文章编号:1000-5404(2007)08-0745-02

经验交流

骶管内注入红花等制剂治疗腰椎间盘突出症190例

张 丁 (贵州省骨科医院颈腰痛专科,贵阳 550002)

腰椎间盘突出症引发的腰腿痛,绝大多数采用保守疗法。为了寻找一种提高疗效方法,本科收集2004年10月至2006年11月经CT确诊之椎间盘突出症190例进行A、B两组疗效对比分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

收集本院2004年10月至2006年11月经CT确诊之椎间盘突出症190例,男性130例,女性60例。年龄40~45岁56例;46~55岁66例;56~61岁45例;61岁以上23例。病程在1年以内70例;1~2年以下60例;2~3年以下40例;3年以上20例。

1.2 使用药物及治疗方法

将190例患者分为A、B两组。A组90例,使用药物及剂量为:红花注射液20~30 ml,消旋山莨菪碱10~20 mg,曲安奈德40 mg,维生素B_6 100~200 mg,维生素B_{12} 0.5~1 mg,2%利多卡因5 ml。骶管注射方法按常规进行,每7~10天治疗1次,4~6次为1疗程。B组100例,使用药物及剂量:曲安奈德40 mg,维生素B_6 100~200 mg,维生素B_{12} 0.5~1 mg,2%利多卡因5 ml加0.9%生理盐水注射液至20 ml。

1.3 疗效标准

参照Nakar等[1]的疗效分级。优:症状与体征完全消失,步行距离与正常人一样。良:症状与体征大部分消失,步行距离比正常人稍差。可:症状与体征有改善,步行距离比治疗前略有改善。劣:治疗前后症状与体征无改变(即无效)。

1.4 统计学方法

采用SPSS 10.0统计软件行χ^2检验和χ^2分割两两比较。

2 结果

2.1 临床治疗效果

在A组中,优60例,占67%;B组优40例,占40%,两组差异显著($P<0.01$)。在椎管狭窄症患者中可知,A组椎管狭窄症10例,优有1例占10%,良3例占30%,可1例占10%,劣5例占50%。在B组椎管狭窄症10例中,仅在可出现2例占20%,其于8例均为劣占80%,两组差异显著($P<0.01$),见表1。

表1 A、B组突出类型与疗效关系[例数(%)]

组别	总例数	优	良	可	劣
A组[a]					
膨出	40	30(75)	10(25)	0(0)	0(0)
突出	30	23(77)	7(23)	0(0)	0(0)
脱出	10	6(60)	2(20)	2(20)	0(0)
椎管狭窄症	10	1(10)	3(30)	1(10)	5(50)
B组					
膨出	45	25(56)	10(22)	10(22)	0(0)
突出	30	10(33)	7(23)	13(44)	0(0)
脱出	15	5(33)	3(20)	7(47)	0(0)
椎管狭窄症	10	0(0)	0(0)	2(20)	8(80)

a: $P<0.01$,与B组比较

2.2 骶管注入药物后,可出现的治疗反应

A、B两组部分患者中,在骶管注入药物后,可共同出现轻度头晕、呛咳(尤其当药液推入速度较快时更为明显)亦可共同出现失眠、出汗及全身发热(A组治疗患者此类症状更为突出),这些治疗后反应无须处理,次日可自然消失。除此之外,A组治疗患者中尚可单独出现恶心、面颊潮红、视物模糊、解小便困难等症状。

A组治疗患者,一般1~3 d症状与体征可加重,从第4天起症状与体征方才逐渐减轻,凡骶管注入药物后有此反应,患者原有症状与体征反弹较少,疗效亦较稳定。B组治疗患者,骶管注入药物后次日原症状与体征则可出现减轻,但经1~2 d后原症状与体征出现反弹,疗效稳定性较差。

3 讨论

候树勋等[2]通过临床实践和动物实验提出,腰椎间盘突出引发的腰腿痛是突出髓核炎症介质所致。在A组中特别加用红花注射液与消旋山莨菪碱、曲安奈德、维生素B_6、B_{12}、2%利多卡因注入骶管内,可以稀释突出髓核炎性介质、扩张血管加速微循环使之有效地消除炎症,故A组疗效比B组好。

彭宝淦等[3]认为:碱性成纤维细胞因子、转化生长因子-β既有对创伤修复作用,也同时可使椎间盘及其周围组织向不正常方向的改变,如诱导组织纤维化和细胞异常分化。因此给反复发作患者治疗带来较大困难。

本组患者病程在3周至1年以内,A组患者优良率极高,而病程达2~3年,A组患者疗效大多在良与可之间。对于椎管狭窄症患者,绝大多数病程长,组织纤维化和增厚黏连发生明显,对这类患者,A组尽管比B组疗效好,但无效率仍占50%。

对A组而言,红花注射液等药物混合注入骶管内后,部分

作者简介:张 丁(1970-),男,江苏省江阴市人,主治医师,主要从事颈腰痛方面的研究,发表论文5篇。电话:(0851)5791483,13608548280,E-mail:zhdinzhdin@163.com

收稿日期:2006-12-11;修回日期:2007-02-06

患者出现头晕、面颊潮红、口干，有的出现视物模糊、解小便困难等症状，这主要是消旋山莨菪碱对植物神经作用，如微循环扩张和瞳孔扩大及尿道括约肌收缩等。有此反应对椎间盘突出症患者可起到良好的治疗效应。红花注射液若推药速度过快，更可明显地出现腰酸胀、小腹隐痛、全身发热等。为了减少此反应、术者应减缓推注速度。曲安奈德是长效激素类药物，抗炎作用强，加入消旋山莨菪碱及红花注射液在骶管注入，有增强对突出髓核炎性介质的消除，但曲安奈德可使患者出现恶心、欣快感、失眠等症状，为解除晚间失眠可服安定类药物，维生素 B_6、B_{12}亦有抗炎作用，这些药物不仅相互可起协调作用，而且对骶管内处于病态状况下的植物神经组织有良好的调整及康复作用。

本疗法简单、疗效高、不住院、只需在门诊治疗后观察3 h即可返家，每次治疗间隔7～10 d，很适合当前快节奏工作各阶层人员及远离医院患者。治疗费用低廉、副作用小。凡经A组治疗者中未发现1例血糖改变、体质量及胃口增加或者腰围增大等。

关键词：骶管注射；红花注射液；腰椎间盘突出症

中图法分类号：R681.530.5　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] Nakai O, Ookawa A, Yamaura I. Long-term roentgenographic and functional changes in patients who were treated with wide fenestration for central lumbar stenosis[J]. J Bone Joint Surg Am, 1991, 73(8): 1184-1191.

[2] 候树勋. 椎间盘性腰痛与神经根炎有关[N]. 中国医学论坛报, 2006-07-06(2).

[3] 彭宝淦. 椎间盘退变生长因子作祟，解放军总医院第一附属医院发现椎间盘退变新机制[N]. 中国医学论坛报, 2006-09-07(2).

（编辑　龙　亮）

经验交流

文章编号：1000-5404(2007)08-0746-02

歌唱嗓音疾病发声训练的临床分析

肖晓莲[1]，钟　诚[2]　（[1]重庆师范大学音乐学院，重庆 400047；[2]第三军医大学西南医院耳鼻咽喉-头颈外科，重庆 400038）

嗓音医学(phoniatries)范畴较广，与歌唱相关的内容也非常丰富。本研究对因为在各种歌唱训练、表演中出现早期嗓音障碍的成人患者进行嗓音评价，同时对其采用正规发声训练，以分析系统声训法(regular vocal exercise, RVE)在歌唱嗓音疾病或称歌唱嗓音障碍(singing voice disease or singing voice disorder, SVD)恢复中的作用。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取2005年1月至2006年3月重庆师范大学及第三军医大学参加各种演唱及合唱比赛等歌唱行为，除外急性上呼吸道感染、烟酒刺激、喉部增生性病变、外伤、喉返神经病变等因素，由于不当用声产生早期急性声损害(early acute dysphonia, EAD)的学生及部分教师共86例，其中男性52例，女性34例，男女之比为1.53∶1，年龄19～47岁，平均33.65岁，所有患者在起病1～3 d内即到西南医院耳鼻咽喉-头颈外科就诊。

患者均有EAD表现：声音嘶哑或发声费力、低沉；电子喉镜客观检查典型改变：双侧声带表面急性充血、肿胀、水肿，血管纹部分可见，部分声门可有黏性分泌物少许，声带边缘一侧钝导梭形，偶可见散在浅表溃疡，声带动度良好，声门闭合不全，喉部未见新生物。

作者简介：肖晓莲(1963-)，女，湖北省武汉市人，硕士，副教授，主要从事声乐教学与演唱方面的研究。电话：023-65362035

收稿日期：2006-10-08；修回日期：2006-12-06

1.2　试验设计及分组

本研究为开放随机对照试验，用随机数字表法将86例患者分为试验组与对照组，每组43例，试验组采用系统声训法，对照组采用常规嗓音疾病临床药物治疗。

1.3　系统声训法及临床药物治疗

1.3.1　系统声训法(regular vocal exercise, RVE)　(1)纠正不良发声姿势；(2)肌肉训练：放松喉肌、舌肌及发声相关肌群；(3)咀嚼练习；(4)气泡音练习；(5)丹田气发声练习；(6)哼鸣练习；(7)咽音训练；(8)起音矫治；(9)呵欠练习；(10)吟唱练习[4]。一般训练1周，每天30～60 min，各训练分组序贯进行。

1.3.2　临床药物治疗　(1)禁声1～3 d；(2)5 000 U/d喷西林溶液30 ml+地塞米松注射液10 mg雾化吸入2～3次/d，5～7 d；(3)口服金嗓清音丸等中成药5～7 d；(4)少数较严重病例短期(2～3 d)静脉滴注激素；抗生素不作为常规，仅在同时伴有明确上呼吸道细菌感染时使用。

1.4　嗓音评价方法

两组病例在初次就诊时及起病7～10 d复诊时分别进行1次电子喉镜检查声带病变情况及声嘶评分。声嘶评分采用目前应用较广泛的日本音声言语医学会制定的声嘶GRBAS评价标准[5]，将声嘶分为0～3度，0度为正常，1～3度分别为轻、中、重度声嘶。

对部分患者采用嗓音障碍指数(voice handicap index, VHI)[6]和嗓音相关生活质量(voice-related quality of life, V-RQOL)[7]评估法进行辅助评价。