

sPLA₂ 是 sPLA₂ 存在的部位。针刺督脉抑制 sPLA₂ 的表达将有助于减少 sPLA₂ 的损害作用,为防治脑血管疾病提供新的思路。

参 考 文 献

- 1 罗勇,董为伟.电针上调大鼠局灶性脑缺血再灌注时脑组织抗凋亡基因 bcl-2 蛋白表达.中华物理医学与康复杂志,2000,22:53.
- 2 陈志强,耿雅萍,张吉,等.电针对脑局部缺血再灌注损伤大鼠自由基的影响.中国针灸,1998,77:409-412.
- 3 Arai K, Ikegaya Y, Nakatani Y, et al. Phospholipase A₂ mediates ischemic injury in the hippocampus; a regional difference of neuronal vulnerability. Eur J Neuro Sci, 2001, 13: 2319-2323.
- 4 Laing RT, Jakubowski J, Laining RW. Middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats; which method works best? Stroke, 1993, 24: 294-298.
- 5 武凡,康格非,蒋纪恺.膜联蛋白 V 流式细胞术在肝细胞损害研究中的应用.中华肝病杂志,2001,9:24-26.
- 6 Bonfoco E, Krainc D, Ankarcrona M, et al. Apoptosis and necrosis: two distinct events induced, respectively, by mild and intense insults with N-methyl-D-aspartate or nitric oxide/superoxide in cortical cell cultures. Proc Natl Acad Sci, 1995, 92: 7126-7131.
- 7 Sahuquillo J, Poca MA, Amoro S. Current aspect of pathophysiology and cell dysfunction after severe head injury. Curr Pharm Des, 2001, 7: 1475-1503.
- 8 李力仙,张宇阳,戴钦舜,等.肿瘤坏死因子与脑创伤.国外医学免疫学分册,1999,22:326-328.
- 9 Ogawa M. Phospholipase A₂: basic and clinical aspect in inflammatory disease. Prog Surg Basel Karger, 1997, 24: 1-7.
- 10 Yang HC, Mosior M, Johnson CA, et al. Group-specific assays that distinguish between the four major types of mammalian phospholipase A₂. Anal Biochem, 1999, 269: 278-288.

(收稿日期:2002-03-13)

(本文编辑:易浩)

· 短篇报道 ·

臂丛神经阻滞配合手法治疗 126 例肩周炎患者的体会

张景萍 胡洁 茹群

我院自 1992~1996 年期间对 126 例肩周炎患者采用臂丛神经阻滞配合手法治疗,取得了良好疗效。现报道如下。

126 例患者中,均临床诊断为肩周炎,其中男 34 例,女 92 例,年龄 40~72 岁,以 50 岁左右居多。病史 3 个月~2 年,平均 1.2 年。

先采取臂丛神经阻滞治疗,嘱患者仰卧,头稍偏向健侧,手臂贴于体旁,手尽量下垂,显露患侧颈部,在前、中斜角肌间沟进针,注入浓度为 1% 利多卡因与 0.25% 布比卡因混合液 10 ml,观察 10 min,待患肢及肩部麻木无痛感时,行手法治疗。第一步:嘱患者仰卧,术者立于患侧,一手卡住患肩的肱骨头,向下作节律性按压,每秒 2 次,持续 4~5 min;第二步:患者侧卧位,患肢向上,术者立于患者背后,一手卡住肩胛骨的关节孟端,另一手握住患肢腕部,向患者背后扳拉,治疗节律、时间同第一步;第三步:患者取侧卧位,患肢向上,术者立于患者背后,一手握住患肢肘部,另一手卡住患肩,术者用力使肩关节作旋转运动,治疗时间为 4~5 min;第四步:患者取俯卧位,术者立于患肢侧,对患肢的冈上肌、冈下肌、大圆肌、小圆肌及三角肌作按摩,使肩部肌肉逐步放松,治疗持续 5~10 min。每 4 d 1 次,每次按上述步骤依次治疗,5 次为 1 个疗程。多数患者经 1~2 个疗程后治愈。在治疗期间,并嘱患者每天自行进行上举、内收、外展及后伸锻炼,有利于巩固疗效。

疗效评定标准^[1]:痊愈—肩关节疼痛消失,肩关节活动正常;显效—肩关节疼痛基本消失,外展、内收、上举活动基本恢复正常,但后伸活动稍受限,能坚持工作;有效—肩部疼痛减

轻,关节活动范围较前增加,但活动受限;无效—症状、体征均无改善。

经过 1~2 个疗程治疗后,对 126 例患者进行疗效评定,其中痊愈占 82 例,显效占 26 例,有效占 13 例,无效占 5 例,有效率为 96%。

讨论 肩关节主要受腋神经和肩胛上神经支配,而肩关节周围布满了丰富的自主神经纤维,因此较容易引起反射性的血运障碍,形成所谓的“疼痛-肌肉缺血-疼痛”之恶性循环^[2]。而神经阻滞治疗是缓解疼痛的一种有效方法,能够有效阻断疼痛的神经传导通路,进而阻断由疼痛引发的恶性循环^[3]。而经肌间沟入路的臂丛神经阻滞疗法,其优点在于能用小剂量的局麻药就可阻滞上臂及肩疼痛感^[4],解除肌肉痉挛,使手法治疗能在无痛及肩关节周围肌肉充分松弛的条件下进行,患者无痛苦,容易接受;同时,术者也可适当地加大手法力度,增加活动度数,有利于松解粘连的关节囊及肌键等,促进局部血液循环及炎症的消退,使肩关节功能恢复正常。

参 考 文 献

- 1 邵木全.注射疗法配合手法治疗肩周炎 300 例.按摩与导引,1997,6:8.
- 2 李仲廉,主编.临床疼痛治疗学.天津:天津科学技术出版社,1995. 246-247.
- 3 刘俊杰,赵俊,主编.现代麻醉学.北京:人民卫生出版社,1998. 1433.
- 4 刘俊杰,赵俊,主编.现代麻醉学.北京:人民卫生出版社,1998. 604.

(收稿日期:2002-07-08)

(本文编辑:易浩)