

等。

4.4 在采用骨坏死康丸口服和足部十三区按摩法同时, 必须进行功能锻炼。即在机体能耐的情况下, 加大非负重性髋关节三个平面上的活动度, 尤其是屈伸运动, 蹬车是最佳的锻炼方式, 不仅可增加局部血循环量, 亦有利于新压应力点的构建和适应, 是改善和减轻残疾状态的关键。

4.5 疗效评定采用 100 分评定法, 由于分值大, 误差率相对较小, 更能反应出实际情况。临床表现占 70 分, 主要反应近期疗效; X 线改变占 30 分, 是远期疗效评定指标。本组中早

期病人接受治疗其症状消失快, 有 5 例 7 个病髋, X 线显示股骨头接近或恢复正常, 提示本病早期诊断、治疗、疗效最佳。中晚期病人临床症状逐渐缓解和消失, 髋关节活动度可达病变状态的最大限度, X 线片对照可见病变区爬行替代过程快, 或进一步固缩骨化等良性发展。本评定法认为: 在治疗过程中的评分分值, 视为疗效反应程度, 本组综合有效率为 95.56%。停药一年内无反复, 临床表现及 X 线病变影像稳定或有所好转者, 视为临床治愈, 本组综合临床治愈率为 89.29%。(收稿: 1998 06 21; 修回: 1998 11 10 编辑: 连智华)

• 学习园地 •

腰椎旁神经根封闭并发蛛网膜下腔阻滞 8 例

史培年 张俊国 王钦芳
(黄海疗养院, 山东 青岛 266003)

腰椎旁神经根封闭是治疗根性坐骨神经痛的方法之一, 1993~ 1996 年我院治疗 500 余例次, 共发生蛛网膜下腔阻滞 11 例, 现将临床资料完整的 8 例报告如下。

1 临床资料

本组病例均为腰椎间盘突出症, 有典型的根性坐骨神经痛, 并经 CT 扫描证实。男 6 例, 女 2 例。住院病人 5 例, 门诊病人 3 例。6 例在牵引整复后行封闭治疗, 2 例单纯封闭治疗。

2 治疗方法

2.1 药物组成及方法

2.1.1 封闭药物: 2% 利多卡因 8ml, 0.9% 生理盐水 15ml, 维生素 B₁ 100mg, 维生素 B₁₂ 1000~ 1500μg, 确实舒松 A25mg (上海第九制药厂生产)。其中 2 例为康宁克通 40mg (德国产), 1 例在上述药物中加入洁霉素 0.6g (青岛黄海制药厂生产)。

2.1.2 封闭方法: 患者俯卧位, 皮肤常规消毒, 旁开 L_{4,5} 椎间隙 3.5cm 左右, 用 7 号封闭针头 (长度 8cm) 垂直进针, 如遇横突, 则进针受阻, 如无阻力, 将针退至皮下, 向内侧倾斜 20° 进针, 当触及横突时, 针尖沿横突上缘或下缘进入 1~ 1.5cm, 即进入相应椎间孔, 如获触电感, 回抽无血、脑积液则缓慢注药, 不可边进边推, 如确认在椎间孔内, 即便无触电感亦可推注, 平卧半小时, 无不良反应可下床活动。

2.2 蛛网膜下腔阻滞的特征及处理

2.2.1 特征: 本组 7 例患者均于注药后 1~ 3 分钟内出现蛛网膜下腔阻滞, 1 例发生于 25 分钟之后, 其共同表现均自注射平面自上而下迅速出现感觉运动消失, 提睾反射、下肢深反射完全消失。恢复亦自上而下, 感觉先恢复, 本组开始恢复的时间最短 15 分钟, 最长 2.5 小时, 完全恢复平均 1 小时, 但仍仍有下肢无力, 步态不稳, 轻微头晕现象。其中 1 例于注药 25 分钟后出现蛛网膜下腔阻滞, 16 分钟开始恢复, 且健侧恢复先于患侧。1 例发生小便潴留, 并有精神障碍。

2.2.2 处理: ①发生阻滞后, 就地平卧, 头高足低位, 绝对避免搬动, 做好病人的思想工作, 稳定情绪, 消除紧张心理。②

10% GS 500ml, 地塞米松 5mg, 胞二磷胆碱 0.5g, 静滴。或给安定 10mg 肌注。③密切观察麻醉平面变化及心率、血压、呼吸、神志变化, 小便潴留应留置导尿。④做好抢救准备。

3 讨论

神经根封闭穿破硬膜导致蛛网膜下腔阻滞是一种严重并发症, 据报道约占 2.9%, 我院为 2.2% 左右。导致蛛网膜下腔阻滞的原因是, 当封闭针在椎间孔寻找触电感而调整深度和角度时, 直接刺入了神经根向椎间孔伸延部分的脊膜根囊, 因此囊与蛛网膜下腔相通, 内含脑积液^[1], 故部分药物进入根囊而出现蛛网膜下腔阻滞。为避免蛛网膜下腔阻滞, 在操作中当触电感发生后不应直接注药, 可将针拔出少许, 以防针尖刺入根囊内, 对确认在椎间孔内而无触电感者, 不必勉强寻找。因为下腰椎神经根与椎间孔的截面积之比为 1:1.5^[1], 故不一定都有触电感。此外, 据作者观察, 腰椎旁神经根封闭的疗效并不优于骶管硬膜外封闭, 骶封只要不超过 S₂ 平面则相对安全, 对操作不熟练者, 应以骶封作为首选。

蛛网膜下腔阻滞主要是利多卡因的结果, 该药的半衰期为 1.6 小时, 大部分经肝脏清除, 约 30% 经肾脏排泄^[2]。发生阻滞的程度与恢复的快慢除取决于进入蛛网膜下腔的量外, 还与肝脏的功能有关。

总之, 腰椎旁神经根封闭具有一定盲目性和危险性, 操作必须慎重。意外难以避免, 而只有阻滞现象发生后方可诊断。此时, 医者必须沉着冷静, 积极采取措施, 密切观察麻醉平面及生命体征, 安慰病人, 保护神经, 促进神经功能尽快恢复。并做好抢救准备工作, 避免造成更为严重的后果。

(本文承蒙青岛医学院附属医院骨科周秉文教授审阅, 谨此致谢!)

参考文献

- [1] 郝泽民. 神经痛. 上海: 上海科学技术出版社, 1984. 23.
- [2] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 天津: 天津科学技术出版社, 1994. 148.

(编辑: 连智华)