

病理观察提示高剂量软肝宁可以明显地抑制模型大鼠肝组织胶原纤维的增生,从而减轻肝细胞损伤,说明软肝宁对 CCl_4 诱导的小鼠肝纤维化有良好的防治作用^[13]。

本实验结果表明,由中药党参、郁金、姜黄、山芋肉、枸杞子等 9 味中药组成复方制剂软肝灵,能延缓 CCl_4 造成的小鼠肝纤维化进程,能改善肝功能,抗脂质过氧化,并能抑制假小叶的形成及纤维组织的增生。软肝灵抗肝纤维化作用机制可能与保护肝细胞、抑制胶原合成、降低转氨酶、抗脂质过氧化反应及促进机体蛋白质合成等因素有关。

【参考文献】

- [1] Tsukada S, Parsons CJ, Rippe RA. Mechanisms of liver fibrosis[J]. Clin Chim Acta, 2006, 364(1): 33-60.
- [2] 丁体龙, 马 勇, 严家春, 等. “抗纤汤”治疗四氯化碳致肝纤维化大鼠模型的实验研究[J]. 东南国防医药, 2004, 6(3): 175-176.
- [3] Bataller R, Brenner DA. Liver fibrosis[J]. J Clin Invest, 2005, 115(2): 209-218.
- [4] 青献春, 刘炳辰, 裴香萍, 等. 软肝散结胶囊抗大鼠肝纤维化实

验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(15): 149-150.

- [5] 池肇春. 实用临床肝病学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 396-397.
- [6] Okazaki I, Watanabe T, Hozawa S, et al. Reversibility of hepatic fibrosis: from the first report of collagenase in the liver to the possibility of gene therapy for recovery[J]. Keio J Med, 2001, 50(2): 58-65.
- [7] Mann DA, Smart DE. Transcriptional regulation of hepatic stellate cell activation[J]. Gut, 2002, 50(6): 891-896.
- [8] 李 亮, 缪英年. 平肝汤抗大鼠肝纤维化的实验研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2005, 12(4): 27-29.
- [9] 黄象安, 陈燕力, 孙利红, 等. 扶正健肝方对免疫性肝纤维化大鼠胶原代谢的影响[J]. 首都医科大学学报, 2007, 28(2): 196-197.
- [10] 田扩寰. 肝脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 583-584.
- [11] 张 奕, 刘永刚. 红景天苷抗肝纤维化的实验研究[J]. 中国药房, 2006, 17(11): 813-814.
- [12] 文 彬, 贺松其, 廖荣鑫. 清热祛湿抗肝纤维化及抗脂质过氧化的实验研究[J]. 陕西中医, 2005, 26(4): 378-379.
- [13] 高作文, 李新慧, 周 燕, 等. 随机对照研究苦参素对乙肝肝纤维化的疗效[J]. 东南国防医药, 2003, 5(2): 94-96.

(收稿日期: 2012-01-30; 修回日期: 2012-03-20)

(本文编辑: 张仲书; 英文编辑: 王建东)

· 短 篇 ·

腰交感神经阻滞治疗下肢神经病理性疼痛 35 例

姚永玲, 胡咏兵, 陈 潇, 张晓磊

【关键词】 疼痛; 下肢; 腰交感神经阻滞; 红外热像图

【中图分类号】 R441.1 【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2012)04-0300-02

我科使用腰交感神经阻滞治疗下肢神经病理性疼痛 35 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 对象 2010 年 8 月至 2011 年 8 月我院收治确诊为下肢神经病理性疼痛 35 例, 年龄 42 ~ 69 岁; 男 18 例, 女 17 例; 其中腰椎间盘突出症 16 例、糖尿病神经病变 12 例、脉管炎 4 例、带状疱疹后神经痛 3 例; 发病时间均 > 2 个月; 经其他方法治疗无效后, 给予患侧腰交感神经阻滞治疗。

1.2 治疗方法 患者取俯卧位, 在 CT 引导下穿刺。穿刺点选在腰 2 棘突上缘旁、距脊柱中线 5 ~ 7 cm 处(左右侧均可), 穿刺针与皮肤成 60°, 朝向椎体前侧缘, 注入 2% 利多卡因 2 ml, 5 ~ 8 min 后患者感觉患肢发热, 查体患者会阴部及

双下肢、腹股沟区无感觉及运动障碍。置入硬膜外导管, 再注入 2% 利多卡因 4 ml + 0.9% 氯化钠注射液 4 ml 的混合液, 按无菌要求包扎好导管。此后通过硬膜外导管注入 2% 利多卡因 4 ml + 0.9% 氯化钠注射液 4 ml 的混合液, 1 次/d, 连续 1 周。35 例患者中 22 例行左侧腰交感神经阻滞, 13 例行右侧腰交感神经阻滞。

1.3 检测方法 使用红外热成像仪(重庆伟联公司), 在无空气对流、无阳光直接照射的屏蔽室内, 室温 20 ~ 25℃, 相对湿度 60%。检查前患者暴露检测部位(患肢小腿), 静坐 10 min。检测时患肢小腿中下 1/3 胫前位置距红外镜头 2 ~ 3 m, 每个患者均摄取规定体位的标准热成像图, 测量 3 次, 取平均值; 于治疗前、治疗后 30 min、治疗后第 1 天和第 3 天、1 周分别检测 1 次; 同时行视觉模拟评分(VAS 评分)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件进行统计分析, 计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

1.5 结果 治疗后患者静息和活动时的 VAS 评分较治疗前均明显降低, 治疗后局部皮肤的温度有所上升, 差异均有统计学意义(表 1)。

作者单位: 441000 湖北襄阳, 湖北省襄阳市第一人民医院疼痛科

(下转第 307 页)

本研究中研究对象的构成比基本符合了这一原则。

本研究发现,年轻者较年长者更易接受冠状动脉介入诊疗。我国冠心病的总体发病率呈上升趋势,在部分地区 60 岁以下人群增加尤其明显^[9-10]。本研究中该年龄段的冠心病患者就占了近三成,由于该年龄段人员在社会构成中属于中坚力量,因而对自身的健康有着更高的预期,统计发现该年龄段组因稳定型心绞痛就诊人数比例在三组中最高,亦可见一斑(为 20%,其他两组分别为 12% 及 13%)。同时针对本研究人群不完全的数据统计发现随年龄增加,多系统共患疾病如肾功能不全、消化道出血等手术相对禁忌亦明显增加,而且门诊无创冠状动脉成像技术(CTA)的开展使得早期发现多支严重冠状动脉病变比例增加,均使部分高龄、高危患者选择放弃冠状动脉介入诊疗。当然由于在知识构成及接受新事物的能力上的差异,年轻者可能更易接受冠状动脉介入这一能实现较为完全再血管化的诊疗方法。

通过本研究可以发现,冠心病患者在院接受冠状动脉介入诊疗的依从性明显受到包括医疗资源保障、疾病严重程度认知以及年龄阶段等多种因素影响,因此在如何科学合理的对冠心病患者实施冠状动脉介入诊疗方面,除了需进一步提高全民医疗保障水平外,增进医患沟通和加强疾病宣教,以提高患者对冠心病规范治疗的认知,是当前提高冠心病患者介入诊疗依从性十分可行的措施。

【参考文献】

[1] Devlin G, Gore JM, Elliott J, et al. Management and 6-month out-

comes in elderly and very elderly patients with high-risk non-ST-elevation acute coronary syndromes; the Global Registry of Acute Coronary Events[J]. Eur Heart J, 2008, 29(10): 1275-1282.

[2] Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease[J]. N Engl J Med, 2009, 360(10): 961-972.

[3] 吕树铮, 宋献涛, 陈韵岱, 等. 中国内地 2006 至 2007 年经皮冠状动脉介入治疗注册登记分析[J]. 中华心血管病杂志, 2009, 37(1): 27-29.

[4] 陈琳, 刘玉秀, 杨宝林, 等. 医保患者 10 种系统疾病大额住院医疗费用分析[J]. 医学研究生学报, 2009, 22(9): 868-897.

[5] 中华人民共和国国务院. 中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要[N]. 人民日报, 2011-03-15(1).

[6] Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease[J]. N Engl J Med, 2007, 356(15): 1503-1516.

[7] Hochman JS, Lamas GA, Buller CE, et al. Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction[J]. N Engl J Med, 2006, 355(23): 2395-2407.

[8] Dzavik V, Buller CE, Lamas GA, et al. Randomized trial of percutaneous coronary intervention for subacute infarct-related coronary artery occlusion to achieve long-term patency and improve ventricular function; the total occlusion study of Canada (TOSCA)-2 trial[J]. Circulation, 2006, 114(23): 2449-2457.

[9] 张晓萍, 王印坤, 汪关宝, 等. 北京中关村地区 1984-2000 年急性冠心病事件的流行病学研究[J]. 心肺血管病杂志, 2007, 26(3): 129-135.

[10] 王薇, 赵冬. 我国心血管病及其主要危险因素的流行病学研究[J]. 首都医科大学学报, 2005, 26(2): 143-146.

(收稿日期: 2012-05-09)

(本文编辑: 徐建新; 英文编辑: 王建东)

(上接第 300 页)

表 1 治疗前、后患者 VAS 评分及温度的变化($\bar{x} \pm s$)

时间	VAS 评分(分)		温度(℃)
	静息	活动	
治疗前	5.87 ± 1.23	6.43 ± 1.41	34.07 ± 0.73
治疗后 30 min	2.69 ± 1.16**	2.73 ± 1.03**	36.95 ± 0.08*
治疗后第 1 天	3.06 ± 0.15*	3.27 ± 0.42*	36.82 ± 0.22*
治疗后第 3 天	2.52 ± 0.41*	2.63 ± 0.22*	36.78 ± 0.30*
治疗后 1 周	2.27 ± 0.53**	2.42 ± 0.30**	36.86 ± 0.28*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2 讨论

下肢神经病理性疼痛在临床上比较多见,但目前治疗方法有限,且效果欠佳。腰交感神经阻滞不仅具有扩张下肢血

管,促进侧支循环建立,增加血供,营养和促进组织修复的作用,还可以降低炎症介质的敏化作用,使持续性疼痛得以缓解^[1-2]。本文通过观察视觉模拟评分及红外热图的指标变化^[3],表明采用腰交感神经阻滞疗法治疗下肢神经病理性疼痛是有效的。

【参考文献】

[1] 张骅, 李兴福. 神经病理性疼痛的病因及治疗研究现状[J]. 甘肃科技, 2005, 21(4): 148-149.

[2] 黄首南, 黄贤辉. 射频热凝腰交感神经治疗老年人下肢痛 21 例分析[J]. 福建医药杂志, 2010, 32(1): 119-121.

[3] 姚文芳, 薛毅琨, 罗芸, 等. 远红外热像图对缺血性脑血管病的诊断价值及疗效评价的意义[J]. 中国激光医学杂志, 2007, 16(2): 101.

(收稿日期: 2011-12-02)

(本文编辑: 潘雪飞)