

内酯类抗生素阿奇霉素静点,10mg/kg.d,静点不耐受者可采用口服治疗。全部病例均以治愈或好转出院,预后良好,无后遗症发生。

3 讨论

3.1 肺炎支原体(MP)是人类呼吸道感染的常见病原体,并可引起多系统疾病,危害性严重。MP在潜伏期即具传染性。因此,临床医师根据患儿的临床表现,对高度怀疑MP感染的患者早期诊断、早期干预非常重要。目前临床上用于MP检测的方法有传统实验室培养、多聚合酶链反应(PCR)、血清MP特异性抗体检测。传统实验室培养难度大,耗时长,临床应用价值很小。PCR方法可检测出咽部分泌物、血清中MP-DNA,特异性强,敏感性高,早期诊断意义较大,但由于受实验条件限制,不能普及开展。MP-IgM抗体特异性高,但一般在病程10天左右检测阳性率高,故早期诊断比较困难,且一些免疫缺陷,免疫系统尚未发育完善的患儿不能对病原体产生正常的免疫应答,因此在MP感染的情况下也不能产生MP-IgM抗体。我们采用MP快速鉴定培养基进行MP检测,结果显示MP肺炎的检测阳性率为27.11%。同时对所有病例测血清MP-IgM抗体阳性率为22.88%,结果也同时显示了血清MP-IgM抗体阳性患儿采用MP快速培养也都呈阳性。临床上对MP培养阳性患儿应用阿奇霉素治疗疗效显著,表明MP快速培养结果可靠。MP快速培养法操作简便、花费低廉,对实验室条件要求不高,可以在各级医院推广使用,为临床早期诊断MP肺炎提供了又一有价值的方法。

3.2 在发病率上,本组资料MP肺炎的阳性率为27.11%,比国内报告的MP肺炎阳性率19.1%~21.9%^[4]要高,推测原因可能是该病发病率逐年有上升。本组资料MP快速培养阳性率与血清MP-IgM抗体阳性检测率有一定差异,推测原因为MP-IgM抗体早期产生较少,一般要在感染后一周才上升,发病一月才达高峰。 ≤ 3 岁患儿MP阳性者占全部阳性例数的34.38%,说明好发年龄确有提前,与近年文献报告相一致^[5],由此看来在临床工作中对婴幼儿MP肺炎的诊治应当引起足够重视。

参考文献

- [1] Foy HM. Infections caused by *Mycoplasma pneumoniae* and possible carrier state in different populations of patients [J]. Clin Infect Dis, 1993, 17 (Suppl 1): S37 - S46.
- [2] Lind K, Benzon MW, Jensen JS, et al. A seroepidemiological study of *Mycoplasma pneumoniae* infections in Denmark over the 50 year period 1946 - 1995 [J]. Eur J Epidemiol, 1997, 13 (5): 581 - 586.
- [3] 中华医学会儿科学会呼吸学组. 第四届全国儿科呼吸学术会议纪要[J]. 中华儿科杂志, 1999, 33(3):168.
- [4] 曹玉璞. 小儿支原体感染的诊断与治疗. 中国实用儿科杂志, 1995, 10(6):339.
- [5] 俞善昌. 有关支原体感染的几个问题. 实用儿科杂志, 1993, 8(3):209.

收稿日期:2007-07-20

谷维素配伍用肌苷治疗短暂性抽动症 33 例疗效观察

谢丹, 孙刚, 李晶, 赵红立, 黄慧桃

(黑龙江省大庆油田总医院, 黑龙江 大庆 163001)

摘要 目的 观察谷维素配伍用肌苷治疗短暂性抽动症的疗效, 寻求新的药物治疗方案。方法 观察组 33 例, 采用谷维素配伍用肌苷治疗, 对照组 26 例不采用药物治疗。二组均给予行为弱化治疗。结果 观察组疗效显著高于单纯行为弱化组, $P < 0.01$ 。结论 谷维素配伍用肌苷是治疗短暂性抽动一个疗效好且安全的方法。

关键词 谷维素; 肌苷; 短暂性抽动症

[中图分类号] RT29

[文献标识码] B

学科分类代码:320.34

文章编号:1001-8131(2007)05-0005-02

抽动障碍是以某种形式的不随意、快速、重复的非节律运动或(和)无明显目的、突发性发声抽动为特点的一种复杂的、慢性神经精神障碍。抽动障碍根据临床症状和病程长短的不同,分为短暂性抽动障碍、慢性抽动障碍和多发性抽动症三种类型。是一种由遗传缺陷和不良环境因素所致的精神发育障碍。据文献报道抽动障碍的患病率达0.05%左右^[1]。我院自2005年3月至2006年10月采用谷维素配伍用肌苷片治疗短暂性抽动障碍,同时给予行为弱化指导,与同期单纯行为弱化治疗的26例对比观察,报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象:为我院儿科门诊自2005年3月至2006年10月诊断的短暂性抽动障碍患儿共59例,均符合DSM IV诊断标准^[2]。其中男37例,女22例;年龄6个月~13岁,平均7.5岁;病程1~4月,平均2.1月。首发症状出现在头颈部49例,表现为眨眼、皱眉、嗅鼻、点头、歪嘴、吞咽、伸颈等动作;在躯体四肢6例,表现为耸肩、挺胸、鼓肚、扭腰、踢腿等;发声性抽动4例,表现为犬吠样咳嗽1例、干咳1例、清

嗓子2例。运动性抽动伴声音性抽动3例。注意力缺乏、多动31例,攻击行为3例,不同程度学习困难16例,脾气控制困难13例。家庭氛围:父母关系和睦25例,一般18例,经常争吵6例,单亲家庭5例(8.47%)。家庭教育:父母严厉者38例,开导者16例,溺爱者5例;期望过高43例(72.88%),参加课外学习班1个33例(55.93%),2个以上18例(30.51%)。半数以上40例(67.8%)家长过分紧张,关注患儿抽动症状。59例常规脑电图检查,其中22例正常,37例有 θ 波或 δ 波增多,4例额叶或额叶出现少量棘慢波改变。脑CT扫描59例均未发现异常。

1.2 方法 随机分为观察组33例,谷维素配伍用肌苷片治疗,谷维素10mg/次,肌苷片60~80mg/kg,每日3次口服。对照组26例不采用任何药物治疗,二组均给予行为弱化治疗指导,方法是向家长及老师讲解本病的特点,告诉他们小儿是患病,不要单纯认为是“坏毛病”、“沙眼”、“咽炎”,要求他们不要当着小儿的面跟人提及小儿的病情,在抽动发作时,不要提醒或训斥孩子,而是采取分散注意力的方式:如与

小儿谈些轻松的话题或让小儿去做些感兴趣的事情,以分散小儿的注意力,也要告诉患儿虽然自身难以长时间控制,但通过自身努力仍可达到一定的控制效果。2 组患儿年龄、性别、病程、病情等无统计学差别。

1.3 观察方法与疗效判定^[2]:59 例病人都采取公开病征记分观察法,即由家长和医生共同记录 20 分钟内不自主运动和发声次数,相加后为总计量分,测定 10 次取平均值。分别于治疗第 10 天、1 月、2 月时进行疗效评价,抽动次数减少至治疗前的 1/2 为有效,减少至 30% 为显效,抽动完全消失为治愈。

2 结果

表 1 治疗前后抽动次数的变化

例	抽动次数			
	治疗前	治疗 10 天	治疗 1 月	治疗 2 月
观察组 33	119.7±23.2	58.5±15.10 *	27.3±13.6 *	15.3±7.6 *
治疗组 26	123.5±25.5	76.6±19.7#	61.8±14.1#	44.2±8.9#

注:二组的治疗后各阶段相比,* $P<0.01$,# $P>0.05$

2.2 不同治疗阶段的结果 观察组在治疗的 10 天内即有治愈患者,治疗时间越长治愈率越高,治疗 2 月后达 72.7% (24/33)。对照组不同治疗阶段疗效无显著性差异,提示随着时间的延长,行

2.1 治疗前后抽动次数的变化:观察组治疗后较治疗前 20min 平均抽动次数有明显减少。治疗前 20min 内抽动次数为(119.7±23.2)次,治疗 10 天抽动数为(58.5±15.1)次,治疗 1 个月为(27.3±13.6)次,治疗 2 个月为(15.3±7.6)次,治疗各阶段抽动次数均有显著性差异($P<0.01$),提示谷维素配伍用肌苷片随着治疗时间的延长疗效增加。对照组,治疗前 20min 内抽动次数为(123.5±25.5)次,治疗 10 天抽动数为(76.6±19.7)次,治疗 1 个月为(61.8±14.1)次,治疗 2 个月为(44.2±8.9)次,治疗后各阶段抽动次数的改变无显著性差异, ($P>0.05$)(见表 1)。

为弱化治疗的疗效变化不大,对于行为治疗疗效不佳的儿童除应继续指导行为弱化治疗外,尚应及时应用药物治疗。以免抽动症状持续不消失。各阶段疗效观察见表 2。

表 2 59 例抽动障碍患儿不同治疗阶段治疗结果

分组	例数	治疗 10 天				治疗 1 月				治疗 2 月			
		无效	有效	显效	治愈	无效	有效	显效	治愈	无效	有效	显效	治愈
观察组	33	7	17	7	2	4	7	6	16	2	5	2	24
	%	21.2	51.5	21.2	6.1	12.1	21.2	18.2	48.5	6.1	15.2	6.1	72.7
对照组	26	16	8	2	0	10	4	9	1	8	3	2	11
	%	61.5	30.8	7.7	0	38.5	15.4	34.6	3.8	30.8	11.5	7.7	43.3

注:不同阶段观察组与对照组疗效(有效率+显效率+治愈率)相比, $P<0.05$

3 讨论

抽动障碍首先由 Itard(1925)和 Georges Gills de Tourette(1885)描述,20 世纪 60 年代以前一直视为原因不明、罕见、可自愈性疾病。我国曾有“多动秽语综合征、习惯性痉挛”等描述。然而,近 30 年来,对抽动障碍的认识发生了戏剧性的变化,特别是 20 世纪 90 年代以来,普遍认为抽动障碍非常多见,是一种由遗传缺陷和环境不良因素所致,症状由轻至重,复杂多变,不仅表现为抽动,而且有多种情绪和行为异常。短暂性抽动有器质性因素存在,但是可能与局部躯体因素及社会心理因素的关系更为密切,短暂性抽动症在抽动障碍中发病率最高。多年来,许多医生认为抽动障碍是一种可自愈性疾病,不必采取特殊治疗。然而,事实并非如此,许多人症状迁延,治疗困难,甚至导致为终身性疾患。病因不详,多认为与遗传及环境因素相互作用所致,近年越来越多的作者认为本病可能有大脑器质性的病变^[3,4]。认为本病中患儿肌群的抽动与杏仁核、纹状体通路障碍有关,而不自主发声可能系扣带回基底节及脑干异常放电所致^[5]。目前治疗的药物有多巴胺受体阻滞剂(氟哌啶醇、泰必利、哌迷清等),D 自身受体激动剂(培高利特), α 受体激动剂(可乐定)等^[6]。本病发病率近年来明显增加,与独生子女增加,家长过分注意、重视、甚至斥责,导致儿童心理负担加重有关。一般治疗首选氟哌啶醇,安坦用以减少其锥体外系反应。由于氟哌啶醇服用易产生嗜睡、静坐不安、锥体外系反应等副作用,服用剂量小,部分家长难以掌握,易造成剂量过大致锥体外系反应发生,因此不易被家长接受。培高利特目前未报导有锥体外系症状出现,但价格高,其它药物疗效均非令人满意探索新的治疗方案已成为当务之急。

谷维素有减少脑内去甲肾上腺素的释放,调节植物神经功能、改善神经、精神失调症状的作用^[7]。肌苷是嘌呤类代谢过程中

间产物,它能通过血脑屏障,快速进入中枢组织,实验证明肌苷具有镇静、抗惊厥、修复中枢神经系统损伤的作用,据 Kalnal 观察 HAL 能够抑制多巴胺的释放,肌苷也具有同样作用^[7]。冯国栋研究肌苷对海人藻酸引起的纹状体损伤有保护作用^[8]。抽动症的发病机制虽不清,但多认为与精神因素、遗传及中枢神经递质有关。由人报道抽动与病人脑内儿茶酚胺更新率加速,纹状体中多巴胺功能亢进有关。研究选用谷维素配伍用肌苷片治疗短暂性抽动症取得了满意的疗效,考虑与谷维素抑制脑内去甲肾上腺素的释放,降低了儿茶酚胺代谢率,肌苷抑制多巴胺释放及修复纹状体有关。

参考文献

- [1] 静进. 小儿神经心里发育及其障碍. 中国实用儿科杂志, 2001, 16(6):349.
- [2] 吴家骅. DSM-IV 关于抽动障碍的分类与诊断标准[J]. 中华儿科杂志, 1996, 34(5):352.
- [3] 杨杰, 李国良, 吕冰清. Tourtte 综合征患儿脑电图遗传学特征研究[J]. 湖南医科大学学报, 2002, 27(3):273-274.
- [4] 李国良, 文霞, 杨晓芬. 伴与不伴注意缺陷多动障碍的抽动秽语综合征动态脑电图的对照研究[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(4):234-235.
- [5] 程霖. 特性震颤特发性帕金森病的关系. 中华神经精神科杂志, 1995, 28(2):90-93.
- [6] 刘智胜. 抽动障碍患儿的药物治疗进展. 国外医学儿科学分册, 1999, 26(2):90-93.
- [7] 汤光. 现代药理学[M]. 北京:中国医药科技出版社, 1997:157-254.
- [8] 冯国栋. 肌苷对海人藻酸引起的纹状体损伤的保护作用. 第四军医大学学报, 2003, 24(20):1864-1866.

收稿日期:2007-07-20