手术后 17 例,脑血管意外或脑外伤 2 例,因情绪影响 2 例,原因不明 6 例;联合治疗组失访 1 例,因受凉后呃逆 6 例,胃癌大部切除术后 19 例,肝癌介入术后 1 例,因家庭矛盾生气后 1 例,原因不明 4 例。2 组患者一般情况详见表 1,表中数据显示 2 组间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

(二)治疗方法

2 组患者均给予甲氧氯普胺治疗,每日 3 次,每次 5 mg,联合治疗组在甲氧氯普胺治疗基础上,依次行超短波、脉冲磁疗及经皮神经电刺激治疗,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。若患者的呃逆症状在第 1 疗程内消失,则进行 2 d 的巩固治疗后即停止治疗。

1. 超短波治疗:采用上海产 LDT-CD31 型落地式超短波治

表 1 2 组患者一般情况

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	性别(例)		呃逆频率 (次/min, $\bar{x} \pm s$)	呃逆病因(例)				
			男	女		受凉	术后	脑血管意外 或脑外伤	情绪	原因不明
药物治疗组	30	57.6 $\pm$ 10.3	28	2	20.72 $\pm$ 4.62	3	17	2	2	6
联合治疗组	31	60.8 $\pm$ 8.6	31	0	21.05 $\pm$ 3.42	6	20	0	1	4

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.05.034

作者单位:832008 石河子,新疆石河子大学医学院第一附属医院康复理疗科