

能改善, 康复组术前 JOA 评分为 $9 \sim 13(10.2 \pm 0.2)$ 分, 术后 7 d 时为 $14 \sim 17(15.4 \pm 0.5)$ 分, 术后 3 个月时为 $15 \sim 17(15.9 \pm 0.4)$ 分; 对照组术前 JOA 评分为 $9 \sim 14(10.3 \pm 0.1)$ 分, 术后 7 d 时为 $14 \sim 17(15.1 \pm 0.3)$ 分, 术后 3 个月时为 $15 \sim 17(15.3 \pm 0.4)$ 分, 2 组患者治疗前及术后 7 d 时 JOA 评分组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后 3 个月时 JOA 评分组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。采用 Odom's 评级^[1]对 2 组患者进行疗效评定, 发现康复组优 15 例, 良 4 例, 可 1 例, 近期优良率为 95.0%; 对照组优 13 例, 良 4 例, 可 1 例, 近期优良率为 94.4%。对康复组及对照组的假体位置及椎间隙活动度进行观察, 发现术后 7 d 时 2 组患者假体稳定性良好, 位置居中, 置换节段活动度良好, 3 个月时 X 线检查未发现假体位置偏移或下沉。

三、讨论

颈椎前路椎间盘切除椎间植骨融合术是目前治疗颈椎病的标准手术之一, 已广泛应用于颈椎病临床治疗中。虽然植骨融合内固定术可切除病变椎间盘以保留椎间隙高度, 但同时使融合节段丧失运动功能, 更容易加速邻近节段退变, 从而引发新的临床症状, 其远期疗效较差^[2,3]。切除病变椎间盘后如何重建颈椎正常力学环境、保留椎间隙高度及该节段运动功能, 是目前颈椎病治疗研究领域的热点。

2003 年 Pickett^[4] 和 Sekhon^[5] 分别报道了采用人工颈椎椎间盘置换术治疗颈椎病均获得满意疗效, 为康复干预进一步提高颈椎病治疗效果奠定了基础。脊髓进行性受压及脊髓血液供应障碍是引起颈椎病的主要原因^[6]。患者经手术减压治疗后, 机体部分神经元有自身修复能力, 但该恢复过程较缓慢。规范、系统的康复训练是促进患者发挥潜能的重要手段。有研究指出, 脊髓损伤后通过系统、规范康复训练可使机体神经网络发生功能重组^[7]。本研究结果表明, 康复组患者疗效明显优于对照组, 表明康复训练对颈椎病恢复具有重要作用。康复训练能强化患者术前、术中耐受能力及术后活动能力, 最大限度恢复其肢体功能, 积极预防各种并发症^[8], 提高生活质量。通过对患者实施早期康复训练, 对促进其代谢水平、维持及增强体力、改善肢体功能、增强患者信心、早日达到生活自理及重返工

作岗位等都具有重要意义。此外, 在康复训练过程中还应充分发挥患者能动性, 使其了解术后康复训练的基本护理知识及重要性, 自觉完成每天制定的各项康复训练任务。通过本研究结果发现, 康复组术后 JOA 评分较对照组显著提高 ($P < 0.05$), 并且康复组患者的精细动作功能恢复相对较好, 这可能与早期康复训练能增强患者肌力并提高手内肌活动能力及协调性有关。

参 考 文 献

- [1] Bryan VE. Cervical motion segment replacement. *Eur Spine J*, 2002, 11: 92-97.
- [2] Wigfield C, Gill S, Nelson R, et al. Influence of an artificial cervical joint compared with fusion on adjacent-level motion in the treatment of degenerative cervical disc disease. *J Neurosurg*, 2002, 96: 17-21.
- [3] Katsuura A, Hukuda S, Saruhashi Y. Kyphotic malalignment after anterior cervical fusion is one of the factors promoting the degenerative process in adjacent intervertebral levels. *Eur Spine J*, 2001, 10: 320-324.
- [4] Pickett GE, Duggal N. Artificial disc insertion following anterior cervical discectomy. *Can J Neurol Sci*, 2003, 30: 278-283.
- [5] Sekhon LH. Cervical arthroplasty in the management of spondylotic myelopathy. *J Spinal Disord Tech*, 2003, 16: 307-313.
- [6] Wiffield CC, Skrzypiec D, Jackowski A, et al. Internal stress distribution in cervical intervertebral discs: the influence of an artificial cervical joint and simulated anterior interbody fusion. *J Spinal Disord Tech*, 2003, 16: 441-449.
- [7] Malanga CA, Brucker BS, Schmidt DL, et al. The diagnosis and treatment of cervical rediculopathy. *Med Sci Sports Exer*, 1997, 55: 236.
- [8] 李锋, 李光辉, 熊伟, 等. 脊髓型颈椎病患者椎体间融合器手术治疗前、后康复训练的疗效研究. *中华物理医学与康复杂志*, 2004, 26: 100-102.

(修回日期: 2008-02-12)

(本文编辑: 易 浩)

椎旁躯体神经阻滞技术治疗脊神经痛的疗效观察

黄明勇 范久运 何松

脊神经痛是引起头颈躯干四肢疼痛的常见病因, 既可单独发病, 也可继发于其它疾病, 因其临床治疗难愈, 复发率较高, 给患者带来极大痛苦。为提高临床治疗效果, 我科于 2005 年在 C 臂 X 光机或 CT 引导下采用椎旁躯体神经阻滞技术治疗脊神经病患者共计 98 例, 取得满意疗效。现报道如下。

一、资料与方法

共选取脊神经病患者 98 例, 男 55 例, 女 43 例; 年龄 23 ~ 79 岁; 病程 1 周 ~ 26 年; 所有病例均符合脊神经痛诊断标准^[1-5], 其中颈源性头痛 17 例, 神经根型颈椎病 20 例, 胸椎根性神经痛

6 例, 急性带状疱疹及后遗神经痛 16 例, 腰椎间盘突出性神经痛 32 例, 痛性眼肌麻痹 1 例, 强直性脊柱炎 3 例, 胸腰椎压缩性骨折 3 例。

采用椎旁躯体神经阻滞技术对上述患者进行治疗, 具体操作步骤参照薛富善主编的《临床局部麻醉技术》^[6], 整个治疗过程均在 C 臂 X 光机或 CT 引导下进行。

对于颈源性头痛、痛性眼肌麻痹患者, 采用 C₂ 神经阻滞术进行治疗, 患者取仰卧位, 从外侧方入路进针至 C₂ 横突处, 在正侧位或 CT 扫描下确认针尖位于 C₂ 横突后结节或椎板, 待确认回抽无血、无脑脊液后, 缓慢推注曲安奈德注射液 4 ~ 8 mg + 0.5% 利多卡因 3 ~ 5 ml。

对于神经根型颈椎病患者, 采用 C_{5/6} 神经阻滞术进行治疗,

患者取仰卧位,经体表触及 C₅ 横突,从外侧方入路进针至 C₅ 横突,确认回抽无血、无脑脊液后,缓慢推注曲安奈德注射液 4 ~ 8 mg + 0.5% 利多卡因 5 ml。

对于胸椎根性神经痛、急性带状疱疹及后遗神经痛、胸椎压缩性骨折患者,采用胸椎旁神经阻滞技术进行治疗,患者取侧卧位,选用椎板入路,于拟阻滞平面上位胸椎棘突末端外侧 1.5 ~ 2.0 cm 处进针,并稍向内侧穿刺至椎板后外侧部;然后退针至皮下,稍向外侧调整后进针,超过先前深度约 1 cm 左右,当感觉阻力消失且回抽无血、无气、无脑脊液后,固定穿刺针,在 C 臂 X 光机或 CT 引导下确认针尖位于椎板前侧方,缓慢推注曲安奈德注射液 4 ~ 8 mg + 0.5% 利多卡因 8 ~ 10 ml。

对于腰椎间盘源性神经痛、腰椎压缩性骨折患者,采用腰椎旁神经阻滞术进行治疗,患者取侧卧位,选用椎板入路,于拟阻滞平面腰椎棘突上部外侧 1.5 ~ 2.0 cm 处进针,其余操作同胸椎旁神经阻滞术。

于治疗后次日、1 周及 1 个月后分别采用目测类比分法 (visual analogue scale, VAS) 对患者镇痛疗效进行评分,在白纸上画一条 10 cm 长的直线并将其划分为 10 等份 (共计 10 分),两端分别标上“无痛”和“最严重疼痛”,嘱患者根据自己疼痛感受在直线上标记以表示其疼痛强度^[7]。具体临床疗效评定标准如下:治愈——VAS 评分下降 6 分以上或疼痛完全消失,活动功能完全恢复, VAS 评分为 0 ~ 1 分;好转——VAS 评分下降 2 ~ 6 分或疼痛部分消失,活动时可耐受疼痛, VAS 评分为 2 ~ 4 分;无效: VAS 评分下降 < 2 分,疼痛缓解不明显。

本研究计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,统计学方法选用配对 *t* 检验和 Ridit 分析, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

本研究 98 例患者中,治疗前疼痛 VAS 评分为 (8.86 ± 1.47) 分,当治疗 1 d, 7 d 及 1 个月时,其 VAS 评分分别降低至 (1.24 ± 1.12) 分, (1.98 ± 2.14) 分及 (2.63 ± 1.17) 分,均较治疗前差异有统计学意义 ($P < 0.05$);共治愈 56 例,好转 39 例,无效 3 例,总有效率高达 97%,其中治疗无效的 2 例均为带状疱疹后遗神经痛患者,其病情分别持续 2, 9 年,另 1 例为病因不明的 T₄ 神经痛患者。

三、讨论

引起脊神经痛的因素很多,大多数脊神经痛是由于脊神经

在出椎间孔处受到卡压或因病毒感染等因素所致,引发神经缺血、水肿,从而导致该神经支配区疼痛。椎旁神经阻滞就是将药物直接注射至椎旁区域,通过椎旁间隙或渗入椎间孔或透过神经鞘膜作用于脊神经根,从而控制脊神经炎性水肿,并阻断脊神经传导功能以达到止痛目的。由于该技术靶点明确,所以仅需给予低浓度局麻药及少量糖皮质激素就可达到持久的镇痛疗效。本研究患者总有效率高达 97%,治疗后次日、1 周及 1 个月后的疼痛程度较治疗前均有显著改善。

在安全性方面,椎旁神经阻滞术自 1975 年提出之后已得到大力完善,由于其治疗靶点明确,在许多方面的治疗效果明显优于硬膜外间隙阻滞技术,现有取代硬膜外间隙阻滞技术的趋势。椎旁神经阻滞的主要并发症包括:误入蛛网膜下间隙、气胸形成、误入椎动脉血管等。本组 98 例患者中,无一例发生上述并发症,提示只要认真、谨慎操作,并尽可能在 C 臂 X 光机或 CT 引导下进行,能在一定程度上控制并发症的发生。椎旁神经阻滞术的关键是准确判断病变神经以及精确的穿刺技术,以保证将药物准确注入病变神经部位。本研究结果表明,椎旁神经阻滞术治疗脊神经痛疗效显著、副作用少,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 倪家骧,段光珍,裴爱珍. 颈源性头痛诊疗学. 北京:人民军医出版社,2005:157-173.
- [2] 倪家骧,樊碧发,薛富善. 临床疼痛治疗技术. 北京:科学技术文献出版社,2005:128-130.
- [3] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津:天津科学技术出版社,1996:256-257.
- [4] David TC, John R, Joseph WS, 等著. 宋文阁,傅志俭,译. 临床疼痛学. 济南:山东科学技术出版社,2004:400-401.
- [5] 孟济民. 风湿病临床指南. 北京:中国医药科技出版社,1996:216.
- [6] 薛富善. 临床局部麻醉技术. 北京:人民军医出版社,2005:20-30.
- [7] 中华医学会. 临床技术操作规范-疼痛学分册. 北京:人民军医出版社,2004:1-5.

(修回日期:2008-02-19)

(本文编辑:易 浩)

药物结合物理疗法治疗周围性面瘫的疗效观察

谢财忠 唐军凯 张申宁 郑瑞春

周围性面瘫也称面神经麻痹,系茎乳孔内面神经急性非特异性炎症导致组织水肿、受压、血循环障碍所引起,是一种临床常见病、多发病,可发于任何年龄。由于病损部位的特殊性,患病后会直接影响患者的外观形象,给患者日常生活、工作和社会交往带来很大的不便。我科应用药物结合物理疗法治疗周围性面瘫 100 例,取得较好疗效,现报道如下。

一、资料与方法

作者单位:210002 南京,南京军区南京总医院康复医学科(谢财忠、唐军凯、郑瑞春),神经内科(张申宁)

(一)一般资料

选择 2003 至 2006 年我科门诊收治的周围性面瘫患者 100 例(治疗组),另 100 例(对照组)只在神经科接受药物治疗,均为单侧发病,符合《神经病学》面神经炎的诊断标准^[1],并排除周围性面瘫继发于其他疾病者。治疗组 100 例中,男 61 例,女 39 例;平均年龄 36.5 岁;左侧面瘫 60 例,右侧面瘫 40 例;病程 1 ~ 100 d;病情轻度 11 例,中度 67 例,重度 22 例;急性期 75 例,恢复期 20 例,后遗症期 5 例;对照组 100 例中,男 60 例,女 40 例;平均年龄 35.2 岁;左侧面瘫 58 例,右侧面瘫 42 例;病程 1 ~ 90 d;病情轻度 13 例,中度 67 例,重度 20 例;急性期 73 例,恢复