

响牵引作用的重要条件;间歇式牵引过程中肌肉张弛有度、劳逸结合,即避免持续牵引可能造成颈背部肌肉的损伤,又更好地使痉挛或紧张的肌肉放松,从而达到提高治疗效果的目的^[26]。

另外,颈托制动可以限制颈椎活动,增加颈椎的稳定性,有利于神经根水肿的消退;工作和生活中注意保持正确的颈椎姿势,可以巩固疗效,预防复发。

总之,本临床观察表明,颈椎间歇牵引治疗神经根型颈椎病疗效显著优于颈椎持续牵引治疗,具有患者易于接受的优势,是值得临床推广的一种治疗方法。由于本研究观察时间较短,远期疗效有待于进一步观察。

参 考 文 献

- [1] 于长隆. 骨科康复学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:453.
- [2] 宋群. 综合物理疗法治疗神经根型颈椎病[J]. 中国康复,2010,25(2):127-128.
- [3] 钟兴,谢丽君,黄敏. 56 例神经根型颈椎病综合治疗的选择及临床观察[J]. 临床医学工程,2009,16(9):54-55.
- [4] 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472-476.
- [5] 谢青,熊健,鲍勇,等. 上颈段颈椎病的治疗方法观察[J]. 中国康复,2009,24(4):255-256.
- [6] 张鸣生,许伟成,林仲民,等. 颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2003,25(3):151-154.
- [7] 刘凯,谢青,毕霞. 颈椎机械牵引技术的作用及机制研究[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2010,14(28):5272-5275.
- [8] 吕美芬. 牵引加热磁振治疗颈椎病的临床效果观察[J]. 临床医学,2005,25(7):23-24.
- [9] 姜瑛,王传堂,邹晓光,等. 不同牵引力治疗颈椎病 X 线观察疗效分析[J]. 医学影像学杂志,2000,10(2):102-104.
- [10] 谢财忠,纪树荣. 颈椎牵引的力学试验与临床应用研究[J]. 中国康复理论与实践,2000,6(4):171-174.
- [11] 祁兆建,沈龙祥,章明. 颈椎牵引生物力学研究[J]. 中医正骨,2005,17(8):67-68.
- [12] 李俊,冯珍,赵旻. McKenzie 疗法结合物理因子治疗神经根型颈椎病的疗效[J]. 南昌大学学报(医学版),2013,53(4):37-40.
- [13] 李晶,陈禾丽,苏先基,等. 颈椎牵引的力学实验及临床应用[J]. 中华理疗杂志,1992,15(3):133.
- [14] 倪国新,苏力,唐军凯. 颈椎牵引时间的初步探讨[J]. 中国临床康复,2002,6(4):487.
- [15] 姜瑛,王有广,孙淑芬,等. 不同牵引方法对颈椎病疗效的观察[J]. 中华理疗杂志,2000,23(3):189-190.
- [16] 杨开洋,席莉,刘智斌. 角度牵引对神经根型颈椎病家兔肌电图 F 波传导速度影响的实验研究[J]. 陕西中医,2012,33(10):1425-1427.
- [17] 汪芳俊,魏威,廖胜辉,等. 前屈位不同角度牵引治疗颈椎病的有限元分析[J]. 中国骨伤,2014,27(7):592-596.
- [18] 岳寿伟. 颈椎病非手术治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2009:46-47.
- [19] 胡坚勇,孙幼贞. 颈椎病不同牵引方式的疗效观察[J]. 颈腰痛杂志,2003,24(1):27-28.
- [20] 陈建华,尤建华. 不同牵引方法治疗 268 例颈椎病疗效观察[J]. 中国伤残医学,2006,14(5):44-45.
- [21] 梁英,刘强,袁淑娟,等. 两种牵引方法对颈椎病患者颈椎曲度的影响及其疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2005,27(5):300-301.
- [22] 赵满贵. 综合物理疗法治疗神经根型颈椎病 190 例临床体会[J]. 实用医技杂志,2011,18(1):67-68.
- [23] 陈庆法. 间歇牵引并超声调制中频电流治疗神经根型颈椎病的观察[J]. 中华物理医学与康复杂志,2002,24(9):558-559.
- [24] 隋广馨,王幻. 卧位整复手法配合走罐、间歇牵引治疗神经根型颈椎病 120 例临床观察[J]. 山东医药,2008,48(24):79-80.
- [25] 李玉英. 星状神经节阻滞联合康复治疗对交感神经型颈椎病的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2013,35(8):652-653.
- [26] 宋群. 综合物理疗法治疗神经根型颈椎病[J]. 中国康复,2010,25(2):127-128.

(修回日期:2015-02-13)

(本文编辑:汪 玲)

腮腺内注射 A 型肉毒毒素联合电刺激疗法对脑瘫患儿流涎的影响

彭桂兰 蔡淑英 胡恕香 黄种钦 王央丹 蔡慧强

小儿脑瘫是指患儿在出生前到出生后 1 个月的发育时期内因非进行性脑损伤所致的综合征,主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常。流涎症是脑瘫患儿较为常见的并发症之一。有报道,有 25%~35% 的脑瘫患儿伴有不同程度的流涎症^[1]。近年来,寻求安全、有效的脑瘫治疗方法一直是康复领域的研究

热点之一。目前,治疗脑瘫流涎患儿的方法有外科手术、行为疗法、生物反馈疗法、肉毒毒素注射、针灸、神经电刺激、手法按摩、口肌运动等。本研究选取脑瘫流涎患儿 98 例,在腮腺注射 A 型肉毒毒素(botulinum toxin type A, BTX-A)的基础上加用电刺激疗法,发现在治疗流涎方面有一定的疗效,现报道如下。

一、对象与方法

(一)一般资料

入选标准:①符合全国小儿脑性瘫痪座谈会制订的诊断及分型标准^[2];②符合教师流涎分级法^[3](teacher drooling sizing,

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.05.021

作者单位:361000 厦门,厦门市妇幼保健院儿童神经康复科

通信作者:彭桂兰,Email:pgl01@126.com

TDS) I ~ V 级;③患儿家属均签署治疗知情同意书,研究经医院伦理委员会批准进行。排除标准:①因流涎已接受过手术治疗;②头颈部接受过放疗者;③治疗期间服用氨基糖苷类药物者;④不配合治疗者。

选取 2011 年 8 月至 2013 年 8 月在我院儿童神经康复科住院的脑性瘫痪合并流涎的患儿 98 例,按照随机数字表法将其分为对照组(50 例)和治疗组(48 例)。对照组男 28 例,女 22 例;平均年龄(4.5 ± 2.3)岁;TDS II 级 12 例,III 级 19 例,IV 级 11 例,V 级 8 例。治疗组男 27 例,女 21 例;平均年龄(4.8 ± 2.1)岁;TDS II 级 11 例,III 级 16 例,IV 级 12 例,V 级 9 例。2 组患儿性别、平均年龄、流涎程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

(二) 治疗方法

2 组患儿均采用德国产 Vocastim-master 吞咽治疗仪进行电刺激治疗,治疗前利用其诊断程序对患儿的病情进行评定,根据诊断值选择适宜的治疗参数。治疗所用的电刺激波形为双向方波,波宽 700 ms,脉冲频率为变频,有固定通断比,强度以患儿能够耐受、且能引起吞咽动作为佳。治疗仪共 2 个输出通道,每个输出通道有 2 个电极,将通道 1 电极置于颏下方,刺激舌外附肌群和舌内附肌肉组织及舌骨上肌肉,促进咽部上抬;将通道 2 电极置于面神经颊支,引发面部肌肉(颊肌和口轮匝肌)收缩。为保证疗效,治疗过程中,嘱家长注意防止因患儿不配合所致的电极脱落。每次治疗时间为 30 min,每日 1 次,治疗 1 个月为 1 疗程,共 2 ~ 3 个疗程。

治疗组在电刺激治疗基础上加用 BTX-A(兰州生物制品研究所生产,批准文号:国药准字 S10970037)腮腺内注射,使用前采用生理盐水稀释(50 IU/ml),立即应用。治疗前,完善肝肾功能、凝血功能等检查。注射前详细询问患儿过敏史,说明注射目的及副反应。注射前先给予 2% 利多卡因乳剂局麻,用酒精棉球局部消毒。注射时由家属配合医务人员固定患儿体位。以颧骨的颧突根与下颌角后缘的连线为“y”轴,以过乳突尖并垂直于“y”轴的直线为“x”轴设定坐标系,两轴的交点为“O”点。在“x”轴上,“O”点以前取正值,“O”点以后取负值;在“y”轴上,“O”点以下取负值,“O”点以上取正值,选取“x”值和“y”值均为正值的象限作为注射部位^[4]。同时采用超声波定位腮腺部位并测量表面深度,以防针误入咬肌或胸锁乳突肌。注射药物前需回抽,确定无回血后,予以推注药物,同时缓慢退针,使毒素在靶器官内充分渗透,体重低于 15 kg 的患儿给予 BTX-A 15 U,15 ~ 25 kg 的患儿给予 20 U^[5]。注射后,密切观察患儿的生命体征及精神状态变化。注射后 6 h 忌擦洗或按摩注射部位。若注射效果不理想,可改用其它腺体注射,如下颌下腺 BTX-A 注射。

(三) 疗效评定标准

治疗 2 个月,采用 TDS 对 2 组患儿的流涎程度进行评定。TDS 评定标准^[3]: I 级——不流涎; II 级——小量或偶尔流; III 级——不时地流; IV 级——经常流,但不成线; V 级——成线地流,胸前常常弄湿。症状减轻 2 级或 2 级以上为显效,症状减轻 1 级为有效,症状无变化为无效。总有效率 = [(显效人数 + 有效人数) / 总例数] × 100%。

(四) 统计学分析

采用 SPSS 17.0 版统计学软件包进行数据处理,组内比较

采用 u 检验,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

治疗后,对照组和治疗组患儿的总有效率分别为 62.0% 和 85.4%。其中,对照组 TDS I 级 13 例,II 级 12 例,III 级 19 例,IV 级 4 例,V 级 2 例;治疗组 TDS I 级 18 例,II 级 15 例,III 级 10 例,IV 级 4 例,V 级 1 例。2 组患儿治疗后流涎情况均较组内治疗前有所好转,且治疗组的总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 2 组患儿治疗后疗效比较

组别	例数	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
对照组	50	14	17	19	62.0
治疗组	48	23	18	7	85.4 ^a

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

三、讨论

脑瘫患儿由于中枢运动神经系统损伤,导致吞咽功能障碍和口唇闭合不良,常出现不自主的流涎现象。吞咽治疗仪运用神经肌肉电刺激,通过输出电流在神经肌肉接头或运动终板处产生外周运动神经的去极化,肌群受到刺激后产生收缩,以重建吞咽反射的大脑皮质控制功能,从而提高吞咽肌群的运动功能,增强咽部肌肉的灵活性和协调性,防止咽部肌肉萎缩,对喉返神经、舌下神经、舌咽神经等与吞咽功能相关的神经进行刺激后,可有效缓解神经元麻痹,促进麻痹受损的神经功能恢复,显著改善和恢复吞咽功能^[6]。

BTX-A 是肉毒梭菌的蛋白产物,是一种潜在神经肌肉瘫痪剂,长期使用肉毒毒素可导致所注射肌肉可逆性的去神经支配萎缩^[7]。涎腺分泌是受副交感胆碱能神经支配,BTX-A 通过阻止胆碱能神经释放乙酰胆碱,抑制涎腺分泌。Ellies 等^[8]将 BTX-A 注射至雌性大鼠腮腺,将注射过 BTX-A 的腺体切下后作乙酰胆碱酶免疫组化染色,发现注射过 BTX-A 腺体切片的强染色数量较少,提示在腮腺内注射 BTX-A 可降低乙酰胆碱酶聚集,从而达到抑制涎腺分泌的目的。Suskind 等^[9]选取 21 例 8 ~ 21 岁患有大脑麻痹症的患儿,分别给予其局部颌下腺和腮腺 10 U、20 U、30 U 的 BTX-A 注射,通过对其注射前、后的症状进行分析比较后,认为利用 BTX-A 治疗大脑麻痹症合并流涎患者是一种安全、可靠、损伤性小的方法。

腮腺注射时,若定位和操作不当,将有可能引起面肌瘫痪^[4]。本研究在参考文献^[4]的基础上,利用超声波辅助定位,降低治疗风险,所选取注射部位内的面神经分支在腮腺内穿行分布相对稀疏,吻合支少而细小,避开了易导致面神经损伤的高风险区域。

腮腺内注射 BTX-A 联合电刺激疗法能显著促进脑瘫患儿吞咽功能改善,降低脑瘫患儿继发流涎的严重程度,是一种安全有效的方法。但肉毒毒素的临床疗效、作用时间、强度与剂量之间存在一定的相关性,使用肉毒毒素治疗时可产生耐药性,故应根据不同患儿的需要,及时调整治疗方案。

参 考 文 献

- [1] 庞国象,许红伟.综述.脑性瘫痪儿童流涎症的治疗[J].国外医学·耳科分册,1993,20(5):246-249.

- [2] 陈秀洁, 李树春. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 20(5): 309.
- [3] 郑钦, 沈敏, 何龙文, 等. 低频电刺激治疗脑瘫儿童流涎症的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(11): 848-849.
- [4] 姜吉良, 吴斌, 刘冬强, 等. 面神经腮腺段的定位解剖[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 18(4): 242-244.
- [5] Glickman S. Treatment of relative sialorrhoea with botulinum toxin type A: description and rationale for an injection procedure with case report [J]. Eur J Neurol, 2001, 8(6): 567.
- [6] 田向阳, 赵卫东, 倪贵华, 杨梅. 吞咽治疗仪联合肠内营养剂治疗卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 临床神经病学杂志, 2011, 24(6): 408-410.
- [7] Borodic GE, Ferrante R. Effects of repeated botulinum toxin injections on orbicularis oculi muscle [J]. J Clin Neuro-ophthalmol, 1992, 12: 121-127.
- [8] Ellies M, Laskawi R, Tormählen G, et al. The effect of local injection of botulinum toxin A on the parotid gland of the rat: an immunohistochemical and morphometric study [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2000, 58: 1251.
- [9] Suskind DL, Tilton A. Clinical study of botulinum-A toxin in the treatment of sialorrhea in children with cerebral palsy [J]. Laryngoscope, 2002, 112: 73.

(修回日期: 2015-02-13)

(本文编辑: 凌 琛)

心理疏导联合耳穴贴压治疗老年焦虑症患者的疗效观察

常秀芹

焦虑症是一种以焦虑情绪为主要表现形式的情绪障碍, 患者常伴有头晕、胸闷、心动过速、呼吸急促、震颤、尿频、尿急等躯体症状, 同时还伴有忧虑、害怕、强迫症等情感反应^[1]。随着当前老龄化社会到来, 老年人群中焦虑症患者数量呈上升趋势, 故如何改善老年人群身心健康具有重要的临床及社会意义^[2]。老年人焦虑症的发病原因复杂, 如身体机能衰退、体质及活动能力下降、空巢现象、孤独感以及体弱多病等因素均对其造成身心压力, 是诱发老年人焦虑症的主要原因^[3]。目前临床针对焦虑症患者多给予药物治疗及心理疏导, 但药物治疗过程中患者容易形成依赖, 且有部分患者会对药物产生抵触情绪从而影响疗效。本研究联合采用耳穴贴压刺激及心理疏导干预治疗老年焦虑症患者, 取得了满意的临床疗效。现报道如下。

一、对象与方法

(一) 一般资料

选取 2013 年 12 月至 2014 年 6 月在我院心理咨询室就诊且诊断为焦虑症的 24 例老年患者作为研究对象。患者入选标准包括: ①符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版 (Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Disorders, CCMD-3)^[4]中焦虑症的诊断标准, 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA) 评分^[5] ≥ 14 分; ②入选患者均为周边社区退休职工, 具有高中以上学历, 且 HAMA 评分 < 29 分; ③患者能积极配合治疗; ④剔除合并有其他精神疾病患者、人格障碍者、重度焦虑症患者及伴有其它器质性病变或严重身体疾病患者等。采用随机数字表法把上述患者分为观察组及对照组, 每组 12 例。观察组共有男 4 例, 女 8 例; 年龄 58 ~ 74 岁, 平均 (65.6 $\pm$ 7.3) 岁; HAMA 评分 (22.51 $\pm$ 4.63) 分; 病程 2 ~ 18 个月, 平均 (7.4 $\pm$

2.9) 个月。对照组共有男 5 例, 女 7 例; 年龄 58 ~ 75 岁, 平均 (65.3 $\pm$ 6.9) 岁; HAMA 评分 (21.94 $\pm$ 4.72) 分; 病程 2 ~ 15 个月, 平均 (6.9 $\pm$ 2.5) 个月。2 组患者一般资料情况经统计学比较, 发现组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

(二) 干预方法

对照组患者根据其个体特征及患病根源进行个性化心理疏导干预, 治疗初期以心理支持疗法为主, 采用解释、鼓励、安慰及保证等方法, 逐渐取得患者信任, 让患者感觉到温暖及关心, 要求医者首先通过引导的方式与患者进行交流, 交流过程中以倾听为主, 积极找寻患者患病原因, 尽可能了解患者症状、情绪及相关环境因素, 取得患者充分信任与配合; 心理疏导中后期则以认知疏导、叙事疗法、情感疏导及行为疗法为主, 在患者宣泄、释放紧张、焦虑情绪过程中, 对患者进行情感梳理及认知重建, 促其逐步纠正错误认知, 调整其应对情绪变化时的自我控制能力, 消除悲观及对疾病恐惧心理, 树立战胜疾病的信念。上述心理干预每周治疗 2 次, 每次治疗 30 min, 持续治疗 9 周。

观察组患者在心理疏导干预基础上辅以耳穴贴压治疗, 具体治疗方法如下: 选取耳廓部位神门、心、肝、胆、交感、三焦和皮质下等穴位, 然后用医用棉球擦拭、消毒患者耳廓, 并用探棒找出所选穴位敏感点, 将已贴有王不留行籽的医用小块胶布贴于上述耳穴敏感点处, 每次只贴一只耳廓, 隔 3 天换另一只耳廓, 指导患者自行按压王不留行籽, 按压力度适中, 以患者疼痛能忍受且耳廓处有灼热、麻木感为宜, 每穴按压 20 次左右换下一穴位, 依次循环按压, 患者每天早、晚各按压 1 次, 每次持续按压约 20 min, 持续治疗 9 周。

(三) 疗效标准

分别于治疗前和治疗 9 周后 (治疗后), 由专人采用 HAMA 量表及焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 对 2 组患者进行疗效评定, HAMA 量表主要用于评定患者焦虑严重程度, 其评定内容共包括 14 个项目, 每个项目分值 0 ~ 4 分, 得分 ≥ 29 分表示有严重焦虑症状, ≥ 21 分表示有明显焦虑症状, ≥ 14 分