

痛点阻滞配合功能锻炼治疗肩周炎 166 例报告

钱天昱

(浙江省宁海县中医院 宁海 315600)

关键词:肩周炎;痛点阻滞;利多卡因;醋酸曲安奈德注射液;功能锻炼

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0065-01

肩周炎是一种以肩痛及运动功能障碍为主要表现的症候群,是骨伤科门诊的常见病、多发病,多与肩部受凉、劳累、损伤、慢性劳损有关。我科自 2003 年 5 月~2004 年 8 月采用肩关节周围痛点阻滞配合功能锻炼治疗肩周炎 166 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 166 例患者中,男 59 例,女 107 例,男女之比为 1:1.8;年龄 30~71 岁;病程 3 个月~3 年;左侧 97 例,右侧 69 例。

1.2 症状与体征 本组均有肩痛,疼痛性质为钝痛,部位深邃,夜间疼痛加重,常因此影响睡眠;肩关节主、被动活动受限,常影响日常生活和劳动;肩关节周围有多个压痛点为主要特征,压痛点多集中在肩峰下、喙突下方胸大肌止点,大圆肌、小圆肌、冈上肌、冈下肌、三角肌止点。并经临床检查、X 线片排除颈椎病、肩部肿瘤等。

2 治疗方法

2.1 肩关节周围痛点阻滞 准确地刺中并进行局部阻滞,是决定疗效优、劣的重要环节。痛点定位准确后,选择其中压痛最明显之几个点或全部痛点(一般取 1~3 个点),用 7 号针头穿刺,患者感胀痛,向四周扩散,每点注入 1%利多卡因 2mL 和醋酸曲安奈德注射液 15mg。部分患者自觉无明显痛

点,在阻滞前应在患肢外展、旋内、旋后等不同姿势,反复详细寻找压痛点,并在不同姿势下予痛点阻滞。每周治疗 1~2 次,每 2 次为 1 个疗程。

2.2 功能锻炼 在痛点阻滞后指导患者进行功能锻炼,如患肢爬墙等运动,之后逐渐增大活动范围,让患肢内收、外展、前屈、后伸以及圆周运动。每天早晚反复锻炼,循序渐进,持之以恒,可以明显改善肩关节功能。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 优:症状完全消失,功能恢复正常。良:症状基本消失,功能接近正常,活动范围小于正常 10 度以内。可:症状有所减轻,功能有所恢复,活动范围增加 20 度以上。差:症状及功能无明显改善。

3.2 治疗结果 本组 166 例经治疗 1~4 个疗程,结果优 66 例,良 70 例,可 25 例,差 5 例,优良率为 81.93%。

4 讨论

痛点阻滞可以切断疼痛的恶性循环,解除疼痛,改善局部血运,促进组织新陈代谢,缓解纤维、结缔组织的粘连和消除炎症反应。配合功能锻炼治疗,疏通经络,解除肌肉痉挛,松解粘连,进一步促进生理功能恢复。本组 166 例肩周炎患者在痛点阻滞基础上配合功能锻炼治疗,弥补了单一治疗的不足,使疗效更加持续、显著。

(收稿日期: 2005-06-16)

肾淀粉样变性病 8 例报道

崔杏成 涂晓 孙建实 楼季华 程晓霞

(浙江中医学院附属第二医院 杭州 310006)

关键词:肾淀粉样变性病;临床表现;病理改变;治疗与转归

中图分类号:R 692.9

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0065-02

肾淀粉样变性病(Renal Amyloidosis, RAm)临床少见。现将我院 2000 年 12 月~2004 年 2 月收治的 8 例肾淀粉样变性病报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 8 例均为住院患者,男性 6 例,女性 2 例;年龄 46~74(平均 58.6)岁,50 岁以上者 6 例。8 例均经肾活检明确诊断,肾活检标本行光镜、免疫荧光检查;6 例行电子显微镜检查;4 例行抗 AA 血清检测。确诊标准为光镜下经刚果红染色呈阳性和(或)电镜下证实有淀粉样物质沉积。其中原发性肾淀粉样变性 6 例,继发性肾淀粉样变性 2 例。

1.2 临床表现 本组 8 例肾损害均表现为肾病综合征,24h 尿蛋白定量 3.6~12.4g,其中 2 例伴镜下血尿(+~++),1 例伴肾功能衰竭(肾穿时血肌酐 460 μ mol/L)。肾外损害:本组 8 例患者均无高血压,其中 4 例呈低血压(血压 <90/60mmHg);本组 8 例均有不同程度心脏受损,心电图示 T 波改变 4 例,传导阻滞 3 例,房颤 1 例;心超示心脏增大、心肌重量增加 1 例,少量心包积液 2 例,左室顺应性降低 5 例;8 例病人中肝肿大 4 例,有腹水 2 例,脾肿大 5 例,未见有巨舌;X 线检查颅骨、盆骨未见骨质破坏及骨质疏松。其中继发性患者 1 例合并移行上皮细胞癌,另 1 例合并乙型病毒性肝炎。

酒精戒断综合征误诊高血压脑病 1 例报告

姜宏伟

(浙江省余姚市人民医院 余姚 315400)

关键词:酒精戒断综合征;误诊;高血压脑病;病例报告

中图分类号:R 447

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01- 0066-01

酒精戒断在精神科、神经科以及内科的急诊中始终占据着重要地位。酒精戒断综合征的血压升高在临床中由于较少见,容易被误诊为高血压脑病、高血压危象等其他症状性高血压疾病。作者在临床上收治 1 例,其血压波动最高至 283/148mmHg,系由酒精戒断所致,一开始被误诊为高血压脑病。现报告如下:

1 临床资料

患者,男性,51 岁,因“发作性头晕,视物模糊伴出汗 12h”于 2004 年 10 月 13 日入院。患者当日凌晨无明显诱因下突感头晕,视物模糊伴步态不稳,逐渐加重并出现黑蒙,耳鸣,心悸,大汗,四肢震颤、抽搐,家人发现其面色苍白,神志尚清,但精神较兴奋,伴头痛、恶心、呕吐胃内容物,无胸闷、气促,无四肢活动障碍,无失语、大小便失禁。即来我院就诊,为进一步明确诊治收入本院。入院查体:T 37℃,P 93 次/min,R 20 次/min,Bp 196/120mmHg,神志清,急性病容,神情烦躁不安;皮肤巩膜未见明显黄染,双手震颤,未见肝掌、蜘蛛痣;浅表淋巴结未触及明显肿大,颈软对称,甲状腺无肿

大;心肺听诊无殊;腹平软,腹壁静脉无曲张,全腹无压痛、反跳痛,未触及包块,肝脾肋下未及;双下肢无浮肿;生理反射存在,病理反射未引出;三大常规、肾上腺 B 超、腹部 CT、甲状腺 5 项、头颅 CT、脑脊液常规压力均无明显异常;肝功提示 ALT 409U/L,AST 562U/L, γ -GT 511U/L,TBIL45.8 μ mol/L,DBIL 18.5 μ mol/L,HAA 阴性。被拟诊为“高血压脑病”一直予硝普钠维持降压,并予速尿针等对症治疗,降压效果并不理想,血压一直波动,最高达 283/148mmHg,精神亢奋,一直较烦躁,并曾有一度神志不清。追问病史,患者有嗜酒史 30 余年,饮酒量(折合纯酒精量)150g/d,近两日拟戒酒未饮(4 年前戒酒时有过类似症状性高血压发作,当时血压高达 220/130mmHg)。故诊断考虑酒精戒断综合征,于 10 月 15 日起停止硝普钠针,改予纳洛酮针,并予护肝降酶对症支持治疗,24h 后血压开始稳定,之后一直未见反复。1 周后肝功能好转出院。

2 讨论

引起症状性高血压的疾病较常见的包 (下转第 73 页)

1.3 病理改变 8 例均以肾小球损害为主,伴不同程度的小管间质及血管病变。光镜下可见肾小球系膜区基质局灶或弥漫性无细胞增宽,大量团块状、均质嗜伊红物质沉积在毛细血管基底膜,使基底膜部分增厚,系膜细胞增生不明显,其中 6 例可见不同程度肾小球硬化。部分入球小动脉及弓状动脉增厚,间质中有炎细胞浸润,灶性纤维化。8 例肾小球系膜区毛细血管壁刚果红染色呈砖红色,其中 2 例行 5%高锰酸钾氧化后刚果红染色阴性,诊断为继发性肾淀粉样变性。6 例电镜检查显示毛细血管壁及系膜区细纤维管状结构沉积,排列紊乱。免疫荧光检测结果显示 8 例中 IgG、IgA、IgM、C3 沉积阳性 3 例,全阴 1 例,余部分沉积。抗 AA 血清检测 4 例呈阴性。

1.4 治疗与转归 本组 8 例病人在肾穿刺后 3 例试用 MP 化疗方案(其中继发性者 1 例,原发性者 2 例),随访过程中死亡 4 例(肾穿刺后 5~12 月),死因为低血压及心力衰竭。有 1 例用 MP 治疗者,随访过程中尿检蛋白有所减少,其余病例蛋白尿无减少,病情有恶化趋势。

2 讨论

肾淀粉样变性病,临床早期表现均呈非特异性,蛋白尿是 RAm 的早期表现,30%~76%呈现肾病综合征^[1]。确诊有赖于肾活检,光镜下刚果红染色阳性和(或)电镜下见 8~10nm 不分枝的纤维丝样物质为诊断依据。RAm 一旦发生肾病综

合征则预后险恶,本组有 4 例病人在确诊后 5~12 月内死亡,提示本病预后差。RAm 高血压罕见,Uluhan A 等报道 30 例肾淀粉样变性者无 1 例发生高血压,均表现为低血压,并认为与低蛋白血症和血容量不足有关^[2]。本组 8 例病人亦无 1 例高血压,有 4 例表现为低血压,且对各种升压治疗反应不良。我们认为有下列情况者需高度怀疑本病,及早行肾活检、刚果红染色及电镜检查以明确诊断:(1) 年龄大于 50 岁,出现不明原因大量蛋白尿或肾病综合征,伴血压不高或低血压,有肝脾肿大、心脏疾病(心脏肥大,心律失常等)者;(2) 有明确类风湿性关节炎或慢性感染性疾病,出现蛋白尿或肾病综合征并同时合并肝脾肿大或心脏病患者。

RAm 的治疗目前仍无确切有效的方法,继发性者可针对基础疾病予相应治疗,原发性者肾损害常持续进展,很少缓解。就本组病例试用 MP 的化疗方案治疗,观察 1 年余,尿检蛋白无好转,病人生存延长,较不用 MP 病人生存时间延长,原因有待分析。

参考文献

[1]刘玉春.肾淀粉样变性病 14 例分析[J].中华内科杂志,1990,29(10):593
[2]Uluhan A.Low blood pressure and amyloidosis[J].Nephron,1995,69(1):118

(收稿日期: 2005-07-21)