

7.374 m、输出频率 40.68 MHz、最大输出功率 200 W。治疗时采用 20 cm × 30 cm 长方形电极,胸肺区对置法,上部电极置于以气管、肺门、胸骨为中心投影区,电极长轴边缘抵胸骨上缘,背部电极长轴边缘抵 C₇ 棘突下缘,电极衬垫间隙厚度 3 ~ 5 cm。当患者体温降至 39 ℃ 以下时即开始行治疗,剂量为无热量,治疗时间为每日 1 次,每次 20 min。患者体温降至 38 ℃ 以下时治疗剂量为微热量,治疗时间、每日治疗次数和时间不变。平均每例患者住院期间接受 5.6 次治疗。

(三)疗效评定

由于甲型 H1N1 流感为新发疾病,故卫生部第三版《甲型 H1N1 流感诊疗方案》^[2] 未列出疗效评定标准,列出了出院标准为:体温正常 3 d,其他流感样症状基本消失,临床情况稳定,可以出院。

二、结果

按照上述的出院标准,37 例患者经院传染内科、小儿科医生会诊,确定达到出院标准,均临床痊愈出院。平均住院天数 (7.35 ± 2.10) d。

三、讨论

甲型 H1N1 流行性感冒是一种新发疾病,其疾病规律待进一步观察和研究^[2]。同样在治疗方法上也需要进一步的探索和观察研究。超短波治疗呼吸道、肺部炎症为常用的物理因子疗法之一,其疗效是明确的,有促进炎症消散作用^[3],可抑菌、消炎、促进炎症渗出物吸收,帮助缩短病程,减轻症状,增强机体免疫力^[4]。甲型 H1N1 流感病毒所造成的呼吸道、肺部的病理性改变与其它致病菌所造成的炎性病变在本质上是相同的,因此从理论上分析及推论超短波治疗甲型 H1N1 流感所致的呼吸道、肺部的炎症,治疗效果应当是确定的。超短波作用于治疗部位时,在体内可产生“热效应”和“非热效应”,使治疗部位均匀受热,提高气道纤毛活动能力,增强肺部组织的血液、淋巴循环,提高局部组织药物浓度,还可缓解气道平滑肌痉挛,能够改善肺通气功能,提高氧分压水平^[5]。可使机体网状内皮系统功能增强,吞噬细胞增多,吞噬活动增强,能使炎症组织中的钾离

子和钙离子增加,故有利于炎症吸收、并减少对组织的刺激作用,使氧和营养物质供给增加,酶活性升高,生物化学反应加快,蛋白质合成物质加快^[6]。

临床治疗中观察到,患者接受治疗后,普遍述胸肺区感到舒适,呼吸系统感染症状、体征改善迅速。治疗中患者未发生不良反应,无病例转为重症患者,在临床治疗实践中观察到了治疗的有效性。但由于未设立对照组及愈后的客观检查,确切的结论仍有待于今后实践中进一步研究。但在今后甲型 H1N1 流行性感冒的治疗中进行超短波综合治疗,在理论分析推论及实践治疗中是可行的方法之一。

据报道,甲型 H1N1 流感患者鼻咽拭子病毒核酸检测平均转阴时间、临床症状平均消失时间差异无统计学意义^[7]。按照出院标准,可否认为患者已临床痊愈? 确切结论尚有待进一步探讨、研究。

参 考 文 献

- [1] 陈红,叶庆,刘亚玲,等. 甲型 H1N1 流行性感冒 47 例临床分析. 中华传染病杂志,2010,28:369.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 甲型 H1N1 流感诊疗方案[EB/OL]. 3 版. 2009 [2009-10-13]. <http://www.gov.cn/gzdt/2009-10/13/content-1437636.htm>.
- [3] 王慕逖. 儿科学. 5 版. 全国高等医药院校教材. 北京:人民卫生出版社,2001:277-282.
- [4] 全国卫生专业技术资格考试专家委员会. 康复医学. 济南:山东大学出版社,2004:318-322.
- [5] 车晓文,王伟. 超短波对慢性肺源性心脏病患者肺动脉高压的影响. 中华物理医学与康复杂志,2006,28:264.
- [6] 张颖,孙强三,王伟,等. 超短波对辅助无创通气治疗 COPD 伴 II 型呼吸衰竭的影响. 中华物理医学与康复杂志,2007,29:840.
- [7] 林存智,王单,邹少木,等. 甲流 H1N1 流感病例临床特征分析. 中华传染病杂志,2010,28:118.

(修回日期:2010-09-01)

(本文编辑:阮仕衡)

神经节苷脂联合面肌运动训练治疗急性面神经炎的疗效观察

李炳选 徐继森 赵海清

面神经炎又称贝尔麻痹(Bell palsy),多由于茎乳孔内面神经急性非化脓性炎症所致,部分患者遗留口、眼歪斜等后遗症,给其日常生活、工作及社会交往带来很大不便。本研究在常规药物治疗基础上,联合采用神经节苷脂及面肌运动训练治疗 40 例急性面神经炎患者,取得满意疗效。现报道如下。

一、资料与方法

共选取 2008 年 6 月至 2010 年 2 月间在我院门诊及住院治

疗的急性面神经炎患者 80 例,均为单侧发病,符合“神经病学”^[1]中关于面神经炎的诊断标准,排除 Guillain-Barre 综合征、中耳炎、迷路炎或乳突炎等引起的耳源性面神经麻痹,经头部 MRI 检查排除因脑干病变引发的面神经麻痹。采用随机数字表法将入选患者分成治疗组及对照组,每组 40 例。治疗组男 23 例,女 17 例;年龄 11 ~ 69 岁,平均 (40.3 ± 14.9) 岁;轻度 11 例,中度 27 例,重度 2 例;左侧发病 22 例,右侧 18 例;病程 2 ~ 14 d。对照组男 22 例,女 18 例;年龄 10 ~ 66 岁,平均 (39.8 ± 15.4) 岁;轻度 10 例,中度 28 例,重度 2 例;左侧患病 20 例,右侧 20 例;病程 1 ~ 14 d。2 组患者一般情况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。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.02.029

作者单位:262500 青州,山东潍坊医学院附属益都中心医院神经内科

2 组患者均给予常规药物治疗,包括地塞米松 10 mg 静脉点滴,每日 1 次,1 周后改用泼尼松口服,2 周后逐渐减量直至停用,常规应用能量合剂、活血化瘀中药以及维生素 B₁ 100 mg、维生素 B₁₂ 0.5 mg 肌肉注射,每日 1 次,共治疗 3 周。治疗组在上述基础上给予神经节苷脂注射及面肌运动训练,将 40 mg 单唾液酸四己糖神经节苷脂钠注射液(商品名为申捷,山东齐鲁制药厂产)加入到 100 ml 生理盐水中静滴,每日 1 次,治疗 2 周为 1 个疗程;同时指导患者进行面肌运动功能训练,根据患者面神经损伤区域及程度,重点针对患者额、眼周、鼻、口周 4 个部位面肌运动功能进行训练,包括抬眉、蹙眉、蹙鼻、闭眼、露齿、提口角、鼓腮、吹口哨等,并嘱患者用患侧牙齿嚼口香糖;如患者不能主动完成上述动作训练,可用手指辅助其进行练习。上述各项训练每次练习 10 遍以上,每次训练持续 30 min,每天训练 3~4 次^[2]。

于治疗 4 周后采用 House-Brackmann(H-B)分级标准^[3]对 2 组患者进行疗效评定,痊愈:H-B 分级达 I 级,双侧额纹、鼻唇沟恢复对称,蹙眉与闭眼动作正常,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,示齿时无口角歪斜,面部表情正常;显效:H-B 分级达 II 级,双侧额纹与鼻唇沟基本对称,眼闭合欠实,鼓腮时口角不漏气,进食时齿颊间不滞留食物残渣,示齿见口角略不对称;好转:H-B 分级为 IV~VI 级患者经治疗后达到 III 级;无效:H-B 分级仍为 IV~VI 级。本研究 2 组患者疗效比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

2 组患者分别经 4 周治疗后,发现治疗组痊愈率及总有效率均显著优于对照组($P < 0.05$ 或 0.01),并且 2 组患者在治疗过程中均未发现明显副反应,具体情况详见表 1。

表 1 治疗 4 周后 2 组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	痊愈率 (%)	有效率 (%)
治疗组	40	34	4	1	1	85.0 ^a	97.5 ^b
对照组	40	16	11	7	6	40.0	85.0

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$

三、讨论

急性面神经炎多由面神经发生急性非特异性炎症所致,病理表现为面神经水肿,有不同程度髓鞘脱失或轴突变性,目前该症病因未明,通常认为可能是营养面神经的血管受到风寒侵袭而发生痉挛,导致面神经缺血、水肿、受压所致,也可能因病毒感染或风湿性损伤、茎乳突孔骨膜炎使面神经受压、水肿、血循环障碍而诱发面神经麻痹^[4]。面神经炎的主要表现是病变侧面部表情肌瘫痪,患者不能完成闭目、皱额、鼓腮等表情动作,以致

出现口眼歪斜,既影响面部美观,又影响神经功能,给患者造成较大精神压力。

目前临床治疗面神经炎的方法较多,除常规激素、维生素及活血化瘀类药物外,尚有针灸、按摩等多种手段,但疗效均不尽如人意,仍有不少患者治疗后遗留后遗症。神经节苷脂是含唾液酸的神经鞘糖脂类物质,是人体细胞膜的重要成分之一,在神经系统中的含量尤为丰富,能通过保护和营养神经促进神经系统功能重塑。相关研究发现,神经节苷脂能保护细胞膜 Na⁺-K⁺-ATP 酶和 Ca²⁺-Mg²⁺-ATP 酶活性,纠正细胞内、外离子失衡,防止 Ca²⁺ 内流和细胞内钙超载,抑制神经细胞水肿;同时神经节苷脂还能抑制自由基功能、降低脂质过氧化反应,阻断兴奋性氨基酸毒性作用,防止乳酸酸中毒,从而终止缺血、缺氧所致的继发性病理改变,防止神经细胞损伤或死亡;另外神经节苷脂还能直接嵌入受损神经细胞膜中进行修复,增强内源性神经生长因子功能,促进神经细胞修复再生^[5]。面肌功能训练可增强面部肌力,促进肌肉功能恢复,维持及恢复运动器官正常形态与功能,延缓肌肉失神经萎缩,为神经再支配做好准备。本研究治疗组患者在常规药物治疗基础上辅以神经节苷脂注射,对促进神经功能恢复、缩短病程具有明显疗效;联合面肌功能训练能进一步改善局部血液循环,预防及减轻面肌萎缩,促进肌肉力量及运动功能尽快恢复^[6]。

本研究表明,2 组患者经 4 周治疗后,发现治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$),提示在常规药物治疗基础上辅以神经节苷脂注射及面肌功能训练,能进一步改善面神经炎患者症状,提高临床疗效,减少后遗症,并且该联合疗法还具有操作简单、无需特殊设备、副作用小等优点,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] 王维治,罗祖明. 神经病学. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2002:821.
- [2] 张永红. 面肌运动功能训练治疗周围性面神经麻痹的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2008,30:369.
- [3] House JM. Facial nerve grading systems. Laryngoscope,1983,93:1056-1069.
- [4] 史玉泉,周孝达. 实用神经病学. 上海:上海科学技术出版社,2005:234-238.
- [5] Geisler FH, Coleman WP, Grieco G, et al. The Sygen multicenter acute spinal cord injury study. Spine,2001,26:87-98.
- [6] 郭倚云,葛兆希. 综合疗法治疗周围性面神经麻痹. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:629-630.

(修回日期:2010-07-10)

(本文编辑:易 浩)

补 遗

本刊于 2010 年第 32 卷第 12 期发表的《脑瘫患儿吞咽困难的症状学、评估方法与治疗》一文的第一作者姜艳平现为青岛大学医学院 2008 级康复医学硕士研究生,通信作者为青岛市妇女儿童医疗保健中心神经康复科侯梅教授,Email:qdhom@yahoo.com.cn。特此说明。

《中华物理医学与康复杂志》编辑部