

蛋白,纠正电解质和酸碱紊乱,同时静脉注射抗生素、激素和利尿剂,以预防术后可能出现的感染和血红蛋白尿。本组有 1 例出现血红蛋白尿,给予 5% 碳酸氢钠溶液 250 ml 以保护肾功能。有 2 例死亡,均为多发伤,在脾破裂出血时存在创伤性血胸,骨盆骨折,后腹膜大血肿,手术时休克暂时缓解,术后再次发生休克死亡。致死原因与自体血回输无直接关系。笔者认为,在严格掌握自体血回输的适应证及禁忌证时,自体血回输是相对安全的输血方法,有兴奋骨髓造血功能。

在脾破裂术中自体血回输,是一种有效的输血方式,同时有很好的经济效益和社会效益,值得推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 肖继红. 自体血回输在失血性休克手术中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2003, 9(24): 32-33.
- [2] 靳艳卿, 崔苏扬. 全自动血液回输机在围术期的应用进展[J]. 临床麻醉学杂志, 2004, 20(6): 381-383.
- [3] 庄心良, 曾因明, 陈伯奎. 现代麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1741.

[文章编号] 1000-2200(2009)06-0519-02

· 临床医学 ·

非手术治疗急性腰椎间盘突出症疗效分析

袁文英

[摘要] 目的: 观察非手术治疗急性腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)的疗效。方法: 将 60 例确诊的急性 LDH 患者随机分为观察组(综合治疗)和对照组, 每组 30 例。对照组采用牵引、超声波、超短波及运动疗法; 观察组在对照组的基础上加用卧床休息、药物治疗。两组均治疗 2 个疗程后比较疗效。结果: 两组患者治疗后, 目测类比分法评分均较治疗前下降($P < 0.01$)。两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论: 综合疗法治疗急性 LDH, 可使患者腰腿痛迅速缓解, 功能显著改善, 效果优于常规的物理疗法。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 药物治疗; 物理治疗; 运动疗法

[中国图书资料分类法分类号] R 681.53 **[文献标识码]** A

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)多发生于 20~50 岁的青壮年, 从事体力劳动者居多。临床上以 $L_4 \sim L_5$ 及 $L_5 \sim S_1$ 两个节段椎间盘突出多见, 其他椎间盘也可发生^[1]。急性 LDH 会严重地影响患者的工作和生活^[2]。其常见的非手术治疗有卧床休息、腰椎牵引、推拿、物理治疗、药物治疗, 对减轻因神经根受压引起的疼痛, 改善微循环, 消除神经根水肿, 促进腰部功能恢复有很好的效果^[3]。我科应用以上非手术综合疗法治疗 LDH 取得较好疗效, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 1 月至 2007 年 7 月, 我院收治的确诊为急性 LDH 的患者 60 例, 均有腰腿疼痛, 并经 CT 或 MRI 检查证实。突出部位以 $L_3 \sim L_4$ 、 $L_4 \sim L_5$ 和(或) $L_5 \sim S_1$ 为主。将患者随机分为观察组和对照组。观察组(30 例)男 20 例, 女 10 例; 年龄(37.5 ± 9.3)岁; 病程 8 h~21 d; 左后侧突出者 13 例, 右后侧突出 11 例, 中央型突出 6 例。对照组

(30 例)男 21 例, 女 9 例; 年龄(36.5 ± 8.6)岁; 病程 7 h~22 d; 左后侧突出 13 例, 右后侧突出 12 例, 中央型突出 5 例。两组患者在性别、年龄、病变类型和病程上均具有可比性。

1.2 治疗方法 观察组采用卧床休息、药物治疗、牵引、超声波、超短波及运动训练综合治疗方案。(1)卧床休息 7~10 天。(2)药物治疗: 20% 甘露醇 125~250 ml, 20~30 min 内静脉滴注(静滴), 每天 2 次, 连用 3~5 天; 每天静滴七叶皂苷 20 mg, 连用 7~14 天。(3)抑制粘连: 取仰卧位小剂量计算机间歇性牵引, 持续 60 s, 间歇 20 s, 剂量从自身体重的 1/2 起以后逐渐增加, 时间 20 min, 每天 1~2 次, 牵引中患者应感到疼痛减轻或有舒适感; 用 800~1 000 kHz 超声波治疗仪, 输出功率 0.6~11 W/cm², 声头在疼痛部位移动, 每次 5~10 min; 超短波治疗, 波长 7 m, 前后对置, 急性期用无热量, 每次 15 min, 每天各 1 次。(4)运动训练: 3~5 天开始在床上腰腹肌主动训练及脊神经根牵伸训练, 每次 10~30 min, 每天 2~4 次; 俯卧抬头, 脊柱背伸(可用肘支撑), 仰卧起坐初始动作; 双手抱膝于胸前, 双下肢交替直腿抬高, 动作要求有节律性, 每次保持 3~5 s。对照组只采用综合疗法中的牵引、超声波、超短波及运动训练综合疗法。每组 10 天为 1 个疗程, 2 个疗程予以

[收稿日期] 2008-06-10

[作者单位] 上海瑞金医院集团卢湾分院 康复科, 200020

[作者简介] 袁文英(1964-), 女, 主管护师。

评价。

1.3 疗效评定标准 疼痛的评定采用目测类比分法(visual analogue scale, VAS)^[4]。痊愈:腰腿痛消失,直腿抬高角度>70°,恢复正常工作和生活;显效:腰腿痛明显减轻,体征明显好转,恢复工作,不影响正常生活;有效:腰腿痛减轻,体征改善,生活能自理;无效:症状和体征无变化。

1.4 统计学方法 采用t检验和秩和检验。

2 结果

2.1 两组治疗前、后疼痛评分比较 两组患者治疗前VAS评分差异无统计学意义(P>0.05),经过2个疗程治疗后VAS评分均较治疗前下降(P<0.01);两组患者治疗后VAS评分下降程度差异有统计学意义(P<0.01),观察组VAS评分较对照组下降明显(P<0.01)(见表1)。

表1 观察组与对照组治疗前后VAS评分比较(x̄±s)

分组	n	治疗前	治疗后($\bar{d} \pm s_d$)
观察组	30	7.7 ± 1.3	-6.7 ± 1.5**
对照组	30	7.9 ± 1.2	-4.1 ± 2.5**
t	—	0.62	4.88
P	—	>0.05	<0.01

配对t检验: ** P<0.01

2.2 两组患者疗效比较 2个疗程后观察组与对照组的总有效率分别为100.0%和93.3%,差异有统计学意义(P<0.01)(见表2)。

表2 观察组与对照组疗效比较(n)

分组	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)	u _c	P
观察组	30	16	14	0	100.0		
对照组	30	6	22	2	93.3	2.82	<0.05
合计	60	22	36	2	96.7		

3 讨论

急性或亚急性LDH的临床症状与突出物大小并不完全相关,但与水肿及粘连程度密切相关^[5-7]。从某种意义上说,疼痛的程度代表着炎性水肿的程度,且与血管通透性,炎性介质的浓度,以及局部组织的免疫反应程度等相关较甚。新近研究表明^[6-8],白细胞介素1(IL-1)对椎间盘退变及局部炎症反应等环节产生影响。IL-1能促使髓核组织释放前列腺素E₂(PGE₂)、NO。缓激肽等致痛物质,也能促进磷脂酶A2(PLA2)的表达、合成及释放,PLA2也是较强的致痛物质。及时而有效地减轻或消除水

肿,是治疗急性LDH的关键。用甘露醇促进水分吸收,用七叶皂苷促进肾上腺皮质醇分泌所产生的类激素样作用,调节前列腺素代谢——增加前列腺素F₂(PGF₂),拮抗PGE₂,降低血管的通透性,抑制免疫反应,使渗出减少,防止粘连发生。

抗炎消水肿治疗急性LDH不仅能较快地减轻疼痛,而且也为防止粘连、缩短病程、改善预后奠定了基础。应用抗炎、脱水药越早疗效越好,但对于粘连,药物只能起减轻或抑制作用,对已形成的粘连则无意义。而急性LDH的水肿消失后,仍有半数以上发生程度不同的粘连^[2]。因此针对粘连实施治疗也是必要的,利用超声波、超短波对组织作用较深及界面效应,促进粘连组织软化溶解,同时通过牵引,使下腰椎的椎间隙增大来缓解神经根受压;后纵韧带紧张,起到向前推压的作用;痉挛的肌肉放松,有助于疼痛的缓解。运动训练拉伸的生物力学作用,使神经与粘连组织缓解剥离,能较明显的改善粘连所产生的临床症状^[9-12]。本研究结果表明,经过2个疗程治疗,综合疗法优于常规物理疗法,所以与观察组应用药物使粘连程度明显降低有关。

此外,适当卧床对减轻水肿,促进损伤修复很有意义。卧位时椎间盘内压最低,而且肌肉松弛,有利于突出物的还纳和椎间盘的修复,疼痛通常也能缓解。对于卧床时间,近年则倾向于1周以上,我们认为7~10天为宜,且将过去的静态卧床改为动态卧床,即床上腰腹肌运动训练,这样既可通过牵伸神经根防止粘连改善预后,也可通过增强腰腹肌肌力而预防复发^[13]。

【参考文献】

- [1] 陆廷仁. 骨科康复学[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:872-878.
- [2] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京:华夏出版社,2003:1155-1160.
- [3] 梁美馨,容国安,李文美,等. 综合康复治疗腰椎间盘突出症疗效的MRI观察[J]. 中华物理医学杂志,2005,27(11):685-687.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:201-202.
- [5] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2001:118-137.
- [6] 王建忠,周跃,柏方瑞,等. 腰椎间盘突出物中IL-1含量与直腿抬高相关性[J]. 骨与关节损伤杂志,2001,16(1):22-23.
- [7] 樊天佑,夏小天. 椎间盘自身免疫与椎间盘突出症的相关研究[J]. 颈腰痛杂志,2003,24(3):189-190.
- [8] Virri J, Gronblad M, Seitamo S, et al. Comparison of the prevalence of inflammatory cells in subtypes of disc herniations and associations with straight leg raising[J]. Spine, 2001, 26(21):2311-2315.

- [9] 薛卫华. 骨盆牵引为主治疗腰椎间盘突出症[J]. 颈腰痛杂志, 2003, 24(5): 302-303.
- [10] 钱红. 运动疗法预防腰椎间盘突出症复发的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(12): 937.
- [11] 单述刚, 于善良. 综合疗法治疗急性腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(8): 613-614.
- [12] 熊键, 杨万同, 廖维靖. 硬膜外激素注射治疗腰椎间盘突出症的 Meta 分析[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(9): 684-686.
- [13] 黄建洪. 腰背肌功能训练在预防腰椎间盘突出症复发中的作用[J]. 中国康复, 2003, 18(3): 198.

[文章编号] 1000-2200(2009)06-0521-01

· 临床医学 ·

斜位胸片诊断老年人自发局限性气胸 15 例临床分析

谢荣国, 余文凯

[关键词] 气胸; X 线透视; 老年病学

[中国图书资料分类法分类号] R 561.4; R 814.5 [文献标识码] B

自发性气胸是呼吸科常见病, 在合并有慢性阻塞性肺疾病(COPD)时, 由于自身肺功能较差, 并发气胸后其肺功能进一步受损, 加之回心血量减少及纵隔摆动, 易引起心肺功能衰竭, 病情危重, 但其临床表现、病情演变、正位胸片特点不典型, 易被漏诊, 应引起重视^[1]。1996 年 7 月至 2007 年 9 月, 我科应用斜位胸片诊断自发局限性气胸 15 例, 并积极救治, 疗效满意, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 11 例, 女 4 例; 年龄 66~72 岁。其中 COPD 11 例, 肺间质纤维化 2 例, 肺结核 2 例; 10 例为急诊入院, 5 例为住院过程中突然出现呼吸困难加重。前者发病距入院最短 20 min, 最长 6 h。临床表现 15 例均有明显的呼吸困难, 呈前倾坐位呼吸, 皮肤出汗, 口唇紫绀, 语句不连续, 其中 2 例病程中逐渐昏迷。

1.2 辅助检查 15 例均行全胸正位片检查, 未发现明显气胸改变, 部分病例肺部透亮度两侧不对称。其中 9 例行血气分析检查提示 II 型呼吸衰竭, 由于患者症状不缓解, 又高度怀疑气胸存在, 均给予床边斜位胸片检查。5 例怀疑左侧者给予左前、后斜位胸片, 10 例怀疑右侧者给予右前、后斜位胸片, 有 2 例给予双侧斜位胸片检查。本组患者通过斜位胸片均发现有局限性气胸存在。

1.3 治疗 8 例先行气胸侧胸腔穿刺抽气治疗, 效果不佳后, 又行胸腔闭式引流术。其余 7 例由于胸腔压迫呼吸困难明显, 直接予胸腔闭式引流术, 每天更换水封瓶内液体 1 次, 并予吸氧、抗感染、改善肺部通气以及营养支持治疗, 患者呼吸困难逐渐改善; 其中有 5 例胸膜破裂口 7 天后尚未愈合, 给予床边持续负压吸引(负压设定为 $-15 \text{ cmH}_2\text{O}$ 左右), 胸腔注入凝血酶(生理盐水 50 ml + 凝血酶 1 000 u)^[2]。经上述治疗无效者转上级医院外科手术治疗。

2 结果

15 例中, 斜位胸片均发现气胸存在; 治疗后气胸完全吸

收或基本吸收 13 例, 转上级医院手术治疗 2 例, 无死亡病例。

3 讨论

自发性气胸是较常见的胸腔疾病, 大多数学者认为是由于胸膜下微小肺泡破裂所致^[3]。COPD 患者由于支气管黏膜长期充血水肿、纤维增生, 支气管平滑肌和弹力纤维破坏、肺泡弹性减退, 易破裂形成肺大泡, 当咳嗽、呼吸道感染或用力时肺大泡极易破裂形成气胸^[4]。而局限性气胸是由于局部胸膜粘连, 阻碍气体扩散于整个胸腔而局限于一个局部所致^[5]。通常自发性气胸诊断并不困难, 但对于老年患者, 尤其是原有心肺慢性基础疾病者, 肺通气功能差, 即便少量局限性气胸都会引起明显的呼吸困难, 此类患者不宜搬动, 早期准确诊断是抢救成功的关键^[6]。而常规全胸正位片有时很难发现局限性气胸(尤其是气胸位于胸腔前部及背部); 肺部 CT 检查需要将患者转移到 CT 室, 风险大, 不现实; 诊断性胸穿又不好定位; 床边斜位胸片提供了简易、准确的诊断途径, 为临床医生提供诊断依据, 为患者带来方便。我们认为, 有 COPD 基础疾病, 呼吸困难突然加重者; 患者病史不清, 呈端坐呼吸, 双肺叩诊过清音, 呼吸音不对称减低, 而全胸正位片未发现气胸者; 排除心包积液、心力衰竭等心源性呼吸困难、肺栓塞等可能者; 要考虑到局限性气胸存在, 及时给予斜位胸片检查会减少漏诊。

[参 考 文 献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.
- [2] Schramel FM, Pootmus PE, Vanderschueren RG. Current aspects of spontaneous pneumothorax[J]. Eur Respir J, 1997, 10(6): 1372-1379.
- [3] 张敦华, 朱袁玉, 陈文彬主编. 自发性气胸[M]//朱元珏, 陈文彬. 呼吸病学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1297-1312.
- [4] 陆蔚萱. 自发性气胸. 呼吸系疾病诊断与诊断评析[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004: 543-544.
- [5] 蔡柏蔷, 李龙芸主编. 协和呼吸病学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004: 1335-1338.
- [6] 吴平. 老年自发性气胸误诊原因及影响疗效的因素分析[J]. 河北医学, 1999, 5(5): 33-35.

[收稿日期] 2008-10-16

[作者单位] 1. 安徽省桐城市第二人民医院 内科, 231400; 2. 安徽省桐城市人民医院 呼吸内科, 231400

[作者简介] 谢荣国(1969-), 男, 主治医师。