

· 基层园地 ·

传统医学与现代康复医学结合 治疗儿童脑性瘫痪 140 例

浙江大学医学院附属儿童医院(杭州 310003)
周雪娟 庄妮霞 郑苏晴 陈 彤 罗燕斐

我们自 1991 年开始进行脑性瘫痪(脑瘫)康复的治疗研究,初期以传统医学方法为主,配合简单的功能训练,以后逐步增加现代康复医学的方法和手段,达到传统医学和现代康复医学并重,同时培训家长开展家庭康复,取得了较为明显的效果。现报道如下。

临床资料 1991~1998 年在本院门诊治疗的脑瘫患儿,疗程在 6 个(治疗 60 次)以上、资料完整的共计 140 例,其中男 92 例,女 48 例,年龄 2 个月~14.42 岁,平均(2.65±1.97)岁。其中痉挛型 95 例,手足徐动型 21 例,强直型 1 例,共济失调型 3 例,肌张力低下型 3 例,混合型 6 例,无法分类型 11 例。根据 1988 年 7 月全国小儿脑性瘫痪座谈会修订的诊断和分型标准[林庆.全国小儿脑性瘫痪座谈会纪要.中华儿科杂志 1989;3(27):162]诊断。

治疗方法 采用头针、体针、穴位注射(药物为乙酰谷酰胺、脑活素)、耳穴贴压、按摩点穴、手法矫形、运动疗法、物理疗法、作业疗法、口服中药制剂脑瘫灵(每 100ml 含生药:枸杞子 12g 伸筋草 12g 益智仁 12g 怀牛膝 10g 制首乌 15g 石菖蒲 6g 珍珠母 15g 当归 10g 千年健 12g 青龙齿 12g 鸡血藤 12g)。根据每个患儿的年龄、类型选择其中 2~6 种方法进行康复治疗。年龄≤1 岁:按摩点穴,手法矫形,运动疗法;>1 岁:按摩点穴,手法矫形,运动疗法,针刺,穴位注射,物理疗法;>2 岁:按摩点穴,手法矫形,运动疗法,针刺,穴位注射,物理疗法,中药,作业疗法。痉挛型:针刺一般宜静留针,穴位注射药物为乙酰谷酰胺,手法矫形应用较多,大运动训练效果较好,手足徐动型:针刺不宜留针,运动疗法以平衡和稳定性训练为主,穴位注射药物为脑活素,作业疗法和物理疗法应用较多。混合型:两种类型的方法兼顾。

患儿每月在医院接受 10 次治疗,治疗期间采用集中上课、播放录像、发放小册子、一对一示范等多种形式培训家长,治疗间隙家长在家中帮助患儿进行家庭康复,6 个月作为一个大的疗程,前后进行运动功能和社会适应行为能力评估。

统计学方法 治疗前后两次评分结果输入 Foxpro2.5 软件建立数据库,应用 SPSS 统计软件包,采用配对资料的秩和检验(Wilcoxon 法)完成对疗效的统计分析。

结 果

1 疗效判断 根据小儿正常神经发育规律,参考小儿智能发育诸多量表,制订脑瘫运动功能评估表和社会适应能力表,前者分为抬头、翻身、协调性动作、坐、爬、跪、站起、站、走、上下楼梯 10 项,总分为 100 分;后者分为进食、漱洗、穿脱衣、自

理大小便、器具操作、语言、数算、认知、理解能力、社交能力等 11 项,总分 110 分。每项 10 分,完全不会为 0 分,独立完成为 10 分,中间根据完成的情况分 2.5 分、5 分、7.5 分。

2 疗效 140 例中运动能力提高的 139 例(99.3%),不变的 1 例(0.7%);社会适应能力提高的 133 例(95%),降低的 6 例(4.3%),不变的 1 例(0.7%)。配对秩和检验分析表明,两者差异均有显著性($P<0.01$),见表 1。

表 1 140 例脑瘫患儿运动能力和社会适应能力治疗前后对照分析

	运动能力			社会适应能力		
	中位数	最小值	最大值	中位数	最小值	最大值
治疗前	38.00	3.00	97.00	28.25	3.00	100.00
治疗后	58.50	6.00	98.00	43.00	5.00	108.00
差值	16.00	0.00	63.00	10.25	-1.00	36.00
Z	-10.229			-10.040		
P	<0.01			<0.01		

讨 论 脑性瘫痪不是一个独立的疾病,它包括多种原因引起的脑损伤所致的非进行性中枢性运动功能障碍。目前尚无特异性的治疗。传统医学的中药、针灸、按摩、点穴、手法矫形等方法对各种原因引起的瘫痪具有确切的疗效,操作相对简便且有广泛的群众基础,一直是国内治疗脑瘫的主要方法。现代康复医学的运动疗法、物理疗法、作业疗法对于改善患儿的运动功能,促进智力发育,提高生活质量确有明显作用,但因需要一对一甚至二对一训练的专业人员以及宽敞的场地、昂贵的器械和辅助设备,至今只能在较大的康复中心或综合医院开展。我们采用现代康复医学和传统医学方法结合治疗脑瘫,并将两种方法融入到家庭康复中去,这种方法适合中国国情,是目前较为理想的国内脑瘫儿童的康复模式。

(收稿 2000-10-08 修回 2001-10-10)

中西医结合治疗结核性胸膜炎 68 例疗效观察

江苏省阜宁县中医院(江苏 224400)

姚东坡 徐达稳 陈向荣 郑友祥 夏建华

上海中医药大学附属曙光医院 陈兆善

1990 年 12 月~2000 年 12 月,我们共收治结核性胸膜炎患者 136 例,随机分为新法治疗组和常规治疗组各 68 例,新法治疗组疗效满意。现总结如下。

临床资料 病例选择标准(1)确诊的初治结核性渗出性胸膜炎患者。(2)胸腔积液量 200ml 以上。(3)除外叶间积液者。(4)无糖尿病、营养不良、其他传染病及心肝肾疾病。分组:将符合标准者掷币决定为新法治疗组和常规治疗组,新法治疗组 68 例,男 45 例,女 23 例,年龄 17~88 岁,平均(40.1±4.9)岁;常规治疗组 68 例,男 41 例,女 27 例,年龄 18~79 岁,平均(40.0±5.8)岁。两组胸腔积液量及临床表现,经均衡性检验差异无显著性。

治疗方法 新法治疗组(1)化疗采用 2S(E)HRZ/4HR 方案,口服 654-2 10mg,每日 3 次。(2)予微创一次性胸水引流

术 B 超定位选择液平面最宽处为穿刺点 , 常规消毒铺洞巾 , 利多卡因逐层麻醉 , 穿刺进针后 , 引入柔软不锈钢导丝 , 退出穿刺针 , 引入静脉留置管 , 或剪去钢针的一次性输液器硅胶细管 (直径 2mm) 固定并连接输液管 , 与水封瓶相连 , 速度调节在 30~50ml/min 进行放液。留管时间以完全引流至胸水消失为止 (经胸部摄片证实)。(3) 每日在留置管近胸端注入雷米封 0.3g , 地塞米松 10mg , 尿激酶 10 万 u。(4) 口服抗癆逐饮汤 : 百部 10g , 百合 10g , 生地 10g , 白及 10g , 柴胡 10g , 赤芍 10g , 白芍 10g , 桃仁 10g , 丹皮 10g , 丹参 10g , 黄芪 15g , 炒白术 10g , 猪苓 20g , 茯苓 20g , 葶苈子 20g , 皂刺 15g , 生甘草 5g。阴虚火旺者加知母 10g , 银柴胡 10g , 黄柏 10g ; 痰热盛者加黄芩 15g , 全栝楼 15g , 大贝母 15g ; 阳气虚者加人参 15g , 阳气虚甚者加桂枝 10g。

常规治疗组 (1) 化疗予 2S(E)HRZ/4HR 方案。(2) 口服强的松 20~30mg/d , 10 天后逐步减量。(3) 中等量积液予每周抽液 2~3 次 , 每次抽液量小于 1000ml , 有胸膜反应者停止抽液。

均住院治疗 , 胸水消退或量很少时出院 , 继续督导用药 , 抗癆时间总计 6 个月。

统计学方法 采用方差分析和 χ^2 检验。

结 果

(1) 疗效判定标准 : 参照中华人民共和国卫生部 1996 年 8 月发布的《病种质量控制标准》。治愈 : 症状、体征消失 , 血沉正常 , X 线检查胸腔积液完全吸收 ; 好转 : 症状、体征消失 , 血沉正常或接近正常 , X 线检查胸腔积液明显吸收或仅有少量积液。(2) 结果 : 新法治疗组与常规治疗组的疗效、抽液总量及副反应比较 , 见表 1。退热时间、胸水消退时间及副反应 , 两组比较差异有显著性 ($P<0.01$)。

表 1 两组疗效及副反应比较

组别	治愈 (例)	好转 (例)	放液量 (ml)	退热 时间	胸水消 退时间	胸膜增 厚粘连	包裹性 积液	肝功 异常	胃肠 反应
				(天)		(例)			
新法 治疗	60	8	2100±17	7.2±1.8	10.0±4.9	2	2	3	2
常规 治疗	50	18	2300±25	17.1±2.4 *	28.0±3.4 *	24 *	10 *	11 *	12 *

注 : 与新法治疗组比较 , * $P<0.01$

讨 论 结核性渗出性胸膜炎是因结核杆菌损害胸膜所致 , 胸膜为单层扁平上皮构成的浆膜性生物膜 , 毛细血管淋巴管位于上皮下结缔组织中 , 结核杆菌使胸膜上皮细胞变性纤维化 , 在胸膜炎早期 , 胸膜充血水肿 , 渗液中纤维蛋白沉积于胸膜 , 影响毛细血管通透性 , 细胞碎片组织炎症 , 对淋巴管形成压迫 , 影响胸水重吸收 , 如不及时充分引流 , 那么 , 纤维蛋白沉着 , 广泛胸膜增厚和包裹性积液分隔在所难免。常规穿刺抽液量有限 , 胸水蓄积 , 如抽液量大 , 易发生纵膈移位 , 复张性肺水肿 , 钢针长时间刺激 , 易引起胸膜反应 , 钢针也可能刺破肺脏 , 形成气胸。常规药物治疗方案中 , 利福平能加速激素和雷米封的代谢 , 影响抗癆及减少胸水的渗出 , 有学者建议 , 停用利福平改用吡嗪酰胺。但我们认为利福平抗癆效果较好 , 在充分引流后胸腔内注入地塞米松、雷米封 , 局部浓度较高 , 既可减少全身副反应 , 又可绕过肝药酶代谢这一环 , 降低了肝脏损害及胃肠反应

发生率。在胸腔内注入尿激酶后 , 纤溶活动加强 , 降解纤维蛋白 , 裂解纤维分隔 , 降低了胸水粘稠性 , 有利于积液的充分引流 , 纤维素不易沉积 , 对局部凝血机制未见明显影响 , 而且使引流管堵塞大为减少。口服 654-2 可以改善微循环 , 降低毛细血管通透性 , 增强胸膜血流量 , 通过对磷脂酶 A2 的抑制作用而具有明显抗炎效果。一次性微创引流法 , 置入的是细硅胶管 , 而非钢针长时间刺激 , 具有微创痛苦小 , 可自由活动的优点。结核性渗出性胸膜炎作为感染性疾病 , 应该与脓胸一样 , 充分引流 , 常规治疗 , 胸水蓄积 , 延缓病程 , 胸水中药物浓度较低 , 难以发挥效力 , 微创一次性放液 , 胸腔内注入药物 , 药物浓度高 , 病程缩短 , 包裹性积液胸膜增厚粘连的发生率大大下降。放液的速度可精确控制 , 无一例发生纵膈移位、复张性肺水肿。一次性放液与多次穿刺抽液相比 , 大大减少了医源性胸腔内感染的机会。

抗癆逐饮汤有抗癆促胸水吸收 , 减少并发症和药物副反应之功效 , 方中白及、百部、生地养阴杀虫 , 黄芪、丹参、柴胡、白芍疏肝护肝 , 可减少抗癆药物的肝损害 , 赤芍、皂刺、丹皮、丹参活血化瘀 , 可减少纤维素渗出 , 黄芪、白术、茯苓健脾护胃 ; 车前子、葶苈子、猪苓、茯苓利水逐饮。方中诸药均可调整免疫 , 进而缩短病程 , 减少并发症 , 随症加减更取良效。

(收稿 2001-07-28 修回 2002-02-10)

强力宁预治疗后加干扰素治疗慢性乙型病毒性肝炎的近期疗效观察

北京地坛医院 (北京 100011) 刘 雅

1998 年 3 月~2001 年 6 月 , 笔者采用强力宁预治疗后加干扰素治疗慢性乙型病毒性肝炎 30 例 , 疗效较好 , 现将结果报告如下。

临床资料 所选病例均符合 1995 年全国传染病及寄生虫病学术会议制订的慢性乙型病毒性肝炎的诊断标准 [病毒性肝炎防治方案 . 中华传染病杂志 1995 ; 13 (4) : 241—247] , 临床诊断为慢性乙型肝炎。于治疗前连续两次以上血清检测 HBV 标记为 HBsAg、HBeAg、HBV-DNA (斑点法) 和 Anti-HBc 均为阳性及 Anti-HBe 和 Anti-HBs 均为阴性。近 0.5 年未用过抗病毒及免疫调节药治疗者。并除外有心脏病、慢性肾病、糖尿病及酒精性肝病、自身免疫性肝炎。符合以上标准并完成治疗者 50 例 , 其中治疗组 30 例 , 男 24 例 , 女 6 例 , 年龄 22~45 岁 , 平均 30.7 岁 , 发现乙型肝炎病毒 (HBV) 感染史 1~16 年 , 平均 4.5 年。对照组 20 例 , 男 16 例 , 女 4 例 , 年龄 15~53 岁 , 平均 32.7 岁 , 发现 HBV 感染史 1~11 年 , 平均 3.6 年。两组病例的一般情况具有可比性。

治疗方法 治疗组用 20% 强力宁注射液 100ml 加入 10% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注 , 每日 1 次共 15 天 , 然后用干扰素 300 万 u 肌肉注射 , 每日 1 次 , 4 周后改为每周 3 次 , 共 12 周。对照组除了不用强力宁外 , 其他治疗同治疗组。两组患者除了一般保肝药外 , 均不用其他抗病毒药及免疫调节药。

治疗结束后观察血清 HBV 标记 , 包括 HBsAg、HBeAg、