

完善地阻滞运动,则应该使用较高浓度( $\geq 0.35\%$ )的局麻药。

本研究中虽然对受试者采用了盲法,但观察者即为麻醉者,观察结果可能有人为倚倚,因此如果采用双盲法则客观性将更好<sup>[5,15-16]</sup>。

参考文献:

[1] 张晓光,朱丰,廖俊,等. 逆行锁骨下臂丛神经阻滞的临床应用[J]. 临床麻醉学杂志,2010,26(2):138-140.

[2] Chan VW, Perlas A, McCartney CJ, et al. Ultrasound guidance improves success rate of axillary brachial plexus block[J]. Can J Anaesth,2007,54(3):176-182.

[3] Williams SR, Chouinard P, Arcand G, et al. Ultrasound Guidance speeds the execution and improves the quality of supraclavicular block[J]. Anesth Analg,2003,97(5):1518-1523.

[4] Casati A, Danelli G, Baciarello M, et al. A prospective, randomized comparison between ultrasound and nerve stimulation guidance for multiple injection axillary brachial plexus block[J]. Anesthesiology,2007,106(5):992-996.

[5] O'Donnell BD, Iohom G. An estimation of the minimum effective anesthetic volume of 2% lidocaine in ultrasound-guided axillary brachial plexus block[J]. Anesthesiology,2009,111(1):25-29.

[6] Yang CW, Kwon HU, Cho CK, et al. A comparison of infraclavicular and supraclavicular approaches to the brachial plexus using neurostimulation[J]. Korean J Anesthesiology,2010,58(3):260-266.

[7] Renes S, Clark L, Gielen M, et al. A simplified approach to vertical infraclavicular brachial plexus blockade using hand-held doppler[J]. Anesth Analg,2008,106(3):1012-

1014.

[8] 李挺,刘若海,李军,等. 超声引导锁骨上臂丛神经阻滞临床效果观察[J]. 实用医学杂志,2008,24(22):1795-1797.

[9] Perlas A, Chan VW, Simons M. Brachial plexus examination and localization using ultrasound and electrical stimulation[J]. Anesthesiology,2003,99(2):429-435.

[10] 曹文,郭瑞军,周亚静,等. 臂丛神经的超声解剖学研究[J]. 中华超声影像学杂志,2008,17(4):336-338.

[11] Chan VW, Perlas A, Rawson R, et al. Ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus block[J]. Anesth Analg,2003,97(5):1514-1517.

[12] Sandhu NS, Capan LM. Ultrasound-guided infraclavicular brachial plexus block[J]. Bri J Anaesth,2002,89(2):254-259.

[13] Abrahams MS, Aziz MF. Ultrasound guidance compared with electrical neurostimulation for peripheral nerve block a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Bri J Anaesth,2009,102:408-417.

[14] 陈华军,薛涛,花弄影. 舒芬太尼对罗哌卡因硬膜外镇痛最低有效浓度的影响[J]. 重庆医学,2010,39(1):86-87.

[15] Eichenberger U, Stöckli S, Marhofer P, et al. Minimal local anesthetic volume for peripheral nerve block: a new ultrasound-guided, nerve dimension-based method[J]. Reg Anesth Pain Med,2009,34(3):242-346.

[16] Gupta PK, Pace NL, Hopkins PM. Effect of body mass index on the ED<sub>50</sub> volume of bupivacaine 0.5% for supraclavicular brachial plexus block[J]. Br J Anaesth,2010,104(4):490-495.

(收稿日期:2010-05-07 修回日期:2010-09-17)

• 短篇及病例报道 •

# 以坐骨神经痛起病原发椎管内硬膜外淋巴瘤 1 例报道

李四强,秦伟,宫超

(解放军第二五二中心医院血液科,河北保定 071000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.012

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)13-1280-01

## 1 临床资料

患者,男,48岁,主因左侧腰骶部疼痛3月余于2007年3月20日入院。患者于2006年11月10日左侧腰骶部疼痛,并向左下肢放射,呈放电样灼痛,阵发性加剧,考虑坐骨神经痛,先后行推拿、牵引、理疗、封闭及药物等多种治疗,均未见明显改善,疼痛进行性加重,发作频率增加,活动明显受限,无发热,无盗汗,为进一步治疗入院。入院查体:体温36.8℃,全身皮肤无黄染,皮肤黏膜未见淤点、淤斑,未见皮疹,全身浅表未触及肿大淋巴结,胸骨无压痛,心肺未见异常,肋下未触及肝脾。神经系统:腰骶部叩击痛,左下肢肌肉轻微萎缩,左侧膝腱反射消失,直腿抬高试验(+),克匿尼格征(+),左下肢肌力Ⅲ级。辅助检查:血常规 WBC  $3.52 \times 10^9/L$ , N 40.6%, L 52.8%, Hb 96 g/L, PLT  $89 \times 10^9/L$ , AST 145 U/L, ALT 148 U/L, LDH 328 U/L;胸部 CT 未见异常,腹部 B 超肝、胆、胰、脾未见异常;腰椎 MRI 显示:腰骶端髓外硬膜下占位,腹膜后淋

巴结肿大, L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>, L<sub>4</sub>/5 椎间盘突出,考虑恶性肿瘤。行椎管内肿瘤切除术,术中见肿瘤位于硬脊膜外,肿瘤自 L<sub>3</sub>~S<sub>2</sub> 水平,长约 11 cm,并向两侧匍匐生长,以左侧更为明显,达到硬脊膜腹侧面,并将右侧神经根包围其中,分离并切除肿瘤,未侵犯硬脊膜。术后病理提示:小圆细胞恶性肿瘤。免疫组化:CD20(+), CD79(+), Ki67(+++), CD5(部分+), Topo II(+++), 倾向于小 B 细胞淋巴瘤。骨髓、椎管内肿瘤淋巴瘤细胞基因重排: IgH 基因单克隆性重排,提示 B 淋巴细胞源性肿瘤,骨髓穿刺涂片可见 1% 淋巴瘤细胞。诊断非霍奇金淋巴瘤 IV 期 A(B 细胞),于 2007 年 4 月 25 日开始化疗,用 FND 方案(氟达拉滨 45 mg, d<sub>1-3</sub>, 米托蒽醌 15 mg, d<sub>1</sub>, 地塞米松 20 mg, d<sub>1-3</sub>)化疗 6 个疗程,并行腰椎局部放射治疗(总剂量 18 Gy),随访 3 年病情稳定。

## 2 讨论

原发椎管内硬膜外淋巴瘤属少见结外神(下转第 1301 页)

2.2 开展培训期间至培训结束后可疑者就诊人数和发现活动性肺结核病患者较去年同期明显提高。2009 年 3~9 月开展培训,至 2009 年 12 月 31 日肺结核可疑症状者就诊人数 2 712 人,发现活动性肺结核病患者 1 182 例。而 2008 年 3 月至 2008 年 12 月 31 日肺结核可疑症状者就诊人数 1 657 人、发现活动性肺结核病患者 732 例。

### 3 讨 论

近年来,全球范围内结核病疫情回升,我国 80% 结核病患者分布在农村,结核病是农村因病致贫、因病返贫的重要原因<sup>[13]</sup>。作为基层组织人群村医、村医兼村干部、村干部在我国农村分布最广泛,每个村都有村医、村干部,这些人员基本上是由本村村民担任,有文化、有号召力,他们平时就承担召集村民大会及各种宣传活动,并与村民们有很密切和很好的关系。因此,村干部一旦掌握了结核病防治知识,就很容易通过日常工作与村民交流结核病防治知识信息,同时还能通过聊天、拉家常等方式告诉他们所关心的问题,而且能对村民提出的疑问现场作出解释,面对面宣传是一种很好的传播结核病防治知识的手段。

干预前后的统计分析表明,在基层组织人群中开展结核病健康教育,可明显提高基层组织人群结核病防治知识知晓率,增强基层组织人群结核病防治意识,同时通过结核病防治知识宣传由基层组织人群向家庭辐射,收到明显效果<sup>[14]</sup>。2009 年 3 月至 2009 年 9 月培训中及培训后结核病防治机构肺结核可疑症状者就诊人数和活动性肺结核病患者发现数较去年同期明显提高。从长远看该项培训工作的开展扩大了社会效益,对提高人群结核病防治知识知晓率,对发现可疑患者、实现结核病控制起到积极的推动作用。

在培训实施过程中的体会及建议:(1)在培训期间有的乡(镇)领导非常重视,大力支持,保证了相关人员参加培训;(2)由于项目资金要求每村只 1 人参加培训,有的基层人员参培热情很高,在培训人员上受到了局限,因此对群众的辐射面相对较小;(3)将基层组织健康教育与学校健康教育有效结合,动员全社会参与结核病防治,形成全民共同防治结核病的氛围;(4)建立监测评价体系,以监测对结核病防治知识知晓率的变化,开展成本效益分析,以进一步评价项目效果。

(上接第 1280 页)

经系统淋巴瘤,多见于 50~70 岁的男性人群,硬膜外淋巴瘤占所有恶性淋巴瘤 0.1%~6.5%,主要累及部位是胸椎,其次为腰椎,主要临床表现为脊髓和神经根受压症状,其中以背痛较为常见,逐渐出现下肢运动、感觉障碍和括约肌功能紊乱<sup>[1-2]</sup>。本例患者以腰骶部疼痛为首表现,逐渐牵扯到左下肢,与坐骨神经痛临床表现非常相似,以至于疾病初期按照坐骨神经痛治疗,延误治疗时间。如果早期至少能注意到与神经系统占位性病变相鉴别,早期做脊柱 MRI 影像学等有效检查,早期发现病灶还是比较容易的。高俊勇等<sup>[3]</sup>报道 40 例淋巴瘤患者临床误诊分析,但是没有报道以神经系统起病的淋巴瘤,可见神经系统淋巴瘤,尤其是椎管内硬膜外淋巴瘤临床罕见。MRI 是发现椎管内肿瘤比较理想的影像学方法,对于脊髓受压程度和病变范围能很好地显示。原发中枢神经系统淋巴瘤,其肿瘤细胞起源于 B 淋巴细胞比较多见,尤其是低分化肿瘤,而来源于 T 细胞的较少,且多见于软脑膜病变<sup>[4]</sup>。本病应注意与椎管内硬膜外转移瘤、硬膜外神经鞘瘤、硬膜内外或硬膜外脊膜瘤相鉴别,尽管影像学检查可以发现病灶,很难将淋巴瘤作为首选

### 参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 全国公众结核病防治知识信念行为调查报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2006, 24.
- [2] 程海燕. 浅谈结核病健康教育的重要意义[J]. 西藏科技, 2002, 264: 37.
- [3] 魏延芬, 刘文. 健康教育在结核病控制中的作用[J]. 职业与健康, 2002, 18(6): 77.
- [4] 刘北斗, 徐旭卿, 杨石波. 浙江省结核病健康教育效果分析[J]. 中国健康教育, 2003, 19(1): 9.
- [5] 张为胜, 马丽, 刘泓. 乌鲁木齐市综合医疗机构医务人员结核病防治知识调查[J]. 中国防痨杂志, 2009, 31(6): 379.
- [6] 吴方, 王华, 丁丰, 等. 浙江省宁波市结核病知识知晓率现状调查报告[J]. 中国防痨杂志, 2006, 28(5): 335.
- [7] 屠德华. 关于规范结核病知识知晓率调查的意见[J]. 中国防痨杂志, 2004, 26(3): 193-194.
- [8] 赵敏捷, 林相, 李宗宝, 等. 宁波市居民结核病防治知识知晓率调查分析[J]. 中国健康教育, 2006, 1(1): 39.
- [9] 李晓明. 山西省公众结核病防治知识信念行为调查分析[J]. 中国防痨杂志, 2009, 31(3): 126.
- [10] 杨成凤, 叶建君, 熊昌富. 湖北省 2006 年公众结核病防治知识信念行为调查结果分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2007, 18(1): 39.
- [11] 田本淳. 健康教育健康促进与结核病预防控制[J]. 中国健康教育, 2006, 22(8): 567.
- [12] 田本淳. 健康教育与健康促进实用方法[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2005: 1.
- [13] 成诗明, 杜昕, 徐敏. 肺结核病患者健康教育现状调查与影响因素分析[J]. 中国健康教育杂志, 2004, 20, (10): 873.
- [14] 胡俊峰, 候培森. 当代健康教育与健康促进[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 602.

(收稿日期:2010-03-08 修回日期:2010-10-18)

诊断,因此椎管内淋巴瘤治疗首选手术切除,既可以明确病理诊断,同时又可以解除脊髓受压,缓解患者临床症状。椎管内硬膜外淋巴瘤术后多辅以放疗,由于恶性淋巴瘤属于全身系统性疾病,手术及放疗并不能根除疾病,仍需要全身化疗。

### 参考文献:

- [1] 刘磊, 王贵怀, 杨俊, 等. 原发性椎管内淋巴瘤的诊治——附 6 例临床分析[J]. 中国神经肿瘤杂志, 2007, 5(1): 38-41.
- [2] Salvati M, Cervoni L, Artico M, et al. Primary spinal epidural non-Hodgkin's lymphomas: a clinical study[J]. Surg Neurol, 1996, 46: 339-344.
- [3] 高俊勇, 刘以淑, 吕仁明, 等. 40 例淋巴瘤患者临床误诊分析[J]. 重庆医学, 2009, 33(14): 1805.
- [4] 沈志祥, 朱雄增. 恶性淋巴瘤[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2003: 692.

(收稿日期:2010-05-05 修回日期:2010-09-17)