

与脑局部血流量变化具有高度相关性^[4]。姜伟等^[4]检测了 56 例脑瘫患儿的脑血流速度,结果与本研究一致。本研究观察到脑瘫患儿脑部血流量少于正常儿,与其脑损伤后影响了正常的脑代谢,导致脑内血流分布异常有关^[3]。由于脑瘫儿脑损伤处于初期阶段,脑组织在出生时尚未发育成熟,大脑皮质较薄,细胞分化较差,神经髓鞘未完全形成。早期治疗可改善脑组织的代谢,促进脑组织修复。两组患儿经综合治疗后脑血流量均较治疗前有所增加,且以治疗组脑血流量增加更明显,提示脑瘫患儿早期治疗后脑血流异常是可逆的,对改善脑组织的代谢、促进脑功能的恢复有一定的作用。

脑瘫患儿的脑损伤处于初期阶段,脑的可塑性强,可随环境变化而改变,异常姿势和运动还未固定化,治疗后运动障碍较易恢复,所以目前国内外有学者认为,小儿脑瘫如能早期诊断及早期治疗,预后将有所不同^[5-7]。Vojta 博士用 Vojta 运动疗法治疗的 8 个月以下脑瘫儿 207 例,199 例(96.1%)达到正常化。本研究发现运动疗法、作业疗法、高压氧及按摩等综合治疗 6 个疗程后,脑瘫儿各项运动功能逐渐改善,且大部分患儿运动能力已达到正常发育水平,尤其 6 个月以内的患儿效果更佳。而对照组患儿各项运动能力仍落后于正常运动发育水平。说明综合疗

法治疗脑瘫儿可获得良好的治疗效果。早期、长期的综合干预是改善脑瘫儿预后的关键。

参 考 文 献

- 1 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义、诊断条件及分型. 中华儿科杂志, 1989, 27:162.
- 2 胡莹媛. 小儿脑性瘫痪的综合康复治疗. 中国实用儿科杂志, 1996, 11:72-74.
- 3 陈尔东, 吴积桐. 脑血流的分布异常. 见:张雄伟, 陈尔东, 吴积桐, 等, 主编. 临床经颅多普勒超声学. 北京: 人民卫生出版社, 1993. 134.
- 4 姜伟, 潘慧娟, 毕学燕, 等. 小儿脑瘫脑血流多普勒超声检测的研究. 中国超声医学杂志, 1999, 15:755-756.
- 5 林庆. 小儿脑瘫的早期诊断. 中国实用儿科杂志, 1996, 11:65-67.
- 6 卢庆春. Bobath 疗法. 中国实用儿科杂志, 1996, 11:77-79.
- 7 孙世远, 主编. 脑性瘫痪的早期诊断与早期治疗. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1991. 22-35.

(收稿日期:2002-03-20)

(本文编辑:阮仕衡)

微波治疗输卵管不孕 129 例

张建军 范才 李秀丽 周宁 张佳宁 李丽君

输卵管性不孕是女性不孕症的主要因素之一,病因以慢性炎症为主^[1],其发病率近年有上升趋势。为了探讨既能提高疗效又不增加患者痛苦的治疗方法,自 1994 年 5 月~2001 年 5 月,对 129 例因输卵管阻塞或不畅导致不孕的育龄女性给予微波治疗,取得了较好的疗效。

资料与方法

一、临床资料

129 例患者年龄 23~38 岁,平均 28.3 岁;不孕时间 2~10 年,平均 4.8 年。治疗前均经子宫输卵管碘油造影(HSG)检查确诊,且排除结核感染。129 例患者共有 256 条输卵管(2 例仅有单侧输卵管,1 例为完全阻塞,1 例为部分通畅),其中 95 条完全阻塞,161 条部分通畅。分为阻塞组和不畅组,其中阻塞组 39 例(包括 38 例双侧输卵管阻塞和 1 例仅有单侧输卵管阻塞患者);不畅组 90 例(包括双侧输卵管部分通畅患者 71 例,一侧阻塞,另一侧部分通畅患者 18 例,仅有单侧输卵管部分通畅患者 1 例)。

二、治疗方法

治疗采用北京生产的 PWH-微波热疗机,频率 915 MHz;辐射器为非接触圆柱型,直径 80 mm。因微波热疗机控制面板输出功率变化较大,以热敏温度计测量体表中心皮肤温度作为治疗指标。治疗前阴道内置甲硝唑栓 0.5 g;治疗时患者取仰卧位,辐射器距体表 3~6 cm,温度(39.5±0.5)℃;治疗时间

20 min,每周 5 次,10 次为 1 个疗程,疗效较差者增加 1 个疗程。治疗后 1 个月行 HSG 检查,通畅者 3 个月后指导受孕。所有病例均随访 1 年以上。

三、统计学分析

计数资料采用 χ^2 检验判断差异是否有显著性意义。

结 果

阻塞组、不畅组各有 1 人失访,按未达到通畅计算。

一、输卵管再通率

256 条输卵管中有 132 条达到完全通畅,再通率 51.6%。其中 95 条阻塞的输卵管中 19 条达到完全通畅,再通率为 20.0%;161 条部分通畅的输卵管有 113 条达到完全通畅,再通率为 70.1%,两者之间差异有显著性意义($\chi^2 = 58.2, P < 0.01$)。

二、宫内妊娠率(表 1)

129 例患者中 48 例宫内妊娠,总的宫内妊娠率 37.2%;其中阻塞组、不畅组的宫内妊娠率分别为 12.8% 和 47.8%,两者间差异有显著性意义($\chi^2 = 12.8, P < 0.05$)。不畅组有 1 例宫外孕。

表 1 阻塞组、不畅组患者宫内妊娠率比较

分 组	n	妊娠例数	未妊娠例数	妊娠率(%)
阻塞组	39	5	34	12.8
不畅组	90	43	47	47.8
合 计	129	48	81	37.2

注:双侧阻塞组与部分通畅组比较; $\chi^2 = 12.8, P < 0.05$

讨 论

慢性炎症引起的输卵管阻塞或通而不畅可导致成熟卵子不

作者单位:050082 石家庄,白求恩国际和平医院微波治疗室(张建军、范才、李秀丽、周宁、张佳宁),妇产科(李丽君)

能到达壶腹部,从而影响精卵结合。目前治疗该病的常用治疗方法有宫腔通液术、导管疏通术及手术复通术,其中后两者的疗效较好。利用输卵管疏通术和经气囊输卵管修复术,妊娠率可达 30% 以上^[2],而显微外科输卵管重建术的宫内妊娠率可达 70%。但上述方法均为有损伤性治疗,导管疏通术有可能引起输卵管穿孔等严重并发症;手术复通术需住院治疗,费用高,技术操作复杂,这些均限制了其在临床上的普遍应用。

微波是一种高频电磁波,近年应用较为广泛,在治疗急、慢性炎症方面取得了较好的疗效^[3,4]。本组 129 例患者输卵管再通率、宫内妊娠率分别达到了 51.6% 和 37.2%,输卵管部分通畅的再通率明显高于输卵管完全阻塞的患者,表明微波是治疗输卵管不孕较为有效的方法,尤其对部分通畅的输卵管效果更佳。本研究所用微波频率为 915 MHz,属分米波范畴,较厘米波的有效作用深度更深^[5]。其热效应可促进输卵管及其周围组织的血流增快、微血管扩张及细胞膜通透性增加,从而使炎性渗出物吸收,输卵管畅通;另外局部组织营养代谢的改善还可促进组织的再生及纤维化重塑过程,松解腔内及输卵管与周围组织的粘连,提高输卵管的弹性,恢复输卵管与周围组织的正常解剖关系,使输卵管伞的拾卵、卵子在管腔内的运送过程得以顺利进

行。至于微波对输卵管通而不畅引起的不孕疗效较好,可能与其慢性炎症发生时间短、程度轻有关。

综上所述,微波治疗输卵管性不孕疗效确定,对输卵管通而不畅引起的不孕效果尤佳。该疗法具有无损伤、费用低、操作简单等优点,而且无效者仍可施行手术治疗,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- 1 罗丽兰,主编. 不孕与不育. 北京:人民卫生出版社,1998. 149-174.
- 2 Confino E, Tur-Kaspa I, DeCherney A, et al. Transcervical balloon tuboplasty. JAMA, 1990, 264: 2079-2082.
- 3 魏凤翔, 吕志宏. 间歇性超强剂量微波治疗纤维织炎. 中华物理医学与康复杂志, 2000, 22: 76.
- 4 刘宪兰, 宋玲. 微波治疗慢性宫颈炎 260 例. 中华理疗杂志, 2000, 23: 169.
- 5 缪鸿石, 主编. 康复医学理论与实践. 上海: 上海科学技术出版社, 2000. 693-697.

(收稿日期: 2002-08-14)

(本文编辑: 熊芝兰)

· 短篇报道 ·

高频电针加超短波治疗耳廓假性囊肿 35 例

冯珍 聂萍萍 徐华平

耳廓假性囊肿是耳鼻喉科常见疾病,表现为耳廓外侧面上半部的局限性肿胀、内有浆液聚集形成囊肿样隆起,其治疗方法较多。我们应用高频电针加超短波治疗耳廓假性囊肿 35 例,疗效满意。

65 例耳廓假性囊肿患者分成治疗组(35 例)与对照组(30 例)。治疗组中,男 27 例,女 8 例;年龄: <30 岁 7 例, 30~50 岁 19 例, >50 岁 9 例;病程: ≤1 个月 28 例, >1 个月 7 例;部位: 左耳廓 20 例, 右耳廓 15 例;大小: 0.8 cm × 0.6 cm 2 例, 1.2 cm × 1.6 cm 22 例, >(1.2 cm × 1.6 cm) 11 例。对照组中,男 23 例,女 7 例;年龄: <30 岁 8 例, 30~50 岁 15 例, >50 岁 7 例;病程: ≤1 个月 23 例, >1 个月 7 例;部位: 左耳廓 13 例, 右耳廓 18 例,大小: 0.8 cm × 0.6 cm 3 例, 1.2 cm × 1.6 cm 18 例, >(1.2 cm × 1.6 cm) 9 例。2 组患者的年龄、病程、部位、大小均有可比性。

治疗组采用高频电针治疗仪(武汉工学院产,主载频率 850 kHz,功率密度 0~30 W/cm²,连续可调)进行治疗,常规消毒后用 2% 利多卡因局麻,选用适当功率在囊肿最低位置打孔引流液体,孔的直径约 0.3~0.4 cm,用消毒纱布按压排出全部液体,然后加压包扎。第 2 天采用五官超短波机(上海产, WJ-1 型,频率 40.68 MHz,波长 7.2 m,输出功率 50 W)进行治疗,微热量,每次 15 min,每日 1 次,5 次为 1 个疗程。对照组按常规消毒皮肤后用 5 ml 注射器抽液后加压包扎,再行超短波治疗,条件方法同治疗组。

治疗组高频电针打孔平均为(1.14 ± 0.035)次,超短波治疗 3~14 次,平均(7.49 ± 3.59)次;对照组空针抽液平均为(1.77 ± 1.04)次,超短波治疗 5~16 次,平均(8.80 ± 3.42)次。治疗组痊愈 30 例,有效 5 例,痊愈率为 85.7%;对照组痊愈 18 例,有效 10 例,无效 2 例,痊愈率为 60%。2 组疗效经统计学处理,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

讨论 耳廓假性囊肿又称浆液性耳廓软骨骨膜炎,是一种无菌性浆液性渗出反应,好发于青年男性,多单侧发病,极少有双侧同时发病。我们观察 65 例,仅有一例双侧同时发病。其病因及发病机制目前尚不清楚^[1,2],治疗方法较多,但缺乏特异性。我们采用高频电针打孔,使液体易于引流,且术后局部加压包扎,压迫囊腔以阻止液体的形成积聚。用注射器抽液,由于针头小、针眼易闭合而不利于术后引流,故治疗组疗效优于对照组。超短波可扩张局部毛细血管、加快局部血流速度、改善微循环,从而使局部肿胀消退,有利于组织修复与病理状态的消除^[3],故超短波治疗可起协同作用。

参 考 文 献

- 1 黄选兆,主编. 耳鼻咽喉科学. 北京:人民卫生出版社,1995. 240-241.
- 2 朱利相,王秀运. 耳廓假性囊肿. 国外医学耳鼻咽喉科分册,1993, 17: 136-138.
- 3 郭万学,主编. 理疗学. 北京:人民卫生出版社,1984. 575.

(收稿日期: 2002-04-03)

(本文编辑: 郭正成)