

免疫过度而导致的肝组织受损。根据其临床表现与实验室检查等情况,可将此类疾病分为自身免疫性肝炎、原发性胆汁性肝硬化以及原发性硬化性胆管炎,前两者较后者更为常见,且随着国内慢性肝炎人群数量逐年上升,自身免疫性肝炎发病率正在呈现日益增长的趋势<sup>[4]</sup>。自身免疫性肝病的诊断在临床上缺乏统一标准,但此类疾病因自身抗原刺激造成肝脏损伤,因此会于体内产生相应的抗体,针对血清自身抗体的检测能够辅助医生进行诊断与治疗。

本文研究结果显示,自身免疫性肝病患者血清中自身抗体的表达与健康人相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。原发性胆汁性肝硬化患者的各项指标与自身免疫性肝炎患者相比差异有统计学意义,前者的 M2-3E、AMA-M2 均明显高于后者。其原因主要为原发性胆汁性肝硬化是一种慢性胆汁淤积性肝病,主要由免疫介导,其自身抗体为 AMA-M2。本文检测 ANA 显示自身免疫性肝炎患者阳性率高于原发性胆汁性肝硬化患者,其主要原因在于自身免疫性肝炎的标志抗体为 ANA<sup>[5-6]</sup>。

综上所述,血清中自身抗体检测能够作为医生判断患者是否存在自身免疫性肝病的有效措施,值得在临床上推广应用。但由于大多数自身抗体不具备器官特异性与病情特异性,且会随着疾病的变化而发生波动,因此有学者认为不能将自身抗体水平作为诊断疾病严重程度的绝对标准,还应与患者临床症

状、病理学检查等相结合,以达到准确判断、科学治疗的目的。

## 参考文献

- [1] 王玉梅,王敏,宋丽媛. 自身抗体检测在自身免疫性肝病诊断中的应用[J]. 放射免疫学杂志,2010,23(5):590-592.
- [2] 张利方,曾群丽,郑山根. 自身抗体检测在自身免疫性肝病诊断中的意义[J]. 华南国防医学杂志,2006,20(2):49-50.
- [3] 肖红霞. 自身抗体联合检测在自身免疫性肝病诊断中的临床意义[J]. 山西职工医学院学报,2011,21(4):27-28.
- [4] 张利方,阎有功,周萍. 原发性胆汁性肝硬化患者自身抗体检测及其临床意义[J]. 临床内科杂志,2008,25(9):627-629.
- [5] 屠小卿,朱烨,周琳,等. 自身免疫性肝病 148 例临床特点分析[J]. 中国实验诊断学,2006,10(10):1116-1118.
- [6] Heathcote EJ. Management of primary biliary cirrhosis. The American association for the study of liver diseases practice guidelines [J]. Hepatology, 2000, 31(4): 1005-1013.

(收稿日期:2013-01-17 修回日期:2013-03-12)

## • 临床研究 •

# 物理联合治疗对神经根型颈椎病疗效的临床观察

王 燕(重庆市长寿区人民医院中西医结合科 401220)

**【摘要】 目的** 观察物理联合治疗神经根型颈椎病的疗效。**方法** 将 75 例神经根型颈椎病患者采用牵引、针刺、TDP 照射、中频电、超短波方法治疗。**结果** 治愈 45 例,显效 27 例,无效 3 例,总有效率为 96%。**结论** 物理联合治疗神经根型颈椎病疗效显著。

**【关键词】** 神经根型颈椎病; 物理联合治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.043 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-2000-02

颈椎病是中老年人的常见病之一,而颈椎病中,以颈神经根受刺激或压迫为主要特点的神经根型最为常见,占颈椎病的 50%~60%<sup>[1]</sup>。该病在治疗上比较棘手,方法多而复杂,绝大多数患者选择非手术治疗。本院近年来采用物理联合治疗神经根型颈椎病患者 75 例,效果较好,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2008 年 2 月至 2012 年 7 月在本院门诊康复理疗科就诊的 75 例患者,根据患者病史、症状、体征、CT 及 MRI 检查确认为神经根型颈椎病,并排除颈椎骨折、肿瘤、结核等病变。诊断标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>。X 线平片提示,颈椎排列不整齐 10 例,颈椎生理弧度变直或后缘增生 35 例,椎间孔缩小 12 例,钩椎关节增生 18 例;CT 或 MRI 扫描,颈椎间盘膨出、突出 41 例,相应椎管狭窄 15 例。其中男性 30 例,女性 45 例;年龄 24~68 岁,平均 45.4 岁;病程半月至 4 年。多数患者有不同程度肌紧张,颈、肩、臂疼痛或麻木。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 颈椎牵引** 颈椎枕颌牵引,患者取坐位,头前倾约 20°~25°,以患者感到舒适为准,使牵引力作用于颈椎后关节

上,切忌作用力落于颈前部或下颌部,牵引重量为 6~10 kg,每次 30 min,每日 1 次,10 次为 1 疗程,共 2 个疗程。

**1.2.2 针刺 TDP 照射** 根据中医针刺可通经活络、调理经气的基本理论,选用颈夹脊、大椎、肩井、肩三针、合谷等穴位,针刺得气后,平补平泻,留针 20~30 min,期间行针 2 次,同时配以 TDP 照射,每日 1 次,10 次为一疗程,共 2 个疗程。

**1.2.3 中频电治疗** 采用 K89-II 型中频电治疗仪,患者俯卧于治疗床,将一组电极板并置颈椎病变处(根据疾病分布及椎间盘突出部位确定引起症状的病变位置)和疼痛点,另一组治疗电极置患肢,选取治疗仪内置处方(即处方 1),用硅导电橡胶电极板 10 cm×15 cm,外罩经温热水浸湿棉布,用沙袋压平,时间 20 min,输出强度由低到高调整,以患者可耐受为限,每日 1 次,10 次为 1 疗程,共 2 个疗程。

**1.2.4 超短波治疗** 采用 LPT-CD31 型超短波治疗仪,功率 200 W,波长 7.37 m,电极 10 cm×15 cm×2 cm,治疗前患者去掉身上的金属物品,仰卧位,电极放在颈肩对置,微热量至温热量,时间 15~20 min,每日 1 次,10 次为 1 疗程,共 2 个疗程。

**1.3 疗效判定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》中有关疗效标准拟定<sup>[2]</sup>。治愈:原有病症消失,肌力正常,颈、肢体功能

恢复正常,能参加正常劳动和工作。显效:原有症状减轻,颈、肩疼痛减轻,颈、肢体功能改善。无效:症状体征无改善。总有效率=[(治愈者+好转者)/总人数]×100%

2 结 果

经 2 个疗程物理联合治疗,75 例神经根型颈椎病患者临床治愈 45 例(60%),好转 27 例(36%),无效 3 例(4%),总有效率为 96%。

3 讨 论

神经根型颈椎病由于椎间盘退变和突出以及椎体缘和后关节骨刺形成,可导致椎间孔变窄或椎管前后径缩小,使脊神经根受到激惹,出现相应的临床症状<sup>[3]</sup>。牵引治疗可使椎间隙加宽,神经孔扩大,缓解和消除神经根受挤压症状,纠正椎后关节错位。针刺使痉挛经脉受到刺激,TDP 热量通过针刺传导经穴,能消散反应物,缓解肌肉僵硬和经筋痉挛,消除疼痛,有利于颈部的活动,帮助萎缩肌肉复原。中频电治疗具有镇痛、消炎、软化疤痕、松解粘连作用<sup>[4]</sup>。小剂量的超短波,能使组织的兴奋性、传导性增高,能使局部血液及淋巴循环,促进炎症反应渗出物的吸收<sup>[5]</sup>。

综上所述,物理联合治疗神经根型颈椎病,疗效好,见效

快。笔者通过临床疗效的观察认为,牵引、针刺、TDP、中频电、超短波物理联合治疗神经根型颈椎病可以相互协调,互补不足,缩短疗程,达到最佳疗效。同时应对患者进行健康教育,合理进行功能锻炼,培养良好的生活习惯,巩固治疗效果,防止复发。

参考文献

[1] 赵定麟. 颈椎伤病学[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1994:1147-1191.  
[2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,1994:189.  
[3] 申成功. 针灸及物理疗法治疗神经根型颈椎病疗效研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2011,31(4):430-431.  
[4] 陈景藻. 现代物理治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:54.  
[5] 乔志恒,范维铭. 物理治疗学全书[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:453.

(收稿日期:2013-02-11 修回日期:2013-04-09)

• 临床研究 •

# 超声引导下左旋布比卡因加激素股神经阻滞对全膝关节置换术后镇痛效果的影响

彭健泓,廖荣宗,余建华,刘茉莉,龚 琴(广东佛山市中医院麻醉科 528000)

**【摘要】 目的** 分析超声引导下左旋布比卡因加激素股神经阻滞对全膝关节置换术后镇痛效果的影响。**方法** 全膝关节置换术患者 60 例,ASA I~II 级,均选择 L4/5 间隙穿刺单侧腰麻,等分为对照组和实验组。术后均选用静脉镇痛(PICA),PICA 配方为舒芬太尼 100 μg+氯胺酮 50 mg+咪唑安定 1 mg+托烷司琼 6 mg,背景剂量 3 mL 静脉推注后加打开镇痛泵,维持剂量 1.5 mL/h,PICA 2 mL/次,锁定时间为 60 min。手术后均用超声引导下患侧单次股神经阻滞,对照组用 0.375%左旋布比卡因 20 mL,实验组用 0.375%左旋布比卡因 20 mL+地塞米松 5 mg。记录术后第 1 次 PICA 时间,术后 6 h、6~12 h、12~24 h、24~48 h 舒芬太尼用量,VAS 值,术后 48 h 内主动膝关节屈曲的最大角度,48 h 内膝关节被动屈曲 90°时 VAS 的最大值,及患者对镇痛的满意度和不良反应发生情况。**结果** (1)术后第 1 次 PICA 时间:实验组晚于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(2)术后 6 h、术后 6~12 h 和 12~24 h 舒芬太尼用量比较,对照组均大于实验组( $P<0.05$ );术后 24~48 h 舒芬太尼用量比较,两组组间无统计学差异( $P>0.05$ )。(3)术后 6 h、12 h 后、24 h 的静息 VAS 评分,对照组均高于实验组,有统计学差异( $P<0.05$ )。(4)术后 48 h 内主动膝关节屈曲的最大角度,两组无统计学差异( $P>0.05$ )。48 h 内膝关节被动屈曲 90°时 VAS 的最大值比较,对照组大于实验组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 超声引导下患侧左旋布比卡因加地塞米松能明显改善全膝关节置换术后镇痛的效果,减少阿片用量,从而减少并发症。

**【关键词】** 超声; 股神经阻滞; 全膝关节置换; 镇痛  
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-2001-03

全膝关节置换术后患者极易出现剧烈疼痛,严重影响患肢膝关节的活动和功能锻炼<sup>[1-4]</sup>。超声显像定位技术其有可视性,且定位准确,可以实时监视穿刺针的进针方向和深度,避免神经损伤<sup>[5]</sup>。单侧腰麻由于阻滞效果确切、对循环影响小及有利于术后恢复<sup>[6]</sup>,已是全膝关节置换术常用的麻醉方法<sup>[7]</sup>。本文探讨左旋布比卡因加激素股神经阻滞对全膝关节置换术后静脉镇痛效果的影响。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择膝关节骨性关节炎拟行单侧全膝关节置换术患者 60 例,ASA I~II 级,男 8 例、女 52 例,年龄 58~83 岁。

**1.2 方法** 患者等分为两组,均选择 L4/5 间隙,患侧在上,侧卧位穿刺单侧腰麻,蛛网膜下腔分次试探性注入 0.3%布比卡因(用灭菌注射用水稀释成比重液)6~9 mg,麻醉平面控制在 T10 左右。维持侧卧位 20~30 min 后,在气囊止血带下取膝关节前正中切口髌骨内侧入路完成手术。术后均选用静脉镇痛(PICA),PICA 配方为舒芬太尼 100 μg+氯胺酮 50 mg+咪唑安定 1 mg+托烷司琼 6 mg,背景剂量 3 mL 静脉推注后打开镇痛泵,维持剂量 1.5 mL/h,PICA 2 mL/次,锁定时间为 60 min。手术后均于超声引导下患侧单次股神经阻滞,对照组用 0.375%左旋布比卡因 20 mL,实验组用 0.375%左旋布比卡因 20 mL+地塞米松 5 mg。记录术后第 1 次 PICA