

表 2 78 例患者治疗前肺功能各项检查值($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肺活量 (ml)	用力肺活量 (ml)	每秒通气量 (ml)	每分最大通气量 (L)
观察组	41	489 ± 17	647 ± 30	501 ± 28	20.19 ± 3.12
对照组	37	494 ± 21	639 ± 37	495 ± 30	20.32 ± 2.18
<i>u</i> 值		1.15	1.04	0.91	0.21

表 3 2 组患者治疗结果

组别	痊愈		显效		好转		无效	
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
观察组	22	48.89	15	33.33	5	11.11	3	6.67
对照组	10	25.00	14	35.00	7	17.50	9	22.50

表 4 78 例患者治疗后肺功能各项检查值($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肺活量 (ml)	用力肺活量 (ml)	每秒通气量 (ml)	每分最大通气量 (L)
观察组	41	676 ± 38	829 ± 32	655 ± 32	32.41 ± 2.29
对照组	37	531 ± 28	701 ± 30	604 ± 23	22.68 ± 2.15
<i>u</i> 值		19.31	18.23	8.13	19.08

讨 论

在抗感染过程中,体液免疫和细胞免疫起着重要的作用。

由于超短波能够增强肺部组织的血液循环和淋巴回流,增加血管通透性,因而使局部白细胞和抗体增加,提高机体免疫系统和单核巨噬细胞系统的功能,使病灶迅速局限化、病理产物和细菌分泌的毒素得以排除,使抗炎药物较易输入病灶^[3]。因此,它一方面可以加速组织的修复过程,另一方面能提高局部组织的药物浓度,起到增效作用。有报道,20 min 是无热量超短波最有效的作用时间^[4],我们的观察与此报道一致。

超短波对肺功能的康复作用在于它能够提高人体免疫功能与加速组织修复,从而加速了气道和肺组织的弹性修复,在消除炎症同时提高了肺的顺应性,加快了肺动能的康复。

参 考 文 献

- 1 穆魁清,何权瀛,主编. 肺感染. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1996. 118-133.
- 2 穆魁清,林友华,主编. 肺功能测定原理与临床应用. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1992. 339-342.
- 3 郭万学,主编. 理疗学. 北京:人民卫生出版社,1984. 223-225.
- 4 宋雪怡,龚彦珍,黄卓恒,等. 无热量超短波对小鼠血液有形成分的影响. 中华理疗杂志,1994,17:138-139.

(收稿日期:2002-05-09)

(本文编辑:郭正成)

药物、针灸及神经电刺激综合治疗去皮质综合征 52 例

唐勇 付鹏 李健 薛耐冬

去皮质综合征是由两侧大脑皮质的广泛损害或白质的弥漫性变性所致^[1]的一种特殊昏迷状态。临床上,它可能是一部分患者由深昏迷到清醒的一个过渡时期。当前,交通事故、暴力、工伤、脑血管病等是造成本病的主要原因。随着神经外科的普及与发展,危重患者抢救成功率不断提高,也使去皮质综合征患者明显增多。我们选取符合去皮质综合征诊断标准且持续 1 个月以上的患者 52 例,经药物、针灸、神经电刺激等综合治疗,取得了较理想的效果,总结如下。

资料与方法

一、一般资料

本组患者中,男 41 例,女 11 例;年龄 12 ~ 66 岁,平均 34 岁,其中 20 ~ 40 岁 38 例,约占 74%。病因:重型颅脑损伤 35 例,其中并发脑疝 26 例,手术 31 例;高血压性脑出血 14 例,其中并发脑疝 9 例,手术 11 例;蛛网膜下腔出血 2 例;失血性休克 1 例。呈去皮质状态持续时间为 1 个月 ~ 8 年。

二、临床表现

患者病初均呈深昏迷状态,GCS 评分 3 ~ 8 分,多伴有中枢性高热、抽搐、高血压、高血糖、电解质紊乱、肺部感染、肾功能不全、消化道出血等多种并发症。经积极治疗后,病情渐平稳,并

开始睁眼,继之出现典型的去皮质状态:眼球活动自如,有醒睡周期,对疼痛刺激有躲避、搔抓或痛苦表情,偶有呻吟、强哭、强笑等症状。各种深浅反射渐恢复,并出现吮吸反射。鼻饲 2 ~ 4 周后可经口饮食,但无意识活动,不能完成任何指令性动作,眼球不能随光线或物体的移动而移动,大小便失禁,未瘫肢体偶有自主活动,四肢肌张力高,腱反射亢进,病理反射阳性。

三、诊断标准

本组病例均参照去皮质综合征的诊断标准^[1]确诊,并可排除闭锁综合征等其他类型的昏迷。

四、治疗方法

对于去皮质综合征患者,因目前尚缺乏明确有效的治疗方法,应强调及早开始综合治疗,即药物、针灸及神经电刺激同时进行。

1. 药物治疗:(1)钙离子拮抗剂:尼莫地平^[2],一般每次给予 30 mg,每日 3 次。(2)神经细胞活化药物:麦角碱类,如舒脑宁、喜得镇;胆碱类,如胞二磷胆碱;多肽类,如脑活素、脑多肽;神经节苷脂类,如 GM-1、康络素等。应根据不同时期、不同病情选择 1 ~ 2 种进行治疗。(3)维生素类:主要是 B 族维生素及维生素 E 等。(4)改善微循环药物,如低分子右旋糖酐、脉络宁、复方丹参等。(5)中药:主要是活血化瘀及开窍药物,如通窍活血汤等。

2. 针灸“醒脑开窍”法和神经电刺激法:主穴选人中、内关、三阴交。辅穴选极泉、尺泽、委中、涌泉。人中向鼻中隔方向刺

3. 一般治疗:包括亲属的呼唤、谈话、音乐及声、光、电等物理刺激,以及利用烟、酒、花香气味或患者以前的特殊嗜好等进行刺激,这些方法常常有“奇效”或“唤醒”作用。高压氧及被动肢体功能锻炼,这不仅可以防止肌肉萎缩、关节强直等,还可以增强体质,改善脑缺氧状态。经口饮食,一般可以经口喂水及牛奶,适应几天后,应尽早拔除胃管,这也是一种对脑皮质的良好刺激,有利于患者的清醒。

参考文献

- 1 史玉泉,主编.实用神经病学.第2版.上海:上海科学技术出版社,1994.5-1132.
- 2 易声禹,费舟,徐如祥.尼莫地平救治重型颅脑损伤的理论基础与临床研究.中华神经外科杂志,1994,10:28-30.
- 3 杨树发,刘晔竹,王伟祥,等.持续植物状态患者的临床康复.中国康复医学杂志,1997,12:22.
- 4 段志祥.持续性植物状态.中华神经外科杂志,1995,11:365-366.
- 5 王升旭,洪军,邓爱文,等.针刺为主治疗脑外伤后持续性植物状态36例临床观察.中国针灸,2000,20:267.
- 6 贾少微,王凡,郑溪园,等.用SPECT研究针刺对脑血流量和脑功能的影响.中国针灸,1996,12:1.

(本文编辑:熊芝兰)

本组患者经采用药物、针灸及神经电刺激综合治疗,总有效率达 75%,这一比率远高于以往文献报道^[3,4]。实践证明,急性颅脑损伤后,一旦病情稳定,在运用中西医结合治疗的同时,积极配合早期的针灸治疗是完全必要的^[5]。中医认为:脑为髓海,源于先天之本,又赖于后天生化之源的滋养,为清窍所在。脑血管意外或脑损伤最终都将在脑海遗留或大或小的瘀血块,瘀而

· 征订 ·

为作者展示专业才华 为读者提供最新信息

' o | ~ i | → " % § ° ¿ / . i •

编辑部地址:武汉市解放大道 1095 号同济医院内《中华物理医学与康复杂志》编辑部;邮编:430030;电话:(027) 83662874;传真:(027) 83662264;E-mail: cjpmmr@tjh.tjmu.edu.cn 或 cjpmmr@sina.com。