

并发症。有多项研究表明经治疗大部分药物性肝损患者病情好转,肝功能恢复较快,但也有部分病人死亡,这可能与肝功能损害程度及机体反应性有关^[8]。

参考文献

1 厉有名. 药物性肝损害的临床类型及诊断策略[J]. 中华肝脏病学杂志, 2004, 125(7): 445-446.
2 李健, 程香普, 崔静, 等. 36例药物性肝病的临床分析[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2000, 9(3): 216-220.
3 Maria VA, Victorino RM. Development and validation of a clinical scale for the diagnosis of drug-induced hepatitis[J]. Hepatology, 1997, 26(3): 664.

4 Benichou C. Criteria of drug-induced liver discord report of an international consensus meeting[J]. Hepatology, 1990, 11(2): 272.
5 黄翀, 张欣欣. 药物性肝损的发病机制及分型诊断[J]. 诊断学理论与实践, 2008, 7(2): 224-227.
6 陈达民. 草药小柴胡汤引起的肝损害[J]. 国外医学消化系疾病分册, 2001, 16(1): 61-62.
7 罗嘉玲, 王东辉, 邱凯锋. 48例药物性肝损害病例的临床分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(22): 25-26.
8 厉亚. 103例药物性肝损害的临床分析[J]. 医药导报, 2009, 28(10): 1375-1376.
[收稿日期 2009-12-18][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

高危儿脑损伤早期中西医综合康复治疗 50 例的效果分析

廖继文, 陈忠平, 黎 嫦, 蒙 莉, 卢满平, 黎小凤, 曾俭玲, 陈 平

作者单位: 530400 广西, 宾阳县妇幼保健院

作者简介: 廖继文(1969-), 男, 研究生, 副主任医师, 研究方向: 儿童保健。E-mail: jiwenliao@163.com

[摘要] 目的 探讨高危儿脑损伤(CCD)早期综合康复治疗的效果。方法 对 50 例脑损伤的患儿进行中西医结合康复治疗(包括功能训练、感觉综合训练、中医推拿、物理和药物治疗等)。结果 治愈 35 例(占 70.0%), 好转 13 例(占 26.0%), 有效率为 96.0%; 无效 2 例(占 4.0%)。结论 月龄在 6 个月内(尤其是在 3 个月内)的患儿, 进行早期综合康复治疗, 轻症患儿脑损伤很快康复, 重症患儿能最大限度地减轻残废的程度。

[关键词] 高危儿; 脑损伤; 综合康复; 治疗

[中图分类号] R 651.1 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)04-0378-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.04.34

The Analysis of curative effect of early comprehensive rehabilitation in the treatment of 50 high risk infants with brain injury LIAO Ji-wen, CHEN Zhong-ping, LI Chang, et al. Binyang County Maternal and Child Health Hospital, Guangxi 530400, China

[Abstract] Objective To explore the effect of early comprehensive rehabilitation in the treatment of high risk infants with brain injury. Methods Fifty infants with brain injury received the rehabilitation therapy of combining traditional Chinese and western medicine. Results Obvious effective rate was 96% in 50 cases, of them 35 (70%) healed; 13 (26%) improved, 2 cases (4%) failed. Conclusion Within postnatal 6 months, especially postnatal less than 3 months, early comprehensive rehabilitation can be effective in treating infants' brain injury, and minimize the degree of disability in severe cases.

[Key words] High risk infants; Brain injury; Comprehensive rehabilitation; Cure

高危儿是指在胎后期、分娩期和新生儿期存在影响生长发育(尤其是脑发育)危险因素的婴儿。高危儿中有 5% 左右会发生脑损伤^[1], 其最常见的严重的后遗症是脑性瘫痪。脑损伤是指出生前、出生时及生后 1 个月内各种因素所致的非进行性脑损伤或发育缺陷, 这种损伤或发育缺陷已有临床

异常, 尚不能诊断为脑瘫或其他脑功能障碍者。我科 2008-08~2009-12 对 50 例高危儿脑损伤采用中西医结合综合康复治疗, 收到了较好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患儿为 2008-08~2009-12 在我院儿保门诊

治疗的高危儿脑损伤患儿共 50 例。年龄为 43 天~12 个月,其中开始治疗年龄 1~3 个月 12 例,3~6 个月 30 例,6~12 个月 8 例。高危因素:病理性黄疸 15 例,早产 9 例,HIE 7 例,颅内出血 5 例,母孕期异常 25 例,其中孕早期感染 10 例,先兆流产 8 例,孕中后期胎监<7 分 3 例,妊高征 2 例,前置胎盘 1 例,胎盘钙化 1 例。根据 Vojta 反射检查分度:重度 13 例,中度 5 例,轻度 32 例。

1.2 诊断标准 (1)存在导致脑损伤的高危因素;(2)有脑损伤的早期症状;(3)有 Vojta 姿势反射异常、肌张力改变、运动发育落后及姿势异常。

1.3 临床分度^[1] (1)轻度:Vojta 姿势反射 4~5 种异常;(2)中度:Vojta 姿势反射 6~7 种异常;(3)重度:Vojta 姿势反射 7 种以上异常伴有肌张力改变。

1.4 综合康复治疗方法

1.4.1 运动功能训练 按发育规律进行,包括:(1)协助患儿拉起、抬头、翻身等控制性训练;(2)协助患儿坐、爬、立等平衡稳定性训练;(3)协助患儿手脚伸屈功能性训练。上述训练均与 Bobath Vojat 手法相结合,以建立大脑对大运动、手精细动作的控制和支配能力。

1.4.2 感觉综合训练 利用充气大球协助患儿开展各种运动,通过运动可将有关触觉、体觉、视觉信息传输至大脑前庭,以恢复脑损伤患儿的前庭功能。

1.4.3 中医推拿 主要目的是帮助患儿肌张力的恢复。推拿方法:(1)痉挛型。痉挛部位推拿手法要轻缓,拮抗部位手法力度稍大,亦可用点穴方法刺激,1 次/d,10~20 min/次,20 次为一疗程。(2)肌张力低下型。用按摩、叩击、拍打等方法,1 次/d,10~20 min/次,20 次为一疗程。

1.4.4 物理治疗 (1)用脑电仿生电刺激治疗仪(CVFT-011M)刺激小脑顶核,增加脑部局部血流量,改善脑微循环,1 次/d,20 min/次,20 次为一疗程;(2)用低频脉冲电流进行经络穴位刺激,以调节肌张力,促进肢体运动功能的恢复,1 次/d,30min/次,20 次为一疗程;(3)用低频脉冲电流直接兴奋神经肌肉组织,引起肌肉有节律的收缩,以改善肌张力和血液循环,促进肢体运动功能的恢复,1 次/d,20 min/次,20 次为一疗程;(4)应用神经节苷脂、神经生长因子等药物治疗,连用 10 d 为一疗程,共治疗 1~3 个疗程,每个疗程之间间隔 20 d。

1.5 疗效判断标准 1 个月为一疗程,1~4 疗程后分别进行精神发育状况检查。(1)治愈:运动发育恢复正常,肌力恢复正常,无异常姿势,Vojta 姿势反射正常^[2],Gesell 量表测评 DQ≥80 分^[3];(2)好转:运动发育提高,肌张力、姿势、Vojta 姿势反射好转,Gesell 量表测评 DQ 提高 10 分;(3)无效:与治疗前比较无变化。

1.6 统计学方法 应用 SPSS10.0 软件进行统计学处理,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 总疗效 50 例中,治愈 35 例(70.0%),好转 13 例(26.0%),无效 2 例(4.0%)。总有效率为 96.0%,

2.2 不同开始治疗年龄的疗效比较 年龄 0~6 个月者 42 例中,治愈 32 例(83.3%),好转 10 例(16.7%),有效率为 100.0%;7~12 个月者 8 例中治愈 3 例(37.5%),好转 3 例(37.5%),无效 2 例(25.0%),有效率为 75.0%。两者疗效差异有统计学意义($\chi^2=5.40,P<0.05$)。见表 1。

表 1 不同开始治疗年龄的疗效比较[n(%)]

开始治疗年龄(月)	例数	治愈	好转	无效	χ^2	P
0~6 月	42	32(83.3)	10(16.7)	0(0.0)	5.40	<0.05
7~12 月	8	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)		
合计	50	35(70.0)	13(26.0)	2(4.0)		

2.3 不同病情程度的疗效比较 轻症 32 例中,治愈 27 例(84.3%),好转 5 例(15.7%),有效率为 100.0%;中度 5 例中,治愈 3 例(60.0%),好转 2 例(40.0%),有效率为 100.0%;重症 13 例中,治愈 5 例(38.5%),好转 6 例(46.2%),有效率为 84.6%,无效 2 例(15.3%)后发展为脑瘫。轻、重度两组间比较 $P<0.05$,差异有统计学意义。见表 2。

表 2 不同病情程度的疗效比较[n(%)]

病情程度	例数	治愈	好转	无效
轻度	32	27(84.30)	5(15.7)	0(0.0)
中度	5	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)
重度	13	5(38.5)	6(46.2)	2(15.3)
合计	50	35(70.0)	13(26.0)	2(4.0)

注:轻、重度之间比较, $P<0.05$

3 讨论

随着围产医学、新生儿急救医学的迅速发展和高危患儿监护技术、抢救技术以及生命支持技术的不断提高,使新生儿死亡率已逐年下降,但小儿脑性瘫痪的发生率不但没有减少,反而有升高的趋势。因此,如何在提高危重新生儿抢救成功率的同时,减少存活儿的病残率,提高存活儿的生存质量,是新生儿科医生需要面对的一个新问题。所以,对高危儿脑损伤进行早期诊断、早期综合康复治疗是减少脑瘫和病残的关键。早期治疗的时间一般是指生后 6 个月以前,超早期为 3 个月以前。生后 6 个月内是小儿大脑发育最迅速的“黄金时期”,如能在脑损伤伤后即开始综合康复治疗,脑损伤可以得到最大限度的恢复,脑功能的代偿作用也可得到极大限度发挥,大多数脑损伤可以获得临床痊愈^[4]。本组结果表明,6 个月前得到及时综合康复治疗的脑损伤患儿,临床近期显效率达 100.0%,6~12 个月临床近期显效率也有 75.0%。说明脑损伤治疗越早效果越好^[5],即使是重症患者也能最大限度地降低残疾和脑瘫的发生率及减轻其程度^[6]。

参考文献

1 谢 鹏,林义雯,吴昭琳.高危儿保健和脑损伤的早期诊疗[M].长沙:湖南科学技术出版社,2001:7,56-57,79-81.

- 2 宾昌辉,苑通光,颜梅芳.中枢协调障碍的早期诊断与早期干预[J].中国儿童保健杂志,2006,14(4):425.
- 3 张志强,陈 绒,杨桂凤.86例婴儿中枢协调障碍及早期医学干预效果分析[J].广西医学,2006,28(12):1889.
- 4 曹务莲,黎 剑,覃 琴.高危儿脑损伤的早期干预方法及效果研究[J].实用预防医学,2008,15(2):339.
- 5 敖美卿,梁佩清,李小明.综合康复治疗早期婴儿脑损伤40例[J].实用医学杂志,2008,24(5):786-787.
- 6 张清华主编.小儿运动障碍的理学疗法[M].北京:中国中医药出版社,2007:184-185.
- [收稿日期 2010-01-05][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

护理研讨

胰岛素泵治疗糖尿病酮症酸中毒的临床观察与护理

耿秀英, 安新荣, 刘凤琴, 张 颖, 邢绍芝

作者单位: 256603 山东,滨州医学院附属医院内分泌科

作者简介: 耿秀英(1963-),女,本科,主管护师,研究方向:内分泌系统疾病的护理。E-mail:gengxiuying@126.com

通讯作者: 安新荣(1966-),女,本科,主管护师,研究方向:内分泌系统疾病护理。E-mail:byfynfm@126.com

[摘要] 目的 探讨胰岛素泵持续皮下输注胰岛素对糖尿病酮症酸中毒(DKA)的疗效及护理要点。方法 60例住院DKA患者随机分为胰岛素泵持续皮下输注治疗组(CSLL组)和小剂量胰岛素持续静脉滴注组(CVLL组),对两组患者血糖达标时间、平均每日胰岛素用量、尿酮体转阴时间、血酮体达标时间、血CO₂-CP恢复时间及低血糖发生率进行对比分析。结果 两组血糖均明显下降,两组血糖达标时间无明显差异($P>0.05$);平均每日胰岛素用量、低血糖发生率、血CO₂-CP及血酮体恢复正常时间、尿酮体转阴时间差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 与CVLL相比,CSLL对糖尿病酮症酸中毒的治疗更为安全、有效。

[关键词] 糖尿病; 酮症酸中毒; 胰岛素泵; 护理

[中图分类号] R 587.1 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2010)04-0380-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.04.35

胰岛素泵持续皮下输注胰岛素(CSLL)用药准确灵活,操作简单方便,使用安全有效,是目前最符合生理状态的胰岛素输注方式^[1]。我科自2007-05开始应用CSLL治疗糖尿病酮症酸中毒(DKA)患者30例,并与用小剂量胰岛素持续静脉滴注(CVLL)的30例进行对比,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007-05~2009-03在我科住院的DKA患者60例,均符合1999年WHO糖尿病诊断标准及《内分泌学》中DKA的诊断标准^[2]。根据胰岛素给药方法随机分为两组:(1)CSLL组30例,其中男21例,女9例,1型糖尿病8例,2型糖尿病22例,平均年龄 (37.4 ± 16.2) 岁,体重指数(BMI) (22.9 ± 2.4) kg/m²,入院时平均血糖 (27.8 ± 6.5) mmol/L,平均CO₂-CP (16.3 ± 4.2) mmol/L。(2)CVLL组30例,男18例,女12例,1型糖尿病10例,2型糖尿病20例,平均年龄 (40.1 ± 12.6) 岁, BMI (21 ± 2.8) kg/m²,平均血糖 (26.9 ± 2.9) mmol/L,平均CO₂-CP (16.9 ± 4.6) mmol/L。两组病人的性别、年龄、糖尿病类型、体重指数及入院时的平均血糖、平均CO₂-CP比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 胰岛素泵采用美国美敦力公司生产的 Min-

imed508C型或Minimed712型,血糖监测采用罗氏血糖仪。CSLL组用胰岛素泵皮下持续输注胰岛素(诺和灵R笔芯),置泵成功后先给予0.3 U/kg的首次负荷量,然后予以基础率输注。对不能进食的病人只给予基础量,开始设置基础率为0.1 U/(kg·h),当血糖降至13.9 mmol/L时,基础率改为0.05 U/(kg·h)。能够进食时则改为基础量+餐前大剂量相组合的输注方式,全日胰岛素总量为0.4~0.9 U/kg,基础量与餐前大剂量各占总量的50%;CVLL组采用传统的小剂量胰岛素(诺和灵R)持续静脉滴注,胰岛素用量为0.1 U/(kg·h),加入生理盐水中缓慢静滴,当血糖降至13.9 mmol/L以下时改输5%葡萄糖注射液和胰岛素(按4~6 g糖加1 U胰岛素),待酸中毒纠正,尿酮体转阴、正常进食后改为“三短一中”即三餐前用诺和灵R、睡前用诺和灵N四次皮下注射的治疗方法。两组患者同时给予基础治疗,包括常规补液补钾、纠正脱水及电解质平衡紊乱、去除诱因、抗感染及相对规律的饮食等综合治疗。

1.3 指标观察 (1)血糖达标时间:监测末梢血糖1次/h,以血糖9.0~11.0 mmol/L为靶血糖值(需持续3h)。(2)血酮体、血CO₂-CP达标时间:每6小时抽静脉血监测血酮体(血酮体<0.6 mmol/L)、CO₂-CP(>20 mmol/L)。(3)尿酮体转阴时间:嘱患者每2小时排尿1次,尿酮体转阴后的3 d