

浙江两家不同等级医院非 ST 段抬高急性冠脉综合征 诊疗策略分析

史明娟¹ 邱原刚² 章莉¹ 刘紫燕² 於华敏¹

(1 浙江省杭州市余杭区第一人民医院 杭州 311100; 2 浙江大学医学院附属第一医院 杭州 310003)

摘要:目的:对比不同等级医院非 ST 段抬高急性冠脉综合征患者的诊疗策略,分析其与指南的差距。方法:回顾性调查分析 2006 年 1~12 月在浙医一院及余一医院心内科住院的 484 例非 ST 段抬高急性冠脉综合征患者的诊断治疗策略变化。结果:浙医一院患者检查动态心电图、运动平板心电图、负荷核素心肌显像比例均比余一医院明显高,冠脉造影检查率显著高,而心脏损伤标记物检查比例偏低($P<0.05$);两家医院心电图、心超、胸片、CT 冠状动脉成像比例无明显差异($P>0.05$)。与余一医院相比,浙医一院阿司匹林、应用阿司匹林负荷量、 β -受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用比例明显高;住院期间行 PCI 治疗及早期有创干预均多;但低分子肝素使用比例相对低($P<0.05$);而吗啡、 β -受体阻滞剂加量、ACEI、钙拮抗剂、普通肝素、GP II b/IIIa 受体拮抗剂、他汀类使用率无显著差异($P>0.05$)。结论:不同等级医院 NSTEMI-ACS 患者内科住院诊疗策略基本遵循指南,尤其是有创检查及治疗部分,浙医一院甚至优于国外报告;但不同等级医院存在不少差距,特别是阿司匹林及其负荷量、 β -受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用;而且 β -受体阻滞剂使用及加量和 GP II b/IIIa 抑制剂的临床使用与循证指南仍存在不少差距,提升空间较大,需进一步提高循证指南的宣传教育。

关键词:非 ST 段抬高急性冠脉综合征;不稳定性心绞痛;非 ST 段抬高型心肌梗死;治疗学;医院等级;指南

Abstract:Objective:To compare the diagnosis and management of patients with Non-ST elevation acute coronary syndrome in two hospitals of different grade, and scale the gap between practice and guidelines. Methods:Clinical data of the diagnosis and management of 484 inpatients with Non-ST elevation acute coronary syndrome from Jan. to Dec.2006 were retrospectively analyzed. Results:Dynamic electrocardiogram、exercise ECG、cardiac stress imaging and coronary angiography were used more extensively in hospital of grade 3 than those in grade 2 ,but the usage of elevated cardiac markers was lower. Significant difference in the use of aspirin、using 300mg first dosage of aspirin、 β -blocker、nitrates、clopidogrel and invasive strategies were found in two hospitals of different grade . Conclusions:The diagnosis and management of patients with Non-ST elevation acute coronary syndrome in two hospitals of different grade obey the guidelines. Still, further improvements are needed for optimal implementation of these guidelines such as the use of β -blocker、adding dosage of β -blocker and GP II b/IIIa inhibitor.

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0067-04

非 ST 段抬高急性冠脉综合征 (Non-ST elevation acute coronary syndrome, NSTEMI-ACS) 包括不稳定性心绞痛 (unstable angina; UA) 与非 ST 段抬高心肌梗死 (non-ST segment Elevated Myocardial Infarction, NSTEMI)。近年来,人们对 NSTEMI-ACS 的认识逐步加深,临床上诊断 NSTEMI-ACS 病例数逐年增加,NSTEMI-ACS 已成为心血管基础和临床研究的热点。ACC/AHA、ESC、中华医学会心血管分会等机构相继修订了 UA/NSTEMI 的诊疗指南,但指南制定的原则是否得到不同等级医院的临床实践贯彻,目前国内鲜有相应的研究报告。为此,本研究回顾分析 2006 年 1~12 月在浙江大学医学院附属第一医院(三甲医院,下简称浙医一院)及杭州市泌物,待自主呼吸恢复。血氧饱和度大于 96%、患儿完全清醒后拔除气管导管。

1.3 结果 全组病人手术时间 30~60min。其中 4 例患儿于诱导过程中出现呼吸道梗阻,面罩加压给氧送气困难,经置入口咽通气道后好转。全组病人丙泊酚平均输入量 $(6.5\pm 1.2)\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$,输液 150~450mL,失血量 20~100mL,停药后 10~20min 清醒拔管。3 例患儿拔管后出现哭闹躁动,需丙泊酚镇静,2 例出现轻度恶心、呕吐。全组病儿气管拔管后无 1 例呼吸道梗阻。

2 讨论

OSAS 具有潜在的呼吸道梗阻的危险,故在诱导后及拔管前应密切注意呼吸道情况。术前应充分估计和预测气道困难程度,备好相应的口咽通气道以及小号气管导管。术前慎用麻醉性镇痛、镇静药。同时由于扁桃体腺样体切除手术要

余杭区第一人民医院(二甲医院,下简称余一医院)心内科住院治疗的 484 例 NSTEMI-ACS 患者的临床资料和诊疗措施情况,对比分析不同等级医院之间诊疗策略区别及其与指南差距,以更好地提高 NSTEMI-ACS 的诊断和治疗水平。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2006 年 1~12 月在浙医一院及余一医院心内科住院的 NSTEMI-ACS 患者共 484 例,年龄 35~95 岁,平均 (67.4 ± 10.8) 岁,男性 381 例,女性 103 例。浙医一院 372 例,其中 UA 330 例,NSTEMI 42 例;余一医院 112 例,其中 UA 98 例,NSTEMI 14 例。

1.2 入选标准 NSTEMI 及 UA 诊断参照 ACC/AHA、ESC 求患儿及早苏醒,尽量避免术后躁动及恶心呕吐的发生导致术后再次出血,需要完善的术后镇痛。因此我们于术中静注曲马多,可产生良好的预先镇痛效果,而无呼吸抑制。麻醉中选用快速短效,长时间滴用而无积蓄的静脉麻醉药 - 丙泊酚,麻醉维持采用血 / 气分配系数低,诱导、恢复快,对呼吸道刺激小,很少引起喉痉挛或支气管痉挛的吸入麻醉药 - 七氟醚,取得了满意的麻醉效果,并减少了麻醉后并发症。我们认为这种复合麻醉适用于此类手术。

参考文献

- [1]盛卓人,王俊科.实用临床麻醉学[M].第 3 版.沈阳:辽宁科学技术出版社,1996.103-105
- [2]刘华平,胡怀成.小儿阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的麻醉处理体会[J].临床麻醉学,2007,22(3): 253

(收稿日期: 2007-10-15)

和中华医学会心血管病学会等制订的诊断标准^[1-4]；高血压、糖尿病为发病前及住院过程中确诊为高血压、糖尿病的患者；血脂异常定义为发病前及住院过程中测低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)≥4.1mmol/L 的患者^[5]。

1.3 研究指标 分析浙医一院与余一医院患者无创及有创检查情况、药物及冠脉介入治疗情况。依据 TIMI 危险评分系统^[6]进行危险分层，共考察七个变量：年龄≥65 岁，3 个或以上危险因素，冠状动脉狭窄≥50%，ST 段变化，24h 内有 2 次心绞痛发作，近 1 周内服用过阿司匹林，心脏损伤标志物升高，每一变量计 1 分，≥4 分定义为高危人群。早期有创干预定义为入院 48h 内行经皮冠状动脉介入术(PCI)^[7]。

1.4 统计学处理 计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示，根据数据的分布特点，组间比较采用 *t* 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验，使用 SPSS13.0 软件包进行分析，*P*<0.05 为差异有显著性。

2 结果

2.1 临床基本情况 两组患者性别、心脏病家族史、血脂异常、高危患者、目前吸烟比例及入院总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、舒张压等均无显著差异(*P*>0.05)；与余一医院相比，浙医一院高血压、糖尿病、既往冠心病史及已戒烟比例略高，入院体重、甘油三酯值偏高；但年龄、入院收缩压相对低(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者临床资料比较 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)			
项目	余一医院(n=112)	浙医一院(n=372)	P 值
年龄(岁)	71.4± 9.8	66.2± 10.8	0.000
男性	88(78.6)	293(78.8)	0.965
心脏病家族史	14(12.5)	33(8.9)	0.255
高血压病	62(55.4)	254(68.3)	0.012
目前吸烟	32(28.6)	92(24.7)	0.414
已戒烟	8(7.1)	73(19.6)	0.002
血脂异常	49(43.8)	188(50.5)	0.208
糖尿病	12(10.7)	95(25.5)	0.001
既往冠心病史	30(26.8)	152(40.9)	0.007
入院体重(kg)	61.3± 9.7	66.0± 9.7	0.000
入院空腹血糖(mmmol/L)	6.12± 1.95	5.29± 1.90	0.000
入院甘油三酯(mmol/L)	1.13± 0.64	1.87± 1.47	0.000
入院总胆固醇(mmol/L)	3.87± 0.99	4.06± 1.25	0.154
入院 HDL-C(mmol/L)	1.33± 0.36	1.24± 1.10	0.404
入院 LDL-C(mmol/L)	2.15± 0.77	2.00± 0.76	0.075
入院收缩压(mmHg)	140.7± 24.1	132.4± 21.0	0.001
入院舒张压(mmHg)	78.8± 12.7	76.9± 11.1	0.134
高危患者	57(50.9)	198(53.2)	0.665

注：HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇；LDL-C：低密度脂蛋白胆固醇；高危患者：TIMI 危险评分系统≥4 分者。

2.2 检查 浙医一院患者检查动态心电图、运动平板心电图、负荷核素心肌显像及冠脉造影检查率均比余一医院明显高(*P*<0.05)，而心脏损伤标记物检查比例偏低(*P*<0.05)；两家医院心电图、心超、胸片、CT 冠状动脉成像比例无明显差异(*P*>0.05)。见表 2。

表 2 两组患者进行无创及有创检查情况比较 例(%)				
项目	余一医院(n=112)	浙医一院(n=372)	χ^2 值	P 值
心脏损伤标记物	104(92.8)	300(80.6)	9.305	0.002
心电图	112(100)	372(100)		
胸片或心三位片	98(87.5)	355(95.4)	0.079	0.778
心超	96(85.7)	363(97.6)	3.133	0.077
动态心电图	42(37.5)	305(82.0)	83.959	0.000
运动平板心电图	4(3.6)	70(18.8)	15.449	0.000
负荷核素心肌显像	0(0)	16(4.3)	4.982	0.026
CT 冠状动脉成像	0(0)	4(1.1)	1.214	0.270
冠脉造影	50(44.6)	286(76.9)	42.147	0.000

2.3 治疗 与余一医院相比，浙医一院阿司匹林、应用阿司匹林负剂量(300mg)、β - 受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用比例明显高；住院期间行 PCI 治疗多(*P*<0.05)，早期有创

干预多；但低分子肝素使用比例相对低(*P*<0.05)，而吗啡、β - 受体阻滞剂加量、ACEI、钙拮抗剂、普通肝素、GP II b/IIIa 受体拮抗剂、他汀类使用率无显著差异(*P*>0.05)。见表 3。

表 3 两组患者应用药物及介入治疗情况比较 例(%)				
项目	余一医院(n=112)	浙医一院(n=372)	χ^2 值	P 值
吗啡	10(8.9)	18(4.8)	2.642	0.104
阿司匹林	98(87.5)	354(95.2)	8.183	0.004
应用阿司匹林负剂量	38(33.9)	231(62.1)	7.665	0.000
β - 受体阻滞剂	58(51.8)	233(62.6)	4.226	0.040
β - 受体阻滞剂加量	6(5.4)	37(9.9)	2.240	0.135
硝酸酯类	88(78.6)	321(86.3)	3.917	0.048
ACEI	74(66.1)	257(69.1)	0.362	0.547
钙拮抗剂	44(39.3)	176(47.3)	2.237	0.135
低分子肝素	58(51.8)	151(40.6)	4.397	0.036
普通肝素	0	0		
氯吡格雷	66(58.9)	324(87.1)	43.645	0.000
GP II b/IIIa 受体拮抗剂	0	9(2.4)	2.761	0.097
他汀类调脂药	86(76.8)	290(78.0)	0.068	0.794
经皮冠状动脉介入术	38(33.9)	190(51.1)	10.158	0.001
早期有创干预	5(4.5)	61(16.4)	10.409	0.001

3 讨论

浙江大学医学院附属第一医院是一家三甲医院，拥有独立的心导管室，在介入心脏病学领域开展了大量工作，达到国内先进水平，是浙江大学医学院的教学医院，收治病人以城市居民为主；而余杭区第一人民医院是一家二甲医院，是杭州师范大学医学院的教学医院，心血管介入的力量纵向比相对薄弱，但心血管整体诊疗水平已跻身于杭州地区同类医院的前茅，收治农村病人相对多。本研究具体对两家不同等级医院心内科对非 ST 段抬高急性冠脉综合征患者的诊疗策略进行对比分析并与指南相比较，分析差距。

ACC/AHA 于 2002 年修订了 2000 年版 UA 和 NSTEMI 治疗指南，修订版指南变动最大的是抗血小板和抗凝治疗部分，内容主要涉及更加积极地使用氯吡格雷、GP II b/IIIa 受体拮抗剂及低分子肝素，认为低分子肝素优于普通肝素；其次是有创治疗部分，2002 年修订版指南强调 NSTEMI-ACS 患者只要临床上没有血管重建治疗的禁忌证，常规做冠状动脉造影，若有可能可以直接做 PCI 或 CABG 治疗；并明确指出越高危的患者越能从低分子肝素、GP II b/IIIa 受体拮抗剂、有创治疗等新治疗方法获益。

3.1 基本资料分析 通过对患者基本资料分析，发现浙医一院高血压、糖尿病、既往冠心病患者较多，但入院空腹血糖、收缩压却相对余一医院低，而已戒烟比例略高，说明相对而言，城市居民虽基础疾病多，但已开始重视健康生活，心血管病高危因素的控制已有所改善，值得基层医院学习；但入院体重、甘油三酯值偏高，与目前我国经济水平提高，社会应酬较多有关，仍需进一步加强宣传教育力度。这些结果说明两家医院均需要进一步加强重视社会人群的健康教育，二级预防心血管病。

3.2 诊断检查分析 诊断检查方面，冠状动脉造影比例两家医院均较高，余一医院为一家二甲医院，但冠脉造影检查率已达到 44.6%，说明指南中更加积极的有创诊断及治疗策略已普及到我国基层医院心内科，而浙医一院的冠脉造影检查率为 76.9%，比新近发表的 GRACE 研究^[8] 的 28%~58%及 CRUSADE 研究^[9]报道的 60.4%~67.3%导管检查率均高，优于国外报告结果。无创检查方面：胸片、心电图、心肌损伤标

志物、心超、动态心电图检查比例均高,有助于早期诊断及早期危险分层,并可据此予以相应治疗,使患者在治疗效益和费用之间得到最大获益。而负荷核素心肌显像、CT 冠状动脉成像检查率小可能与这些检查价格昂贵、特异性不够理想等因素有关,余一医院无患者行此二项检查与该医院缺乏相应设备有关;运动平板心电图检查率低与此检查存在一定风险且特异性不高有关,逐渐被冠心病诊断金标准——冠脉造影取代。

3.3 治疗分析 治疗方面,指南要求更积极地抗心肌缺血、抗栓治疗、血脂干预以及早期有创治疗策略。

3.3.1 抗心肌缺血 β -受体阻滞剂可通过降低心肌氧耗量改善心肌缺血、减少恶性心律失常、心肌梗死事件、降低病死率,为指南 I 类建议,要求无禁忌证者均应使用,且治疗过程中要求及时加量至治疗剂量或能耐受的最大量。但在本研究中,两家医院 β -受体阻滞剂使用及加量比例均不高,浙医一院为 62.6%,仅 9.9%加量;余一医院为 51.8%,加量仅 5.4%,与 GRACE 研究报道的 72%~83%,CRUSADE 研究报道的 81.2%~88.6%相比差距显著。远未达到指南要求,提升空间相当大。

3.3.2 抗栓治疗 抗栓治疗包括抗血小板和抗凝。抗血小板治疗要求尽早使用阿司匹林,浙医一院的阿司匹林使用率达 95.2%,4.8%的未使用率与这部分患者对阿司匹林过敏或严重胃肠道不适而不能耐受有关,与国内多省市研究^[10]的接近 100%服用率相似;较 GRACE 研究报道的 90%~94%,CRUSADE 研究报道的 88.9%~93.2%略高,且 62.1%使用负荷剂量(300mg)。2005 年 3 月欧洲 PCI 指南(ESC)中已将氯吡格雷列为 SAP 和 NSTEMI-ACS 行 PCI 患者的 I 类指征,而 CURE 和 CURE-PCI^[11]研究结果显示,NSTEMI-ACS 患者无论是否接受 PCI 均应服用 9~12 个月的氯吡格雷。氯吡格雷在浙医一院的使用率为 87.1%,明显优于国外报道的 25%~44%的抵克力得使用率(GRACE)及 50.4%~68.7%的氯吡格雷使用率(CRUSADE)。这两个抗血小板药在余一医院使用率相对要低,阿司匹林为 87.5%、氯吡格雷为 58.9%,存在一定差距,与医生对指南的认识深度及患者的经济条件、文化程度均有关,尚需要基层医生更加努力学习指南并加以贯彻。GP II b/IIIa 受体拮抗剂在危险评分越高患者获益越大,在计划行导管检查和 PCI 治疗患者属 I 类建议。但本研究发现即使在浙医一院,也仅 2.4%患者使用 GP II b/IIIa 受体拮抗剂,而余一医院 2006 年无患者使用此药,远不及国外 GRACE 研究报道的 3%~26%及 CRUSADE 研究报道的 33.2%~44.6%,与指南相比差距相当显著,需受到广大医师关注。抗凝治疗方面:2002 年指南修订版建议除非 24h 内拟行搭桥手术者,I A 类推荐肝素与阿司匹林和/或氯吡格雷联合抗栓,明确指出低分子肝素(依诺肝素)优于普通肝素。本研究发现两组患者低分子肝素使用率为 40.6%~51.8%,余一医院低分子肝素的使用甚至优于浙医一院,提示基层医生对低分子肝素的认识提高。两家医院一致无患者使用普通肝素,与普通肝素易出血、需监测相关血凝指标有关,与指南要求相符。

3.3.3 血脂干预 血脂干预中高危的 NSTEMI-ACS 患者 LDL-C 要求降至 <70mg/dL 或下降 30%~40%。本研究发现他

汀类使用率为 76.8%~78.0%,比 GRACE 研究报道的 45%~67%使用率高,与 CRUSADE 研究报道的 77.7%~86.8%使用率相近,提示他汀类降脂治疗随着大量循证医学依据的出现,临床应用普及率高。ACEI 在 NSTEMI-ACS 合并心衰、左室功能不全(EF<0.40)、高血压、糖尿病患者中 I A 类推荐,两家医院的使用率为 66.1%~69.1%,较 GRACE 研究报道的 35%~51%,CRUSADE 研究报道的 58.9%~63.7%均高,提示目前临床已重视 ACEI 在 NSTEMI-ACS 患者上的使用情况。

3.3.4 早期有创治疗 浙医一院 PCI 治疗率为 51.1%,与国内多省市报道的 50%的 PCI 治疗率相近;明显优于国外 GRACE 报道的 17%~37%及 CRUSADE 研究报道的 35.4%~42.0%;早期有创干预率为 16.4%;余一医院的 PCI 治疗率和早期有创干预率分别为 33.9%和 4.5%,对一家二甲医院而言,这一冠脉介入率已有了可喜的进步,提示 NSTEMI-ACS 治疗指南中根据危险分层治疗,早期有创治疗的原则已得到临床认可,并已积极用于临床实践。FRISC-II 和 TACTICS-TIMI18 试验结论均提出治疗(即干预时间在入院 48h 内)在 UAP/NSTEMI 特别是高危患者的临床应用优于择期有创治疗^[7,12]。

总之,在指南广泛普及并指导临床的 21 世纪,不同等级医院 NSTEMI-ACS 患者内科住院诊疗策略基本遵循指南,尤其是有创检查及治疗部分,浙医一院甚至优于国外报告;不同等级医院存在不少差距,特别是阿司匹林及其负荷量、 β -受体阻滞剂、硝酸酯类、氯吡格雷使用。但 β -受体阻滞剂使用及加量和 GP II b/IIIa 抑制剂的临床使用与循证指南仍存在不少差距,提升空间较大,需进一步提高循证指南宣传教育。

参考文献

- [1] Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA guideline for the management of Patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the American college of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable angina)[J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 36: 970-1062
- [2] Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of Patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: Summary Article. A report of the American college of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable angina)[J]. Circulation, 2002, 106: 1893-1900
- [3] Bertrand ME, Simoons ML, Fox KAA, et al. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without Persistent ST segment elevation. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology[J]. Eur heart J, 2000, 21: 1406-1432
- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会, 中国循环杂志编辑委员会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中国循环杂志, 2001, 16 (3): 227-229
- [5] Cleeman JJ. Executive summary of the third report of the national cholesterol education Program (NCEP) expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adults treatment Panel III)[J]. JAMA, 2001, 285: 2486-2497
- [6] Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for Prognostication and therapeutic decision making[J]. JAMA, 2000, 284: 835-842
- [7] Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, et al. Comparison of

early invasive and conservative strategies in Patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban[J].N Engl J Med,2001, 344: 1 879-1 887

[8]Carruthers KF,Dabbous OH, Flather MD, et al. GRACE Investigators. Contemporary management of acute coronary syndromes: does the Practice match the evidence? The global registry of acute coronary events (GRACE)[J].Heart,2005,91(3): 290-298

[9]Mehta RH, Roe MT, Chen AY, et al.Recent trends in the care of Patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndromes: insights from the CRUSADE initiative[J].Arch Intern Med,2006,166 (18):2 027-2 034

[10]中国急性冠脉综合征多中心临床研究协作组.中国多省市急性冠

脉综合征住院患者治疗现状与指南差距分析[J].中华心血管病杂志, 2005, 33(9): 789-792

[11]Mehta SR, Yusuf S, Peters RJ, et al. Effects of Pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in Patients undergoing percutaneous coronary intervention : the PCI-CURE study[J].Lancet,2001,358: 527-533

[12]Wallentin L, Lagervist B, Husted S, et al. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable cononary artery disease: the FRISC II invasive randomized trial [J].Lancet, 2000,356: 9~16

(收稿日期: 2007-11-13)

曲安奈德痛点封闭治疗下腰痛 46 例疗效观察

诸建民 朱勇

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词: 下腰痛; 曲安奈德; 痛点封闭治疗

中图分类号: R 246.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)02-0070-01

下腰痛是复杂的临床征候群, 由于病因复杂, 因此对其诊断治疗有一定的难度。我院骨科门诊 2006 年 4~9 月采用曲安奈德痛点封闭治疗下腰痛 46 例, 获得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 90 例中男 49 例, 女 41 例; 年龄 22~64 岁, 平均 44.5 岁; 病程 4d~3 个月, 平均 13d。90 例随机分组, 治疗组 46 例, 对照组 44 例。两组病例年龄、性别构成、病程、病情等差异无统计学意义。排除病例标准: (1) 椎间盘(或椎管)源性下腰痛者; (2) 炎症或肿瘤性下腰痛者; (3) 内脏源性下腰痛者; (4) 其他如脊柱先天畸形、强直性脊柱炎等疾病致下腰痛者; (5) 妊娠或哺乳期妇女。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 患者俯卧位, 经触诊准确定位压痛点, 严格消毒。取曲安奈德针 30~40mg 与 2%利多卡因针 6~8mL 混匀, 于痛点体表投影处进针, 至针头感触痛点后回抽无血, 将药物注入, 出针点适度按压 2~3min。每 6 天治疗 1 次, 3 次为 1 个疗程。

1.2.2 对照组 成人量常规餐后口服一种非甾体类抗炎镇痛药物, 如消炎痛、芬必得、扶他林、英太青等。

1.3 疗效观察

1.3.1 疗效判定标准 痊愈: 治疗后症状完全消失, 腰部活动如常, 局部无压痛。显效: 治疗后疼痛明显减轻, 腰部活动基本正常。有效: 治疗后疼痛有所减轻, 腰部活动范围比前稍增。无效: 治疗后疼痛及腰部活动无改善。

1.3.2 治疗结果 1 个疗程后观察疗效。治疗组 46 例中痊愈 18 例, 显效 12 例, 有效 10 例, 无效 6 例, 总有效率 86.96%。对照组 44 例中痊愈 11 例, 显效 12 例, 有效 6 例, 无效 15 例, 总有效率 65.91%。两组经 χ^2 检验有统计学差异 ($\chi^2=5.15$, $P<0.05$)。

1.3.3 不良反应 治疗组首次封闭后有 3 例出现短时头晕, 平卧休息后恢复。对照组口服药物后有 11 例出现恶心、胃部

不适等轻症, 减少药量或对症处理后缓解, 均不影响进一步治疗。

2 讨论

下腰痛 (low back pain,LBP) 指后背的腰、骶部的疼痛或不适感, 可伴有或不伴有下肢的放射痛, 是骨科、运动医学和康复医学中常见的疾患。下腰痛可以是一种症状, 也可以是一种综合征, 而不是疾病的名称。临床上, 下腰痛门诊患者中约有 50%引起疼痛的病因不明^[1], X 线、CT、MRI 等检查无阳性发现, 许多学者把它归类为非特异性下腰痛。其机理通常认为是由于下腰部软组织急慢性损伤、寒凉刺激或椎间小关节的退变, 导致组织充血水肿、无菌性炎症, 刺激痛觉神经末梢而产生疼痛。而疼痛又引起局部肌肉保护性痉挛, 形成恶性循环, 使得无菌性炎症进一步加重。其压痛点是组织增生变性、钙化、排列紊乱、断裂、无菌性炎症等病理学改变的一种临床表现, 是下腰痛诊断的重要依据^[2]。本组所选病例中, 以慢性腰骶部软组织损伤、棘上或棘间韧带损伤、腰三横突综合征及臀上皮神经炎等非特异性疾患为主。解决本病的关键在于消除痛点处组织水肿、粘连等无菌性炎症。在痛点封闭治疗中曲安奈德能减轻病灶炎性反应、减少组织局部充血及体液外渗、抑制肉芽组织形成, 对抗无菌性炎症和粘连; 利多卡因具备作用快、扩散广、穿透力强和局部止痛作用, 可使局部肌肉痉挛得到有效松弛, 利于炎症的吸收。该两种药物直接作用于病灶, 疗效明显, 副作用少, 且费用较低, 值得临床采用。

需要注意的是, 痛点封闭治疗属于侵入性操作, 在严格无菌技术的同时, 应参照下腰痛的病史、体格检查、影像学表现明确诊断, 按排除标准认真筛选具备适应证的病例。对无明确压痛点的下腰痛, 则不适宜作封闭治疗。

参考文献

[1]Richard A,Deyo MPH.Diagnostic evaluation of LBP[J].Arch Intem Ned, 2002, 162: 1 446-1 447

[2]毕胜.痛点病理学进展[J].中华疼痛杂志,1998, 4 (4): 18

(收稿日期: 2007-09-24)