DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.09.033

组织的急性毁损,所需的剂量更高。

3.4 伽玛刀治疗前后的辅助性处理

伽玛刀治疗前后的一些辅助性处理措施对于扩大伽玛刀治疗指征、提高疗效、降低并发症是十分有益的。

囊性肿瘤一般被认为是不适合伽玛刀治疗的,不过,本组对13例囊性肿瘤(7例转移瘤,4例胶质,2例颅咽管瘤)采取立体定向穿刺引流1~2 d,使囊壁皱缩后再行伽玛刀治疗,取得了良好的效果。有报道表明,大体积、高血流速的脑动静脉畸形伽玛刀治疗后闭塞效果较差[9,10]。对于这类型的病灶,我们采取伽玛刀治疗前的血管内栓塞治疗以降低流速、减小病灶体积,取得一定效果。至于此技术是否有助于减少观察期的出血风险,有待更多病例的证实。对于脑胶质瘤,我们认为伽玛刀仅是仅脑胶质综合治疗的一部分,因此主张伽玛刀治疗前后行常规化疗;而普通外照射与否,则取决于病灶的大小、边界清晰度与分化程度的高低。

伽玛刀治疗后给予甘露醇及皮质激素已成了许多伽玛刀治疗中心的常规程序。我们的经验是,甘露醇应选择性地使用,而治疗后早期(2 h内)给予皮质激素则可能有助于放射性损害的预防。

参考文献:

[1] 王迎选,王所亭. 现代立体放射治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,1999. 5.

[2] Grabb P A, Lunsford L D, Albright A L, *et al*. Stereotactic radiosurgery for glial neoplasms of childhood[J]. Neurosurgery, 1996, 38(4): 696-701.

[3] Masciopinto J E, Levin A B, Mehta M P, *et al*. Stereotactic radiosurgery for glioblastoma: a final report of 31 patients[J]. J Neurosurg, 1995, 82(4): 530-535.

[4] Kondziolka D, Lunsford L D, Flickinger J C, *et al*. Reduction of hemorrhage risk after stereotactic radiosurgery for cavernous malformations[J]. J Neurosurg, 1995, 83(5): 825-831.

[5] Regis J, Bartolomei F, Kida Y, *et al*. Radiosurgery for epilepsy associated with cavernous malformation: retrospective study in 49 patients[J]. Neurosurgery, 2000, 47(5): 1091-1097.

[6] Pendl G, Unger F, Papaefthymiou G, *et al*. Staged radiosurgical treatment for large benign cerebral lesions[J]. J Neurosurg, 2000, 93(Suppl 3): 107-112.

[7] 沈光建,许民辉,邹咏文. 伽玛刀治疗后脑水肿相关因素的临床分析[J]. 功能性与立体定向功能神经外科杂志, 2000, 13(2): 73.

[8] 沈光建,许民辉,邹咏文. 海绵窦区脑膜瘤的伽玛刀治疗效果[J]. 第三军医大学学报, 2003, 25(11): 1016-1018.

[9] Lunsford L D, Kondziolka D, Flickinger J C, *et al*. Stereotactic radiosurgery of arteriovenous malformation of the brain[J]. J Neurosurg, 1991, 75(4): 512-524.

[10] Meder J F, Oppenheim C, Blustajn J, *et al*. Cerebral arteriovenous malformation: the value of radiologic parameters in previcting response to radiosurgery[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1997, 18(8): 73-1483.

(编辑 陈聪连)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)09-0826-01

综合法治疗冻结期肩周炎282例疗效观察

Observation of the therapeutic efficacy in 282 cases of scapulohumeral periarthritis in freezing period after treatment by a comprehensive therapy

田家林,蔡永丰 (中国人民解放军驻香港部队医院理疗科,深圳 518048)

1 资料和方法

冻结期肩周炎患者282例,男138例,女144例;右肩135例,左肩142例,双肩5例,年龄27~79岁,平均54岁;病程2个月至6年。

采用上海产LDT-CD31型超短波治疗机,板状电容电极,肩关节前后对置,微热量,每次15~20 min,1次/d,10~14次为一疗程。一般1~2疗程,疗程间隔1周。随后用沈阳产CZT-8A电脑超声中频治疗机,局部涂超声耦合剂,超声头直径4 cm,连续波移动法,范围视病情而定,声强1.2~2.0 W/cm^2,1次/d,20 min,10次为1疗程。患者理疗后都接受手法治疗:患者取坐位,首先以揉、滚、捏、按、推、拿等法使肩周围及上臂肌肉得到充分放松,继之以拇指揉按肩内俞、肩井、肩贞、天宗、肩髃、臂臑、曲池、合谷等穴,使局部出现酸麻胀感,疼痛减轻,而后弹拨肱二头肌腱沟、三角肌前后缘及岗上肌腱、岗下肌腱、小圆肌腱附着处,指拨所有痛点及病变肌肉、韧带,拨揉腋窝内肩肱关节囊;再以上肢被动后扳法、环转摇肩法、拔伸牵引法、摇臂伸抖法,使患侧肩关节作前屈、后伸、内收、外展、环转、上举等各方向的最大功能位活动;最后以搓法反复对揉患肩到前臂。1次/d,20 min,6次为1疗程,治疗1~3疗程,平均2疗程。手法完毕后指导患者进行运动疗法:徒手运动是做前屈、外展、内旋、后伸、外旋、屈肘旋肩、腰部甩臂、扩胸、后伸摸背、手指爬墙上

(下转829页)

作者简介:田家林(1967-),男,湖北市武汉市人,主治医师,主要从事物理治疗方面的研究。电话:(0755)83381001-66064

收稿日期:2004-02-01;修回日期:2004-04-01

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

特点和酶基因的介导方式目前仍不十分明确。

本研究中 6 株黄杆菌用纸片法和 PCR 扩增法均显示为产 bla 株, 提示西南医院黄杆菌可能普遍产 bla。染色体和质粒共携带了 7 种不同类型的 bla 基因, 同一菌株的染色体和质粒最多竟携带了 5 种 bla 酶基因, 远超过国外文献关于黄杆菌携带 bla 基因种类的数量, 说明黄杆菌携带的 bla 基因呈多样性, 提示临床治疗黄杆菌感染时应慎用不耐酶的 β-内酰胺类抗生素[5]。研究还表明, 黄杆菌的 bla 基因除可分别由染色体和质粒独立介导外, 同一酶基因在同一株菌中可同时由染色体和质粒共同介导, 且由质粒介导的耐药基因类型远多于染色体, 提示在医院环境中的细菌耐药基因通过质粒进行交换和转移的现象已相当普遍。

本研究黄杆菌携带的多种酶基因中, PSE-1、AmpC 应引起特别注意。PSE-1 基因根据 Bush-Jacoby- Medeiros 的最新分类法, 属于可以被克拉维酸抑制的 2c 亚组β-内酰胺酶, 其优先的底物为青霉素和羧苄西林, 该酶基因最先发现于铜绿假单胞菌, 其后其它肠杆科细菌中也相继发现了该酶, 以往的相关研究认为该酶多存在于细菌的染色体上, 但本研究显示 PSE-1 基因在黄杆菌中已同时由染色体和质粒共同介导, 表明 PSE-1 基因能稳定地传代并介导对青霉素等抗生素的耐药。至于黄杆菌中有否存在质粒转化、转座等机制, 则有待于深入研究。AmpC 为 Bush 分类法中的头孢菌素酶, 既往多认为该酶由染色体介导, 但由于近年已发现其也可由质粒编码并介导, 已有人将其看作超广谱 bla, 本研究也显示 AmpC 酶基因可由质粒介导, 应该引起重点关注。

随着新型抗生素的不断开发和在临床的广泛运用, 近年院内细菌面临着空前的抗生素选择压力, 在这种高抗生素选择压力作用下的细菌可能通过自身染色体突变或获得外源性质粒而获得耐药性[6], 因此, 加强抗生素管理、合理使用抗生素以减轻抗生素压力应是延缓院内细菌耐药性发生的关键, 此外还应对临床医护中可能导致质粒交换、转移的各种途径加强管理和控制, 避免耐药性借由质粒在医院中快速扩散[7]。

参考文献:

[1] 汪　复, 朱德妹, 胡付品, 等. 上海地区细菌耐药监测分析[J]. 中华医学杂志, 2001, 81(1): 17－19.

[2] 束学安. 流感嗜血杆菌β-内酰胺酶机制的研究[J]. 第二军医大学学报, 1999, 20(10): 770－772.

[3] Bellais S, Poirel L, Nass T, *et al*. Genetic-biochemical analysis and distribution of the Ambler class A beta- lactamases CME-2, responsible for extended-spectrum cephalosporin resistance in Chryseobacterium (Flavobacterium) meningosepticum[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2000, 44(1): 1－9.

[4] Bellais S, Poirel L, Leotard S, *et al*. Genetic diversity of carbarpennem-hydrolyzing metallo-lactamase from Chryseobacterium (Flavobacterium)[J]. Antimicrob Agents Chemother, 2000, 44(11): 3028－3034.

[5] 宋世平, 黄春基, 解晓珍. 下呼吸道感染的病原菌变迁及耐药状况分析[J]. 第三军医大学学报, 2002, 24(1): 114－116.

[6] 华　川, 府伟灵, 李苏利. MRSA 院内感染的实验监测[J]. 第三军医大学学报, 1998, 20(2): 82－83.

[7] 夏培元, 肖光夏. 细菌对抗生素的耐药性——一个必须面对的严重问题[J]. 中华烧伤杂志, 2001, 17(2): 71－74.

(编辑　汪勤俭)

(上接 826 页)

举等肩关节运动 15 min, 2 次/d; 器械运动是借助肋木、肩梯、体操棒、滑轮器、肩关节旋转器等进行肩关节练习。有肌肉萎缩者加哑铃操锻炼。1 次/d, 每次 20 min, 10 次为 1 疗程。

疗效标准。治愈: 症状与体征消失, 肩关节活动恢复正常; 显效: 症状与体征明显改善, 肩关节活动基本恢复; 好转: 症状与体征部分改善, 肩关节活动范围较治疗前增大; 无效: 症状及体征无变化或加重。

2　结果

显示 282 例中治愈为 69 例, 占总数的 24%, 显效为 105 例, 占 37%, 病人症状明显好转者 97 例, 占总数的 34%, 治疗后症状及体征无明显改变或加重者 11 例, 占 4%。

3　讨论

同传统的单一治疗方法相比, 采用综合法能提高肩周炎治疗效果。治疗中超短波、超声波、电脑中频同期使用, 既起到消炎、止痛、解痉的作用, 又可有效的防止和松解粘连[1]。在此基础上结合手法、运动疗法, 可进一步松解软组织粘连, 改善肩关节各个方向的活动。充分发挥治疗因子间的相加与协同互补作用, 其治愈率、显效率均优于单-方法。证明超短波、超声波、电脑中频、手法、运动疗法的结合是治疗肩周炎较为理想、有效的方法[2]。

关键词: 肩周炎; 理疗; 运动疗法; 综合疗法
中图法分类号: R268　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 张清根. 冻结肩治疗的进展[J]. 中华理疗杂志, 1988, 11(3): 165.

[2] 杜宝琮, 任晓东, 曾　畅. 超声——中频电同步叠加疗法治疗瘢痕和粘连的临床研究[J]. 中国医科大学学报, 1996, 25(2): 209－210.

(编辑　张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net