

· 临床研究 ·

大脑左右半球损伤后情绪障碍差异的观察

魏英玲 曲福玲 段晓琴 刘忠良 罗媛媛 袁望舒 窦晓丽 夏玲

【摘要】 目的 探讨大脑左右半球损伤后情绪情感异常的不同表现、可能机制,以期能为临床上大脑损伤患者的心理及肢体功能障碍等康复治疗方案的制定、预后评价提供依据。**方法** 选取康复中心脑损伤患者 51 例,分为左侧脑半球损伤组(左脑损伤组)26 例和右侧脑半球损伤组(右脑损伤组)25 例,均进行汉密尔顿抑郁量表(HAMD)测试,最终对 HAMD 总分、各分项得分及选项差异进行归纳、分析及总结。**结果** 左脑损伤组患者在抑郁总分及抑郁情绪、有罪恶感、自杀等 15 个分项目方面较右脑损伤组患者得分高,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。右脑损伤组患者在日夜变化、人格解体或现实解体、偏执症状等 3 个方面较左脑损伤组患者得分高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 大脑半球的偏侧化效应也表现在情绪情感方面,左右两侧大脑损伤后的抑郁表现不同,因此在临床上左右大脑半球损伤患者的康复治疗、预后评价、心理干预需要区别对待。

【关键词】 脑损伤; 抑郁情绪; 汉密尔顿抑郁量表; 左大脑半球; 右大脑半球

Mood disorders differ after left and right cerebral hemisphere injury WEI Ying-ling*, QU Fu-ling, DUAN Xiao-qin, LIU Zhong-liang, LUO Yuan-yuan, YUAN Wang-shu, DOU Xiao-li, XIA Ling. * Department of Rehabilitation, First Norman Bethune Hospital of Jilin University, Changchun 130031, China

Corresponding author: LIU Zhong-liang, Email: lzltim@163.com

【Abstract】 Objective To explore mood disorders after left and right cerebral hemisphere injury, to search for possible mechanisms and to provide the basis for designing rehabilitation protocols and assessing prognosis. **Methods** Fifty-one cases with brain injury were recruited from a rehabilitation center and divided into left and right hemisphere injury groups with 26 and 25 cases, respectively. Hamilton rating scale for depression (HRSD) scores were analyzed. **Results** The left hemisphere patients had significantly higher HRSD total scores and higher scores indicating 15 kinds of mood disorders (depression, feelings of guilt, suicidal thoughts etc.). Right hemisphere injury patients had significantly higher diurnal variation, depersonalization or derealization and paranoid symptoms. **Conclusions** The lateralization of the cerebral hemispheres may display itself in mood and emotion. After left or right hemisphere injury, the depression presentation is different, so treatment, prognosis assessment and psychological intervention should be different for left and right hemisphere injuries.

【Key words】 Brain injury; Depression; Hamilton rating scale for depression; Left cerebral hemisphere; Right cerebral hemisphere

情绪是人脑的高级功能,良好的情绪及控制保证机体的生存和适应^[1]。脑外伤、脑卒中等患者合并情绪障碍(如淡漠、抑郁、焦虑、欣快等)以及损伤部位与情绪障碍的关系等问题已有相关报道,其中尤以脑卒中后抑郁的研究较多^[2-4],1/3 以上的脑卒中后患者存在抑郁^[5],而焦虑或其它的精神异常少见^[6]。对左右脑组织损伤后患者在抑郁情绪方面的差异、抑郁情绪异常对临床治疗方案的设计、患者预

后评价有何意义等问题,尚需进一步探讨。本研究旨在探讨不同大脑半球损伤后患者抑郁情绪的特点及其机制,为临床诊疗及宣教提供科学依据。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

2008 年 8 月至 2010 年 8 月间本校一院与二院康复中心收治的脑损伤患者 344 例,其中符合下列入选标准与排除标准的患者 51 例。入选标准:①经头部 CT 或 MRI 检查证实为单纯左侧或者是右侧脑出血、脑梗死、脑外伤或脑肿瘤术后;②病程 < 30 d,意识清楚;③简易精神状态检查(mini-mental status

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.09.013

作者单位:130031 长春,吉林大学白求恩第一医院二部康复医学科(魏英玲、曲福玲、段晓琴、罗媛媛、袁望舒、窦晓丽、夏玲);吉林大学白求恩第二医院康复医学科(刘忠良)

通信作者:刘忠良,Email: lzltim@163.com

examination, MMSE) 量表评价无痴呆;④言语能力不影响日常交流,能用口或者笔回答医师的提问;⑤无精神病史及精神病家族史;⑥汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD) 评分 ≥ 8 分,即患者在可能有轻度抑郁症、肯定有抑郁症、严重抑郁症范围之内;⑦为右利手。排除标准:①脑干或双侧多发部位损伤;②意识障碍;③MMSE 量表评价存在痴呆;④伴有失语,言语能力影响日常交流,不能用其他方式替代以回答医师的提问;⑤存在其他器官慢性或急性疾病,可能影响情绪情感;⑥存在精神病史或精神病家族史。

根据脑损伤部位不同将 51 例患者分为右侧脑半球损伤组(右脑损伤组)25 例和左侧脑半球损伤组(左脑损伤组)26 例。2 组患者性别、年龄、病程、病种及工具性日常生活活动(instrumental activities of daily living, IADL) 量表评分等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

二、评价方法

采用 24 项 HAMD 和我国的 IADL 量表^[7] 评定患者抑郁及日常生活活动能力。24 项 HAMD 共有 24 个问题,内容有抑郁情绪(X_1)、有罪感(X_2)、自杀(X_3)、入睡困难(X_4)、睡眠不深(X_5)、早醒(X_6)、工作和学习兴趣(X_7)、迟缓(X_8 ,指思维和言语缓慢,注意力难以集中,主动性减退)、激越(X_9)、精神性焦虑(X_{10})、躯体性焦虑(X_{11})、胃肠道症状(X_{12})、全身症状(X_{13})、性症状(X_{14} ,不能肯定或对被评者不适合,不计入总分)、疑病(X_{15})、体重减轻(X_{16})、自知力(X_{17})、日夜变化(X_{18})、人格解体或现实解体(X_{19})、偏执症状(X_{20})、强迫症状(X_{21})、能力减退(X_{22})、绝望感(X_{23})、自卑感(X_{24})。每个问题根据表现程度分为 3 或 5 个层次,大部分项目采用 0~4 分的 5 级评分法,无为 0 分,轻度为 1 分,中度为 2 分,重度为 3 分,极重度为 4 分;少数项目采用 0~2 分的 3 级评分法,无为 0 分,轻~中度为 1 分,重度为 2 分。例如第 1 题抑郁情绪 0 分 = 无,1 分 = 只有在问到时才诉述,2 分 = 在言语中自发的表达,3 分 = 不用言语也可从情绪、姿势、声音或欲哭中流露出这种情绪,4 分 = 患者的自发语音和非自发语言(表情和动作),几乎完

全表现为这种情绪;第 17 题自知力 0 分 = 知道自己有病,表现为忧郁,1 分 = 知道自己有病,但归于伙食太差、环境问题、工作过忙、病毒感染或需要休息等,2 分 = 完全否认有病。总分能较好地反映病情严重程度,病情越轻,总分越低,总分 < 8 分为正常,8~20 分为可能有抑郁症,21~35 分为肯定有抑郁症, > 35 分为严重抑郁症,最高 76 分。

从主、客观两个方面对患者的情绪情感进行量化评定,对 51 例入选患者入院后 3 d 内在相似环境下进行评价。评价者经学习与实践,熟练掌握量表的使用,评价者在评价前不了解患者病情。共 3 名评价者参加,先由 2 名评价者分别对患者进行评价,得到两个分数,如果得分差异 ≤ 3 分,则最终得分取平均值,如果得分差异 > 3 分,则由第三名评价者进行评价,并将 3 个得分进行权衡,得出最终得分,以期减小评价者的主观因素对结果可能的影响。

三、统计学分析

应用 SPSS 13.0 版统计软件进行分析处理,计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示,通过正态检验并方差齐性,2 组间比较采用独立样本 t 检验,方差不齐则采用 t' 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者 HAMD 评分的比较

右脑损伤组患者 HAMD 总分(28.48 ± 5.12)分,明显低于左脑损伤组患者的(35.04 ± 7.13)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。左侧脑半球损伤患者在抑郁情绪(X_1)、有罪感(X_2)、自杀(X_3)、入睡困难(X_4)、睡眠不深(X_5)、早醒(X_6)、精神性焦虑(X_{10})、全身症状(X_{13})、性症状(X_{14})、疑病(X_{15})、体重减轻(X_{16})、强迫症状(X_{21})、能力减退(X_{22})、绝望感(X_{23})、自卑感(X_{24})方面均较右脑损伤组患者得分高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。右脑损伤组患者在日夜变化(X_{18})、人格解体或现实解体(X_{19})、偏执症状(X_{20})方面较左脑损伤组患者得分高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组患者在工作和学习兴趣(X_7)、迟缓(X_8)、激越(X_9)、躯体性焦虑(X_{11})、胃肠道症状(X_{12})、自知力(X_{17})方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 2。

表 1 2 组患者一般资料比较

组 别	例数	年龄(岁)	性别(例)		病种(例)				病程(d)	IADL 量表评分(分)
			男	女	脑出血	脑梗死	脑外伤	胶质瘤术后		
右脑损伤组	25	60.34 $\pm$ 11.02	20	5	10	10	5	0	12.26 $\pm$ 2.47	59.18 $\pm$ 10.36
左脑损伤组	26	59.09 $\pm$ 10.85	21	5	11	10	4	1	11.32 $\pm$ 3.18	58.80 $\pm$ 10.84

表 2 2 组患者 HAMD 总分及各分项目得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

分 组	例数	总分	各分项目得分							
			X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
右脑损伤组	25	28.48 ± 5.12	1.96 ± 0.84	1.16 ± 0.68	0.64 ± 0.63	1.08 ± 0.76	0.88 ± 0.6	1.08 ± 0.57	1.64 ± 0.81	1.68 ± 0.8
左脑损伤组	26	35.04 ± 7.13 ^a	2.42 ± 1.03 ^a	1.88 ± 1.03 ^a	1.04 ± 0.72 ^a	1.46 ± 0.81 ^a	1.31 ± 0.79 ^a	1.65 ± 0.69 ^a	1.96 ± 0.99	1.69 ± 0.55
分 组	例数		各分项目得分							
			X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆
右脑损伤组	25		1.4 ± 0.58	1.8 ± 0.91	1.56 ± 0.77	1.68 ± 0.56	1.44 ± 0.58	0.77 ± 0.52	1.14 ± 1.04	0.84 ± 0.69
左脑损伤组	26		1.46 ± 0.65	2.31 ± 0.88 ^a	1.81 ± 0.85	1.42 ± 0.64	1.69 ± 0.47 ^a	1.11 ± 1.10 ^a	1.62 ± 1.06 ^a	1.23 ± 0.65 ^a
分 组	例数		各分项目得分							
			X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉	X ₂₀	X ₂₁	X ₂₂	X ₂₃	X ₂₄
右脑损伤组	25		0.64 ± 0.49	0.96 ± 0.45	1.32 ± 0.95	1.04 ± 0.79	0.8 ± 0.5	1.08 ± 0.49	1.08 ± 0.57	1.16 ± 0.47
左脑损伤组	26		0.92 ± 0.69	0.65 ± 0.49 ^a	0.56 ± 0.35 ^a	0.5 ± 0.5 ^a	1.0 ± 0.56 ^a	1.92 ± 0.93 ^a	1.88 ± 1.03 ^a	1.73 ± 0.45 ^a

注:与右脑损伤组比较,^aP < 0.05

讨 论

情绪是人脑的高级功能,是人类生存及适应的首要心理工具^[1]。情绪的脑机制即情绪回路机制,情绪回路包括下丘脑、前部丘脑核、海马和扣带回皮质、杏仁核前额皮质、腹侧纹状体等,这些大脑区域在情绪体验中起着极其重要的作用^[8]。国内外学者对不同部位脑组织损伤导致的高级神经功能障碍做了大量研究,除言语功能、定向、计算、空间结构、运用等认知缺陷以外,情绪异常也引起了临床医务工作者高度关注及研究^[9-10]。研究表明,脑组织损伤患者主要的情绪障碍是抑郁,抑郁情绪对脑组织损伤患者的康复治疗依从性、生活质量的改善、预后等都产生明显的负面影响^[11]。

一、左右大脑损伤后抑郁情绪差异可能机制及特点

随着研究的深入,人们发现越来越多的大脑左右半球的差异,无论是结构方面还是生物化学方面,大脑两个半球都不是镜像对应。对于抑郁症状与原发疾病的关系可简单总结为两方面,一是疾病本身症状,有解剖学和生物学损害的基础,是内源性抑郁;二是反应性症状,是个体对疾病打击的精神应激反应,属外源性抑郁^[12-14]。

左右脑损伤产生抑郁程度不同的原因,从外源性角度考虑,与左右脑损伤导致的功能障碍被患者察觉的程度不同有关,这与大脑左右半球功能分化有关^[15],如左脑半球损伤可能会导致命名、言语、阅读等语言功能障碍及记忆计算等功能异常,易被患者察觉,影响日常生活,同时左脑损伤患者表现为右侧肢体活动功能障碍,而绝大部分患者为右利手的情况下,右侧肢体功能障碍对患者日常生活的影响必然较大,上述原因导致左侧脑半球病变患者抑郁情绪的程度较重;而右脑半球损伤会导致几何空间、音乐、颜色识别等功能障碍,对患者的日常生活影响不大,不易被察觉,患者就不会感到不安,甚至表现冷淡,这时常常被误解为

欣快症。但临床上多数右脑半球损伤患者在他人询问其病情或提到某些症状(如疼痛、肢体功能障碍等)时,患者也会明显表现出对病情感到担心、自卑感、无助感和对康复的渴望等情绪,而在经耐心劝导或不提及病情时,患者则会忽视病情,治疗不积极,并寻找各种理由以达到减少康复训练的目的。从内源性考虑,在生物化学方面,与左右脑半球多巴胺和去甲肾上腺素的数量不同有关。多巴胺和去甲肾上腺素都是在大脑信号传输中起重要作用的化学物质,在左脑中,多巴胺的数量较多一些,而在右脑中,去甲肾上腺素的数量稍多一些^[16]。动物实验表明,脑中多巴胺在喜悦和入迷等方面发挥着作用,多巴胺负责加工正面情绪和常规性任务。左脑损伤后产生部位病灶效应破坏了多巴胺神经元及其通路,使神经元递质合成效能下降,而右脑去甲肾上腺素相对增加,从而导致左脑损伤患者较右脑损伤患者抑郁情绪严重。

左大脑损伤后抑郁较右侧重,差异具有统计学意义。也正因为左脑损伤的表现以重度抑郁为多^[17],所以诊断及治疗相对明确且及时^[18],而右侧脑损伤严重抑郁少见^[17],主要表现为不同程度的易激惹、不稳定的轻中度抑郁情绪、快感缺乏和表情淡漠等^[19-20]。为了及时发现及干预右脑损伤患者淡漠的情绪反应,可以通过指导患者及家属及时与医护沟通,报告任何有关快乐情绪变化的情况,以期发现细微的情感改变^[21]。

本研究结果还显示,左侧脑半球损伤患者在抑郁情绪、有罪感、自杀、入睡困难、睡眠不深、早醒、精神性焦虑、全身症状、性症状、疑病、体重减轻、强迫症状、能力减退、绝望感、自卑感等方面均较右侧脑损伤患者得分高,且差异有统计学意义($P < 0.05$),可以认为左脑损伤患者上述内容平均水平较右侧脑损伤患者表现更严重。左侧脑半球损伤患者多有自发的抑郁情绪主诉,以自发的惊恐、入睡困难或早醒、食欲减退、体重减轻等主诉为主,有的患者每日睡眠质量下降,口舌生疮、胃肠溃疡、疼痛致体重减轻及功能明显下降,甚至有濒死感及自杀意念。右侧脑半球损伤患者食欲好,

其中的 13 例体重有增加,仅在询问时诉说有自卑感,无 1 例主动诉说“我一无是处”或是“低人一等”。右脑半球损伤患者常常是被治疗师或家属询问时才会怀疑“情况是否会好转”,感到“没有希望”,但解释后基本上能接受会好转的观点,尽管有 1 例患者被询问时悲伤得大哭,经解释后也接受了“我的病会好”的安慰,而左侧大脑半球损伤患者被安慰后也难以接受。在能力减退感方面,右脑半球损伤患者虽然也需鼓励、指导和安慰才能完成能够独立完成的日常事物或个人卫生,但仅有 1 例在生活中主动表示能力减退,基本上都是在提问时方引出主观能力减退体验。在入睡困难方面,右脑损伤患者表现为欣快或淡漠,可以 3~5 d 睡眠明显减少,集中于 1 d 睡眠时间增加,无日间思睡、困倦等表现。

右侧脑半球损伤患者在日夜变化、人格解体或现实解体、偏执症状方面较左侧脑损伤患者得分高,且差异有统计学意义($P < 0.05$),可以认为右脑损伤患者的上述项目平均水平较左侧脑损伤患者表现更严重。

此外,研究结果还显示,左、右侧脑半球损伤患者在工作兴趣和兴趣、迟缓、激越、自知力、躯体性焦虑、胃肠道症状得分方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。无论是左脑还是右脑损伤,都直接或间接地表示对生活、工作或学习失去兴趣,没精打采,全身乏力疲倦,不能坚持或强迫自己去工作或活动,检查或训练时注意力难以集中,主动性减退。激越方面两组表现也基本相同,检查时心神不定,或有小动作。

在自知力和胃肠道症状项目具体表现上存在差异。自知力方面 2 组得分虽没有明显差异,但内容上,右侧脑损伤患者常常在谈及疾病时表示对病情的担忧,且往往把有病归因于伙食太差、单位不好、家庭关系不好,甚至否认有病,左侧脑损伤患者多数会主动诉说把有病归因于工作过忙、自己付出得太多,没有得到需要的休息。2 组在胃肠道症状具体表现的差异在于,右侧脑损伤患者存在食欲佳甚至体重增加,但存在便秘、需泻药辅助排便等表现,而左脑损伤患者表现为食欲欠佳,胃肠胀气、疼痛等不适甚至胃溃疡等方面。

二、研究意义

脑损伤发病急,患者往往对突如其来的功能障碍引起的日常生活能力及生活质量的下降难以接受,如果对疾病的理解不够正确或对治疗丧失信心,则极易产生抑郁、悲观、失望等负面情绪^[22]。这些患者常出现情绪异常,表现为少言、淡漠、缺乏主动性,日常生活过分依赖他人,强化患者角色,对治疗缺乏信心。由于这类患者原发病的表现较为突出,往往掩盖了抑郁情绪的症状,导致患者和家属忽略了抑郁情绪的存在,另外,即便是患者被发现情绪改变,也易被误认为是原

发病所致而未能及时诊治。

因此,在疾病早期,对患者及其家属进行相关知识的宣教,让患者及家属尽早了解脑损伤后可能存在的情绪、心理变化,可以让患者及家属积极配合康复治疗;同时,了解患者不同脑半球损伤导致情绪异常的不同表现及可能原因,可以让患者家属、医护人员正确对待患者情绪的异常及治疗过程中的不积极、不配合态度及种种看似不合理的借口等,并可以通过设计患者感兴趣的作业疗法、运动疗法等帮助患者接受现实、抑制不良情绪,诱导情绪正常化,使其积极参与康复治疗,从而提高康复治疗效果,改善预后^[22-23]。加强对左右脑半球损伤后情绪异常及其侧重点的认识,提高识别率和检出率,并根据患者抑郁倾向的不同,给予恰当的药物治疗、心理疏导及作业治疗等,将会明显改善原发疾病的预后及转归,提高患者的生活质量,达到回归社会和家庭的最终目的。

参 考 文 献

- [1] 马庆霞,郭德俊. 情绪大脑机制研究的进展. 心理科学进展, 2003, 11:328-333.
- [2] 张振涛,王涛. 卒中后抑郁的研究进展. 中国卒中杂志, 2008, 3: 783-788.
- [3] 乔杉杉,吴春薇,康智敏. 卒中后抑郁研究进展. 中风与神经疾病杂志, 2010, 27:663-665.
- [4] 王朝强,王艳杰,黄泳,等. 脑卒中后抑郁症及其临床治疗概况. 世界中西医结合杂志, 2009, 4:298-302.
- [5] Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. Stroke, 2005, 36: 1330-1340.
- [6] Foerch C, Misselwitz B, Sitzer M, et al. Difference in recognition of right and left hemispheric stroke. Lancet, 2005, 366:392-393.
- [7] 刘忠良. 康复医学. 长春: 吉林大学出版社, 2010:130-131.
- [8] Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context, and regulations: perspectives from affective neuroscience. Psychol Bull, 2000, 126:890-909.
- [9] 司徒卫军,朱熊兆. 卒中后抑郁的病灶研究. 国际精神病学杂志, 2009, 36:26-29.
- [10] 蒋仙国,李焰生,林岩,等. 脑卒中后抑郁与部位的相关性研究. 中国临床神经科学, 2009, 17:505-509.
- [11] 刘松怀,祁长凤. 颅脑损伤后情绪和行为障碍的心理治疗. 现代康复, 2001, 5:19-21.
- [12] 李青栋,许晶. 抑郁症的概念及分类研究历史. 临床医学史——医学与哲学(临床决策论坛版), 2009, 30:78-80.
- [13] Glamcevski MT, McArthur LC, Chong HT, et al. Factors associated with post-stroke depression, a Malaysian study. Neurol J Southeast Asia, 2002, 7:9-12.
- [14] 李小波. 脑卒中后抑郁情绪表现特点及相关因素研究. 中国医学工程, 2006, 14:196-198.
- [15] 恽晓平. 康复疗法评定学. 北京: 华夏出版社, 2005:448-451.
- [16] Goldberg E. The Wisdom Paradox: How your mind can grow stronger as your brain grows older. Great Britain: Pocket Books, 2007:190-200.
- [17] American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic

- and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000:778-816.
- [18] Robinson RG. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2006:29-36.
- [19] Spalletta G, Pasini A, Costa A, et al. Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender. Psychosom Med, 2001, 63:944-950.
- [20] Brodaty H, Sachdev PS, Withall A, et al. Frequency and clinical, neuropsychological and neuroimaging correlates of apathy following stroke: the Sydney Stroke Study. Psychol Med, 2005, 35:1707-1716.
- [21] Paradiso S, Anderson BM, Boles Ponto LL, et al. Altered neural activity and emotions following right middle cerebral artery stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2011, 20:94-104.
- [22] 张凤侠, 马冬云, 岳振芹, 等. 心理干预在脑卒中后抑郁康复中的作用. 中国老年学杂志, 2007, 27:984-985.
- [23] 徐娉, 庄强. 抗抑郁联合心理治疗对卒中后抑郁患者认知功能的影响. 山东医药, 2010, 50:45-46.

(修回日期:2011-06-21)

(本文编辑:松 明)

· 短篇论著 ·

超短波治疗儿童肠系膜淋巴结炎 100 例

邹炜 范美丽 孙均重

肠系膜淋巴结炎是儿科常见病,临床表现为阵发性腹痛、发热、呕吐、腹泻、食欲不振等,是小儿反复发作性腹痛的常见原因之一。由于其临床表现多样,缺乏典型的临床表现,易造成误诊与误治。近年来随着腹部彩色多普勒超声技术的提高,肠系膜淋巴结炎的诊断率明显提高。我们采用超短波治疗儿童肠系膜淋巴结炎 100 例,疗效满意,现报道如下。

一、对象与方法

1. 研究对象:选取 2008 年 3 月至 2010 年 9 月间收治的肠系膜淋巴结炎患儿 200 例,均经腹部 B 超确诊,可见数量大小不等的肿大淋巴结。将 200 例患者分为治疗组和对照组,每组 100 例,2 组一般资料见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组 别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)
		男	女		
治疗组	100	59	41	7.07 ± 2.62	7.42 ± 1.99
对照组	100	59	41	7.34 ± 2.37	8.03 ± 1.89

2. 治疗方法:治疗组用超短波治疗,对照组口服阿奇霉素治疗。治疗组使用 DL-C-M 型脉冲式超短波仪,20 cm × 40 cm 板状电极腹-背对置,微热量,10 min/次,1 次/d,连续治疗 5 d。对照组给予阿奇霉素口服,10 mg/kg 体重,每日 1 次,连续口服 5 d。

3. 疗效判断:治愈——1 ~ 5 d 内腹痛缓解,B 超复查示淋巴结较前缩小 3 mm 以上,3 个月内无腹痛发作;好转——3 个月内腹痛发作 < 3 次,或腹痛发作较治疗前明显减少,淋巴结稍有缩小;无效——腹痛发作次数无减少,或淋巴结 > 1 cm。

4. 统计学分析:用 SPSS 11.0 版软件进行数据分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,2 组间比较采用 *t* 检验,方差不齐时采用 Mann-Whitney 秩检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

治疗后治疗组患者的腹痛消失时间、治愈率、好转率及有

效率均明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较

组 别	例数	腹痛消失时间(d)	治愈(例,%)	好转(例,%)	有效(例,%)
治疗组	100	3.77 ± 1.17	85(85.0) ^a	15(15.0) ^a	100(100.0) ^a
对照组	100	4.62 ± 0.64	61(61.0)	22(22.0)	83(83.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$

三、讨论

肠系膜淋巴结炎常继发于上呼吸道感染的并发症中,大多数发生在 3 ~ 14 岁,以 5 ~ 8 岁多见,男女比例为 1.5:1。此病 1921 年由 Bremen 首先报道,因此也称 Bremen 综合征,主要由 Coxsackie 病毒引起。由于回肠大肠区淋巴结多,上呼吸道感染后,病毒及其毒素沿血液循环到达该区引起淋巴结感染并伴有细菌感染而发病。目前对该病仍缺乏有效的治疗方法,使该病反复发作迁延不愈,严重影响患儿身心健康及生活质量。现代医学主要采用广谱抗生素、支持疗法及对症治疗,但疗效不理想,副作用大,因长期使用抗生素而产生耐药、菌群失调导致二重感染,并且降低机体抵抗力,使病情反复发作。

超短波治疗时无可觉察的温热效应,可引起生理病理过程的变化,产生非热效应。超短波可使血管扩张,改善血液循环,加速炎症产物的清除。超短波能降低感觉神经兴奋性,升高痛阈而达到镇痛^[1]。动物实验发现,超短波有促进胃肠分泌和胃肠吸收的作用,在温热的作用下,还有解除胃肠道痉挛的作用^[2]。超短波治疗可使免疫功能增强,吞噬细胞数量增加,能促进炎症产物的吸收。

参 考 文 献

- [1] 南登崑. 康复医学. 3 版. 北京:人民卫生出版社:2004:143.
- [2] 郭新娜, 汪玉萍. 实用理疗技术手册. 北京:人民军医出版社, 2010:136-137.

(修回日期:2011-04-01)

(本文编辑:松 明)