

新生儿高胆红素血症组 γ -GT 水平高于新生儿生理性黄疸组 ($P<0.05$), 差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组新生儿 TBIL 和 γ -GT 检测值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	γ -GT(U/L)
高胆红素血症组	206	246 $\pm$ 89. 0	178. 8 $\pm$ 127
生理性黄疸组	60	123 $\pm$ 53. 3	137. 1 $\pm$ 98
<i>t</i>	—	15. 60	2. 35
<i>P</i>	—	<0. 01	<0. 05

3 讨论

3.1 新生儿高胆红素血症是新生儿时期的常见病, 主要病因有红细胞破坏过多导致胆红素生长增多; 新生儿初生时肝酶系统发育不成熟, 肝细胞摄取和结合胆红素能力低下; 胆红素排泄异常等。严重者可引起核黄疸造成中枢系统后遗症, 威胁小儿生命。 γ -GT 是一种含巯基的线粒体酶, 在肝脏中广泛分布于肝细胞的毛细胆管一侧和整个胆管系统, 肝内合成亢进或胆汁排出受阻时, 血清中 γ -GT 升高, 胆汁中的 γ -GT 活性比血中 γ -GT 活性高约 10 倍。本实验发现, 新生儿高胆红素血症组 γ -GT 高于新生儿生理性黄疸组 ($P<0.05$), 可能是肝胆系统发育欠成熟所致。与罗伟等^[2]认为中、重度新生儿黄疸患者 γ -GT 活性较高, 曾美玉等^[3]调查发现 67% 患高胆红素血症的新生儿同时伴有高 γ -GT 基本一致。

3.2 引起新生儿胆红素升高的原因很多, 主要表现如下: 母婴血型不和发生溶血, 红细胞破坏过多释放的血红蛋白增加以及胆红素升高, 特点是 24 h 内出现黄疸, 且逐渐加重, 这

类病人 γ -GT 一般升高不明显; 新生儿病毒或细菌感染, 常见宫内感染, 以巨细胞病毒和乙型肝炎病毒最常见, 导致新生儿肝功能受损害而发生的黄疸, γ -GT 常明显升高; 还有其它先天性遗传性疾病等。本组高胆红素血症新生儿中, 出生天数相同以及胆红素接近的 γ -GT 也存在很大的差别, 本实验还发现在 206 例高胆红素血症新生儿中有 129 例 γ -GT > 200 U/L, 这说明并不是所有的高胆红素血症新生儿 γ -GT 均升高, 这与新生儿高胆红素血症是多因素疾病引起的观点相符。龙卉等^[4]曾报道新生儿早期 γ -GT 水平与 2 周内最高血清胆红素水平两者存在线性关系, 出生后早期 γ -GT 水平越高, 2 周内达到最高血清 TBIL 水平就越高。 γ -GT 水平越高预示肝胆系统成熟度和排泄功能就越差, 肝细胞摄取和结合胆红素能力也就越低, 胆红素代谢出现异常而引起高胆红素血症。因此在新生儿黄疸中同时检测 TBIL 和 γ -GT 对新生儿高胆红素血症诊疗有一定的临床意义, 可以有效地控制并减少高胆红素血症以及胆红素脑病发生, 对优生优育和提高人口素质有重要意义。

参考文献

1 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 269 - 275.

2 罗 伟, 鲁 婷, 张 俊. 新生儿高胆红素血症肝功能测定的临床意义及应用[J]. 中国优生与遗传杂志, 2007, 15(6): 88.

3 曾美玉, 丘翠容. 高 γ -谷氨酰转移酶(γ -GT)在新生儿高胆红素血症中的意义[J]. 医学理论与实践, 2005, 18(11): 1322.

4 龙 卉, 衣京梅, 李志斌, 等. 新生儿早期 γ 2 谷氨酰转移酶水平在新生儿黄疸诊疗中的意义[J]. 中国临床医生, 2011, 39(4): 49.

[收稿日期 2012 - 02 - 01][本文编辑 刘京虹 蓝斯琪]

学术交流

下颌神经干射频热凝术治疗第三支三叉神经痛的效果观察

王晓志

作者单位: 044000 山西, 运城市中心医院疼痛科
作者简介: 王晓志(1965 -), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 慢性疼痛疾病的诊治。E-mail: painwang@163. com

[摘要] 目的 探讨下颌神经干射频热凝术治疗三叉神经痛的方法和疗效。方法 选取 24 例三叉神经痛(第 3 支)患者局麻下行下颌神经穿刺, 电生理测试位置准确后给予 60℃ - 70℃ - 75℃ - 80℃ 射频热凝。结果 穿刺成功率为 100. 0%, 优良率为 95. 8% (23/24), 常见并发症为面部感觉减退, 2 例出现穿刺局部肿胀, 1 例出现张口轻微受限。术后 1 年随访, 3 例 8 个月后复发。结论 下颌神经干行射频热凝术治疗三叉神经痛是一种操作方便、创伤小、安全有效的方法。

[关键词] 三叉神经痛; 下颌神经; 电生理测试; 射频热凝

[中图分类号] R 651 [文献标识码] B [文章编号] 1674 - 3806(2012)08 - 0775 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2012.08.30

Clinical observation of mandibular nerve radiofrequency thermocoagulation for the treatment of neuralgia of the third branch of trigeminal nerve WANG Xiao-zhi. Department of Pain Treatment, Central Hospital of Yuncheng City, Shanxi 044000, China

[Abstract] **Objective** To discuss the methods and the effect of mandibular nerve radiofrequency thermocoagulation for the treatment of trigeminal neuralgia. **Methods** Twenty-four patients with trigeminal neuralgia underwent puncture of the mandibular nerve under local anesthesia, after accurate positioning by electrophysiological test, treated by 60 ℃ - 70 ℃ - 75 ℃ - 80 ℃ radiofrequency thermocoagulation. **Results** The success rate of mandibular nerve puncture was 100.0%. Excellent and good rate was 95.8% (23/24). Common complication was hypoesthesia of face. Local swell was found in 2 cases, mild opening limitation in 1 case. The patients were followed up for 1 year after operation, relapse was found in 3 cases after 8 months. **Conclusion** The treatment of trigeminal neuralgia by mandibular nerve radiofrequency thermocoagulation is a microinvasive, safe and effective treatment method.

[Key words] Trigeminal neuralgia; Mandibular nerve; Electrophysiological test; Radiofrequency thermocoagulation

三叉神经痛是疼痛治疗中一种常见的、有代表性的神经痛。在三叉神经分布区域内,出现反复发作的剧痛,严重危害病人的健康,影响其正常工作和生活^[1]。门诊经常见到口服卡马西平效果差或三叉神经末梢支(颞孔)阻滞无效的第三支三叉神经痛患者。我院于2010-03~2011-03采用下颌神经干射频热凝术治疗三叉神经痛(第3支)24例,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 24例均为门诊病人,其中男10例,女14例;年龄48~72岁,平均60岁。轻中度高血压病6例,陈旧性下壁心肌梗死1例,窦性心动过缓1例,行射频热凝术治疗前给予硫酸阿托品0.3 mg静注。

1.2 治疗方法 (1)术前准备:常规监测BP、P、R、SpO₂,建立静脉通道。(2)设备准备:Cosman射频消融治疗仪(美国Cosman Medical Inc.生产,型号为RFG-IA型),10 cm长0.5 cm裸露针尖射频套针一根。(3)操作步骤:①穿刺:病人取仰卧位,头偏向健侧。穿刺点在耳珠软骨前缘前方2.5 cm,颧弓中点下方,局部消毒,用1%利多卡因3 ml局部皮下浸润麻醉,用长10 cm,裸露端5 mm射频热凝穿刺针垂直进针,深入4.2~4.5 cm触及蝶骨翼突外侧板,退针2 cm,斜向原进针点0.5 cm后方及稍上方处刺入,触及下颌神经时患者出现向下颌、牙龈部、舌部的放散痛。立即固定针头,拔出针芯,回抽无血,插入光纤纤维,连接射频仪,阻抗显示410~490 Ω。②电生理测试:100 Hz,0.4~0.6 V电刺激诱发出下颌神经支配区痛感;2 Hz,0.5~1 V电刺激出现下颌区肌肉抽搐。③射频热凝:经射频针注入2%利多卡因1 ml,静脉注入枸橼酸芬太尼0.05 mg,开始射频热凝。予以60 ℃,60 s;70 ℃,60 s;75 ℃,60 s;80 ℃,90 s,共2次。穿刺针周围可见皮肤发红。④再次电生理测试:100 Hz,0.4~1.0 V电生理测试无下颌神经支配区疼痛,用手触摸患侧面部皮肤,并行患侧、健侧对比,患者述说患侧面部有麻木感觉。用大头针测试患支区域的痛觉消失,触觉迟钝,说明三叉神经传导已受到破坏,可以结束治疗。术后常规口服芬必得胶囊及阿莫西林胶囊5 d,以消除穿刺引起的局部无菌性炎症及预防

穿刺区感染。

1.3 疗效判定标准 术后参照视觉模拟评分法(VAS)评分标准^[2]对其评分。优:VAS为0~2分;良:VAS为2~4分;差:VAS为4~7分。

2 结果

本组优22例,良1例,差1例,总优良率为95.8%(23/24)。本组并发症均有面部感觉减退,2例患者出现穿刺局部肿胀,1例出现张口轻微受限。术后1年随访,复发者3例,疗效最短8个月,最长2年。

3 讨论

3.1 三叉神经痛是发生在面部一侧或双侧三叉神经分布区域内的如放电、刀割样的疼痛症状,发病率较高。以面部反复发作性剧痛为特征,其病因尚不清楚。40岁以后多发,大多为单侧,右侧多于左侧。三叉神经痛以第2支、第3支最多见。目前三叉神经痛的治疗原则是:首先口服药物治疗,其次可选神经阻滞治疗,最后选择手术治疗。手术治疗包括开颅微血管减压术和三叉射频热凝微创术。门诊经常见到下颌区、舌部发作性疼痛的三叉神经痛患者,口服卡马西平药物剂量逐渐增大,服用药量过大(6片/d)时患者多伴有行走时头晕不适。行下颌神经末梢支颞孔神经阻滞,因止痛范围小,无法达到满意止痛效果。经开颅微血管减压术,创伤大,费用高,且有一定的风险。本组局麻下行下颌神经干射频热凝术治疗三叉神经痛(第3支),取得满意的止痛效果。但随访时间较短,疗效持续时间尚需进一步观察。射频热凝术治疗三叉神经痛的原理是利用可控温度作用于神经干,使其蛋白质凝固变性,以阻断神经冲动的传导,达到治疗目的,这是一种物理性疗法。其机理为三叉神经中传导痛觉的Aδ纤维和C纤维在射频加热后首先发生变性,而传导触觉的Aα纤维和Aβ能耐受较高温度,温控加热可以选择性的破坏痛觉纤维而保留触觉纤维功能^[2]。其优点为:①通过电阻抗测试和电刺激定位等电生理测试,能准确定位穿刺针位置。②能准确控制热凝温度,从而控制热凝治疗范围。③热凝过程具有渐进性。手术是一个渐进的过程,温度从低到高,医师在治疗中有充分的时间观察患者的症状,及时调整

治疗的参数。④热凝过程中测试患支区域痛觉及触觉变化,直至痛觉消失,触觉迟钝,说明神经已受到破坏,使治疗更安全、准确。⑤侧入路上颌神经干射频热凝不进颅内,无半月神经节射频热凝的并发症。

3.2 三叉神经干射频热凝术治疗三叉神经痛是一种疗效可靠、安全、简便的治疗方法,可重复使用。此种治疗方法属局部麻醉、微创,对年老体弱者也可施行治疗。有关三叉神经痛射频热凝治疗的文献多见半月神经节射频热凝术治疗三叉神经痛的报道,同时有 2 支或 3 支并存的三叉神经痛患者选择半月神经节射频热凝术治疗无疑是最佳选择,但单独第 2 支或第 3 支三叉神经痛可选三叉神经干治疗。肖伟波等^[3]采取经蝶腭窝行三叉神经第 2 支(上颌神经)标准射频,将射频热凝靶点由颅内操作转向颅外,由节转向干,射频热凝采用逐渐升温(以 5℃ 依次升温)治疗,复发例数少,无明显不良反应。本组射频热凝术后出现的局部血肿(多为卵圆孔附近的静脉)可局部吸收,无需处理。1 例效果差,考虑穿刺位置不到位。1 例张口轻微受限,考虑为射频热凝的温度过高和持续时间过长严重损伤三叉神经的运动纤维有关,可以自行恢复。三叉神经痛复发率与热凝的范围有关,热凝的范围越小(保留的范围越多),复发率就越高^[4]。如何提高三叉神经痛治愈率及降低复发率,首先要求穿刺准确到

位,其次掌握合理的热凝温度和热凝时间。术前要严格选择适应证:①原发性三叉神经痛,经药物治疗效果不佳或不能继续药物治疗的患者;②非典型面痛伴三叉神经支配区疼痛;③晚期癌痛涉及到三叉神经;④继发性三叉神经痛手术治疗效果不佳或复发的三叉神经痛。三叉神经痛射频热凝治疗的禁忌证:①有出血倾向或患有出血性疾病;②严重的高血压控制不佳;③严重的心、脑血管疾病;④局部感染或深部感染。

参考文献

1 赵 俊,张立生.疼痛治疗学[M].北京:华夏出版社,1994:288-290.
2 文 景,吴承远,陈建明,等. CT 引导经皮穿刺半月神经节射频热凝术治疗三叉神经痛的效果与手术技巧[J]. 实用疼痛学杂志, 2010,6(5):338-341.
3 肖伟波,蒋 劲,张德仁.原发性三叉神经痛的微创手术治疗进展[J]. 实用疼痛学杂志,2010,6(4):294-297.
4 卢振和,高崇荣,宋文阁.射频镇痛治疗学[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2008:17-32.
[收稿日期 2012-04-20][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

Reiter 综合征误诊为化脓性关节炎 1 例

• 病例报告 •

卢显威, 黄绍东, 蒋守念

作者单位: 530100 广西,武鸣县人民医院骨科
作者简介: 卢显威(1982-),男,在职研究生,医学学士,住院医师,研究方向:创伤骨科、脊柱骨病的诊治。E-mail:125933585@qq.com

[关键词] Reiter 综合征; 误诊
[中图分类号] R 593.2 [文章编号] 1674-3806(2012)08-0777-02
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.31

1 病例介绍

男,26 岁,因畏寒、发热、左膝关节肿胀、眼睛红 5 d 入院。患者于 5 d 前无明显诱因下出现发热,体温最高达 39.3℃,眼充血。次日出现左膝关节肿胀、疼痛,无尿急、尿频、尿痛。自口服头孢类抗菌治疗,症状未见好转,每日仍发热,关节疼痛,眼睛红。为进一步诊治遂入我院治疗。否认有不洁性生活史,家族中亦无类似疾病患者。查体:T 39.0℃,全身淋巴结未见肿大,球结膜、眼结膜充血,口唇无紫绀,咽稍红,双侧扁桃体会无肿大,心、肺检查未见异常。腹部平软,肝脾未及。尿道口无溃疡,无脓性分泌物。左膝关节肿胀明显,局部轻压痛,皮温升高,浮髌试验阳性。白细胞(WBC)18.38×10⁹/L,中性分叶核 84.1%(N 0.841),红细胞沉降率(ESR)53 mm/h, C-反应蛋白(CRP)10.88 mg/L。肝功能:白蛋白 33.9 g/L,

球蛋白 31.3 g/L,谷草转氨酶(AST)64 U/L,谷丙转氨酶(ALT)168 U/L。肾功能正常。关节液常规:色黄、浑浊、较稠,总细胞 19.14×10⁹/L,WBC 16.0×10⁹/L,单核 0.18,多核 0.81。关节 X 线检查示软组织肿胀。诊断为化脓性关节炎,给予头孢塞肟钠静滴 0.2 g/次,2 次/d,并隔日穿刺抽取关节液及庆大霉素关节内注射。双眼结膜炎给予聚肌胞针(2 mg/次,1 次/d)、阿昔洛韦(0.2 g/次,3 次/d)、利巴韦林眼液及地塞米松眼液联合滴眼治疗。1 周后关节肿胀未见好转,眼结膜仍充血,并出现右侧跖趾关节肿痛,活动受限。隔日关节液回报:均未见细菌生长。每日仍反复畏寒发热,体温最高达 40.0℃。再次复查血常规:WBC 12.42×10⁹/L,N 0.702,ESR 62 mm/h,CRP 5.99 mg/L,RF + ASO 阴性,球蛋白 33.7 g/L,AST 66 U/L,ALT 209 U/L。考虑 Reiter 综合