

管我们在教材的编写、印刷方面花费了大量的人力、物力,但仍不尽如人意,自编的讲义,有的出现了水平不一、连接不紧的现象,在一定程度上影响了教学质量。调查中大多数毕业生都提出希望能尽快编写一套符合我国国情的规范化教材,进一步完善课程设置,建立独立的物理治疗专业和作业治疗专业,早日与国际接轨。

二、教学和实习基地建设

作为培养康复治疗师的教学基地,既要拥有一定数量和水平的教师队伍,又要有一个设备配置较完善的实习场所。作为理想的实习场所,要求指导教师的结构要合理,既有经过正规训练且有实际带教经验的物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师和心理治疗师,又有能亲自制作支具的矫形器师,还要有数量足够的患者来源,目前国内能达到上述标准的只有少数单位。近年来我校在此方面尽管做了很大努力,但与上述要求仍有一定的差距。

三、毕业去向

按照国际一般标准,每 10 万人口需要 15 名以上的物理治疗师,8~10 名作业治疗师。显然,康复治疗师的需求在我国有着巨大的市场。由于经济发展水平的制约,群众的康复理念尚未形成等原因,使得这种巨大的市场潜力目前尚未表现出来,因此出现了一方面是理论上的巨大需求,另一方面是客观上康复治疗专业的毕业生分配困难的奇怪现象,甚至于出现了有的毕业生分到医疗单位后,由于开展康复治疗工作的阻力较大,同时又缺乏相对独立的专业技术职称系列,不得不调换工作的情形。因此,迫切希望国家能尽快制定相应的法规,在现有的卫生职称系列中增加康复治疗专业职称系列,以保障、稳定这一支年轻的专业队伍。

(收稿日期:2001-08-07)

(本文编辑:郭正成)

· 短篇报道 ·

神经阻滞加理疗法治疗带状疱疹后遗神经痛

孙贵吉 万爱玲 杨明德 丁瑞梅

带状疱疹后遗神经痛是临床常见病症之一。我们用神经阻滞加理疗法治疗此症患者 30 例,收到满意效果。30 例中,男 13 例,女 17 例;年龄 54~83 岁,平均 65.4 岁;病史 1~15 年,平均 3.3 年。疼痛部位:头面部 9 例,胸背腰腹部 17 例,四肢 4 例。全部患者发病初期均有皮肤疱疹史,经内服及外涂药物等治疗后,疱疹痊愈,但局部疼痛不消失。疼痛呈针刺样、烧灼样、电击样或“猫抓”样,洗脸或衣服摩擦均可引起疼痛发作。病史长达 15 年的 1 例患者为一老年女性,其疼痛部位在左侧耳后,疼痛呈针刺样,时轻时重,每当情绪波动及食辛辣食物时易发,发作时用手捂盖、揉搓患部可使疼痛稍减。大多数患者曾口服消炎镇痛药、维生素、激素、卡马西平或苯妥英钠等药物,少数患者还曾静脉滴注过抗生素等,但疗效均不满意。

30 例患者随机分为治疗组与对照组,每组 15 例,2 组患者一般情况经统计学分析差异无显著性。2 组患者均根据疼痛部位选择相应的支配神经进行阻滞治疗,头面部主要选择颈神经浅丛、枕大神经、枕小神经、耳大神经、耳颞神经、星状神经节、半月神经节及其分支等;胸背腰腹部主要选择椎旁神经根、肋间神经等;四肢则主要选择臂丛神经、臂外侧皮神经、臀上皮神经、股外侧皮神经及坐骨神经等。药物配制:2%利多卡因 3~8 ml、VitB₁₂ 0.25~0.50 mg、甲泼尼龙 20~40 mg,根据不同病变部位配制 5~10 ml 混合液,一次注射。注射完毕,针眼以无菌棉球覆盖,常规观察 15~30 min,无不良反应方可离去。每 6 d 治疗 1 次,3~5 次为一疗程。对照组患者只作神经阻滞治疗,不加用其它疗法;治疗组患者于每次神经阻滞治疗后第 4 d 起,行局部超短波治疗,每天 1 次,每次 6~20 min,根据病变不同部位选择治疗剂量及时间,连续治疗 3 d。一疗程结束后统计治疗效果,分析统计资料使用四格表精确概率法。

评定治疗效果采用目测类比分法(VAS)^[1],以 0~2 分为“优”,3~4 分为“良”,5~7 分为“可”,8~10 分为“差”。2 组治疗结果见表 1。

表 1 2 组患者治疗结果(例)

组别	总例数	优	良	可	差	优良率(%)	有效率(%)
对照组	15	2	3	4	6	33.3	60.0
治疗组	15	7	5	2	1	80.0*	93.3**

注:2 组比较,* $P=0.026$;** $P=0.040$

讨论 带状疱疹后遗神经痛,是指急性疱疹皮损已经治愈 4~6 周后,在原受累神经支配区域内仍存有持续性剧烈疼痛^[2]。该症非常顽固和难治,发病机制尚不清楚。以往我们治疗带状疱疹后遗神经痛时,多在口服一般镇痛、解痉及维生素等药物无效后,改用神经阻滞疗法或超短波疗法,但疗效多不理想。后来我们发现,在治疗一些慢性疼痛性疾病,如颈椎病、腰腿痛、肩周炎等时,将阻滞疗法与理疗联合应用,取得了较满意的效果。受此启发,我们用神经阻滞加理疗法治疗带状疱疹后遗神经痛,结果显示,此法较单独应用神经阻滞疗法或理疗法疗效明显提高。分析其作用机制,可能是阻滞疗法所用药物对受累神经纤维具有促进修复的作用,而超短波有助于减轻炎症、改善局部循环及药物的吸收与利用,从而减轻疼痛。

参 考 文 献

- 1 赵俊,张立生,主编.疼痛治疗学.北京:华夏出版社,1994. 29-30.
- 2 Bonica JJ. Management of pain. 2nd ed, Philadelphia: Led & Feibiger, 1990. 260-261.

(收稿日期:2001-09-26)

(本文编辑:易浩)