

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

征,给予强的松 10 mg/次,3 次/d,双氯芬酸钠 75 mg/次,1 次/d,多西环素 0.1 g/次,2 次/d,并配合关节内注射皮质激素,还原性谷胱甘肽护肝治疗。减少活动、卧床休息,1 周后膝关节肿痛消失,结膜充血消失,肝功能恢复正常出院,现正随访中。

2 讨论

1916 年,HansReiter 报道在普鲁士军队中,患关节炎、非淋球菌尿道炎、结膜炎三症的病例,后来称为 Reiter 综合征^[1]。之后世界各地偶有报道,近年来国内报道渐多,因病因不明极易误诊。临床上将具备结膜炎、尿道炎和非化脓性关节炎三联症的患者称为完全型 Reiter 综合征,若只有关节炎而不并发其他两项者,称为不完全型^[2]。本病多见于男性,常于 16~35 岁发病,儿童及老年人少见,该病多呈自限性,通常 2~6 个月症状可自行消退^[3],但有复发倾向。病因与发病机制至今仍不清楚,目前认为与感染、免疫异常和遗传因素有关,是特异体质个体对一种或多种感染因子发生的特异性反应,这种感染因子可以是沙眼衣原体、支原体、淋球菌或肠道副痢疾杆菌,鼠疫杆菌,肠炎杆菌等病原体^[4]。近 80% 的 Reiter 综合征患者 HLA-B27 阳性,提示该病具有遗传倾向^[5]。尿道炎通常是最先发生的症状,表现为尿道黏膜红肿、伴浆液性或脓性分泌物^[6],本例患者初为高热、单膝关节肿痛和双眼结膜炎,无尿道炎病史,典型的三联症不同时出现,较少见,临床医生对此病认识不足,故难以将此病联系在一起。本例以膝关节肿痛为主要症状,表现为关节红肿热痛、眼睛红,较难与化脓性关节炎相鉴别。而仔细分析,两者可因感染起病,均有发热、下肢单关节炎,但化脓性关节炎感染症状更重,往往感染与关节炎并存,全身感染中毒症状

重,关节肿胀、疼痛更为剧烈,病情发展较快,关节液一般为白色甚至脓性液体、不透明。WBC>10.0×10⁹/L,N>0.75,细菌培养常为阳性。此外两者一为关节感染,一为感染引起的免疫系统疾病,临床表现多处相似,需注意鉴别才可区分。Reiter 综合征虽有发热和关节痛,但不似化脓性关节炎严重,关节积液以炎症改变为主,NEUT%>50%,外观呈黄色或白色,半透明,细菌培养阴性,RF+ASO 多为阴性,ESR、CRP 多增高。本病有自限性,至今尚无特殊治疗方法。目前治疗多采用泼尼松 30~40 mg/d,非甾体类抗炎药(如奈普生、双氯芬酸钠、扶他林、消炎痛等),重症关节炎予糖皮质激素局部封闭,衣原体尿道炎首选四环素类或大环内酯类抗生素。结膜炎多无需特殊处理,注意保持局部卫生。

参考文献

1 赵丽珂,古洁若. 病原体和 HLA-B27 在反应性关节炎中的作用[J]. 中国药物与临床,2004,4(6):451-454.
2 张奉春,孙文铸,王 燕,等. 29 例赖特综合征临床分析[J]. 医学临床研究,2004,21(2):120-123.
3 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 第 3 版. 北京:人民军医出版社,2006:1324-1356.
4 吴在德,吴肇汉,主编. 外科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:913-915.
5 王亚丽,贾义红,薛芙渠. Reiter 综合征 16 例误诊分析[J]. 临床误诊误治,2000,13(1):1-5.
6 李海燕,李 猛. Reiter 病误诊 1 例[J]. 中华现代皮肤科学杂志,2004,1(1):87.
[收稿日期 2012-03-01][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

护理研讨

承山联合长强穴注射亚甲蓝在肛肠病术后镇痛的临床研究

宁志婵

基金项目:广西钦州市科学技术局科技攻关课题(编号:20113715)

作者单位:535400 广西,灵山县人民医院胃肠外科

作者简介:宁志婵(1976-),女,大学专科,主管护师,研究方向:胃肠外科护理。E-mail:812893192@163.com

[摘要] 目的 观察承山联合长强穴注射亚甲蓝对肛肠病术后患者的镇痛效果。方法 将 60 例肛肠病术后患者随机分成两组。治疗组 30 例,肛肠病术后应用承山联合长强穴注射亚甲蓝镇痛,对照组 30 例,口服氯诺昔康片,比较两组的镇痛效果。结果 术后第 2 天治疗组无痛为 25 例,对照组为 5 例,两组疼痛程度比较差异有统计学意义(P<0.05 或<0.01)。结论 在肛肠病术后行承山联合长强穴注射亚甲蓝,有明显的止痛效果。万方数据