

proximal femur [J]. J Arthroplasty 2000 ,15(1) : 93 - 101.

[3] 朱伦庆,戴进,史冬泉,等.国人活体股骨近端解剖学参数的测量及临床意义[J].山东医药 2009 ,49(1) : 3 - 4.

[4] 汪伟,王岩,崔健,等.股骨近端三维几何形态重建[J].中华外科杂志 2003 ,41(8) : 744 - 748.

[5] Antapur P , Prakash D. Proximal femoral geometry: A radiological assessment [J]. J Arthroplasty 2006 ,21(9) : 897 - 898.

[6] Unnanuntana A , Toogood P. The evaluation of two references for restoring proximal femoral anatomy during total hip arthroplasty [J]. Clin Anat 2010 ,23(3) : 312 - 318.

[7] 蔡宏,张克.高龄股骨颈骨折的髋关节置换[J].中国临床医生, 2013 ,41(10) : 77 - 78.

[8] 任鹏,柴伟. CROWE II、III型发育性髋关节发育不良的人工全髋关节置换术[J].中国临床医生 2013 ,41(10) : 74 - 76.

[9] Sakalkale DP , Sharkey PF. Effect of femoral component offset on polyethylene wear in total hip arthroplasty [J]. Clin Orthop Relat Res , 2001(388) : 125 - 134.

[10] Maloney WJ , Keeney JA. Leg length discrepancy after total hip arthroplasty [J]. J Arthroplasty 2004 ,19(1) : 108 - 110.

[11] Woo RY , Morrey BF. Dislocation after total hip arthroplasty [J]. J Bone Joint Surg(Am) , 1982 ,64(9) : 1295 - 1306.

[12] Williamson JA , Reckling FW. Limb length discrepancy on the force at the hip joint [J]. Clin Orthop , 1978(134) : 135 - 138.

[13] White TO , Dougall TW. Arthroplasty of the hip: leg length is not important [J]. J Bone Joint Surg 2002(84) : 335 - 338.

[14] Boume BR , Rorabeck CH. Soft tissue balancing: the hip [J]. J Arthroplasty 2002 ,17(4) : 17 - 22.

[15] 吴向坤,刘永西,鲜文峰,等.后外侧入路小切口人工全髋关节置换术的疗效观察[J].中国临床医生 2013 ,41(10) : 45 - 47.

[16] 宋舸,金勇,张冠宏,等.全髋关节置换术治疗成人先天性髋关节脱位的临床疗效分析[J].中国医刊 2007 ,42(5) : 31 - 33.

[17] Chamley J. Low friction arthroplasty of the hip [M]. Springer Verlag , New York: 1979. 230 - 233.

[18] 吴波,杨柳.全髋关节置换术平衡双下肢不等长[J].重庆医学, 2007 ,36(12) : 1150 - 1154.

[19] 柴伟.股骨头坏死的人工全髋关节置换术治疗[J].中国临床医生 2013 ,41(8) : 77 - 78.

[20] Harris WH. Bulk versus morselized bone graft in acetabular revision total hip replacement [J]. Seminars in arthroplasty ,1993(4) : 68 - 71.

[21] 周才胜,杜远立,许维亚,等.全髋关节置换术均衡双下肢长度的探讨[J].中国修复重建外科杂志 2006 ,20(10) : 643 - 646.

[22] 毛宾尧,应忠追,胡裕桐.人工全髋关节置换术下肢不等长的预防和处理[J].中国矫形外科杂志 2002 ,9(7) : 550 - 553.

收稿日期: 2014 - 04 - 12; 修回日期: 2014 - 06 - 05

盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛与静脉自控镇痛联合在髋部术后的应用

张胜利, 赵建玲, 刘辉, 李静, 徐跃, 宋娇娇, 徐鑫(北京市通州区中西医结合骨伤医院, 北京 101100)

摘要: 目的 观察联合应用盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛与静脉自控镇痛对髋部术后患者的镇痛效果及不良反应。方法 选取 90 例择期进行髋部手术的患者, 随机分为三组。I 组患者常规硬腰联合麻醉后, 从硬膜外管内给予盐酸氢吗啡酮 0.3 mg 加生理盐水至总量 5ml 超前镇痛; 手术结束后马上接静脉自控镇痛泵。配方: 舒芬太尼 150 μ g + 地塞米松 5mg + 生理盐水至 100ml。II 组患者常规硬腰联合麻醉后, 从硬膜外管内给予生理盐水 5ml, 手术结束后马上接静脉自控镇痛泵; 配方: 舒芬太尼 150 μ g + 地塞米松 5mg + 生理盐水至 100ml。III 组患者常规硬腰联合麻醉后, 硬膜外管内给予生理盐水 5ml, 手术结束后马上接硬膜外自控镇痛泵; 配方: 0.75% 盐酸罗哌卡因 20ml + 盐酸氢吗啡酮 0.3 mg + 地塞米松 5mg + 生理盐水至总量 100ml。结果 II 组镇痛效果明显低于 I 组、III 组; I 组、III 组疼痛评分、镇静评分、镇痛优良率及轻中度镇痛率差异均无显著性; 但 III 组尿潴留发生率明显高于 I 组、II 组。结论 联合应用盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛与静脉自控镇痛对髋部手术具有较好的镇痛效果, 而且不良反应较少。

关键词: 硬膜外; 盐酸氢吗啡酮; 超前镇痛; 髋部手术

中图分类号: R687.3 文献标识码: A 文章编号: 1008 - 1089(2014)08 - 0065 - 03

doi: 10.3969/j.issn.1008 - 1089.2014.08.026

髋部手术一般是股骨头及股骨颈部位手术, 对机体损伤较大, 失血较多。适合的术后镇痛方案的选择可以减少不必要的痛苦, 避免机体不良反应, 减少伤害性刺激, 加速患者机体功能的恢复。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 ASA I 或 II 级择期行髋部手术

患者共 90 例, 年龄 18 ~ 89(60.47 \pm 11.134) 岁, 体重 56 ~ 99(72.98 \pm 7.855) kg。将患者随机分为盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛和自控静脉镇痛结合组(I 组)、自控静脉镇痛组(II 组)、自控硬膜外镇痛组(III 组)各 30 例。I 组男 21 例, 女 9 例; 年龄(60.73 \pm 12.65) 岁; 体重(73.23 \pm 7.93) kg; 全髋置换术 7 例, 半髋置

换术 19 例,骨折内固定术 4 例。II 组男 20 例,女 10 例;年龄(59.83 ± 11.31)岁;体重(72.77 ± 7.58)kg;全髌置换术 7 例,半髌置换术 21 例,骨折内固定术 2 例。III 组男 18 例,女 12 例;年龄(60.83 ± 9.57)岁;体重(72.93 ± 8.31)kg;全髌置换术 6 例,半髌置换术 22 例,骨折内固定术 2 例。三组差异均无显著性,均无阿片类药物滥用史,无过敏史及无药物成瘾史。

1.2 麻醉和镇痛方法 常规吸氧,监测动态心电图、脉搏血氧饱和度、血压,开放静脉通路[复方乳酸钠林格液 5ml/(kg·h),格拉司琼 6mg 入壶,预防患者恶心、呕吐]。待患者一般状态平稳后,常规给予硬腰联合麻醉,麻药选择为 0.75% 等比重布比卡因 10mg。麻醉穿刺部位选择在 L₂₋₃ 或 L₃₋₄,蛛网膜下腔麻醉后硬膜外导管向头部方向置管,10 分钟后(即开始手术前)对三组患者给予不同的干预措施。I 组患者常规硬腰联合麻醉后,从硬膜外管内给予盐酸氢吗啡酮 0.3 mg(加生理盐水至总量 5ml)超前镇痛,手术结束后马上接静脉自控镇痛泵,配方:舒芬太尼 150μg + 地塞米松 5mg + 生理盐水至 100ml。II 组患者常规硬腰联合麻醉后,从硬膜外管内给予生理盐水 5ml,手术结束后马上接静脉自控镇痛泵;配方:舒芬太尼 150μg + 地塞米松 5mg + 生理盐水至 100ml。III 组患者常规硬腰联合麻醉后,硬膜外管内给予生理盐水 5ml,手术结束后马上接硬膜外自控镇痛泵;配方:0.75% 盐酸罗哌卡因 20ml + 盐酸氢吗啡酮 0.3 mg + 地塞米松 5mg + 生理盐水至总量 100ml。所有受试对象均采用一次性自控镇痛泵,术后自控镇痛泵持续注射速度为 2ml/h,单次剂量为 0.5ml,锁定时间为 15 分钟,镇痛时间为 48 小时,镇痛期间对患者进行鼻导管给氧。手术后

所有患者均未留置尿管。为预防静脉血栓的发生,手术结束后鼓励患者早活动。所有患者均获得 6 个月以上的随访。

1.3 观察项目 ①疼痛评分采用视觉模拟评分(VAS),记录标准:0 分为无痛,10 分为剧痛。记录术后 4、8、12、24、48 小时各时间点的疼痛评分,镇痛效果按这 5 个时间点的平均值来评定,<3 分为优,3~5 分为良,>5 分为差。②镇静评分:0 分为无镇静(觉醒);1 分为轻度镇静(偶尔瞌睡,易于唤醒);2 分为中度镇静(经常瞌睡,易于唤醒);3 分为重度镇静(嗜睡难以唤醒)。③记录两组患者头晕、恶心、呕吐、瘙痒、尿潴留、心率过缓(心率 < 55 次/分)、低血压(血压下降 30%)及呼吸抑制(呼吸频率 < 10 次/分)等不良反应情况及肛门排气时间。

1.4 统计学处理 实验数据统计学处理采用 SPSS12.0 统计软件进行。资料按均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析。

2 结果

II 组患者的镇痛效果明显低于 I 组、III 组($P < 0.05$),I 组、III 组疼痛评分、镇静评分、镇痛优良率、轻中度镇静率差异均无显著性(表 1)。但 I 组尿潴留发生率(6.7%)、II 组尿潴留发生率(0)明显低于 III 组(40.0%) $P < 0.01$ 。联合应用盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛与静脉自控镇痛对髌部手术具有较好的镇痛效果。

两组患者出现头晕、嗜睡、恶心、呕吐、瘙痒、心率过缓发生、肛门排气时间差异均无显著性。全部患者均无低血压和呼吸抑制发生。

表 1 三组镇痛和镇静效果的比较

组别	例数	镇静评分 (分)	疼痛评分 (分)	镇静效果(例)				镇痛效果(例)		
				无镇静	轻度	中度	重度	优	良	差
I 组	30	1.2 ± 0.6	1.0 ± 0.6	6	17	7	0	27*	3*	0
II 组	30	1.2 ± 0.7	1.2 ± 0.6	20	9	1	5	18	7	0
III 组	30	1.3 ± 0.8	1.1 ± 0.9	8	16	6	0	26*	3	1

注:* 与 II 组比较, $P < 0.05$

3 讨论

髌部手术术后早期疼痛的致痛原因:术中使用电刀或骨水泥热反应,关节假体置入后髓腔压力增加或假体-骨界面不匹配,术后髌关节周围炎性因子聚集刺激周围神经末梢,术后周围与中枢神经系统敏感性提高等。针对以上因素,术前超前镇痛主要是抑制髌关节周围组织细胞活性,减少术后炎性介质释放以直

接或间接提高痛阈而达到镇痛效果^[1]。良好的术后镇痛能够减少患者的痛苦,不仅可以减少术后并发症的发生,而且对维持机体内环境的稳定有重要作用。盐酸氢吗啡酮是半合成阿片药物,其镇痛效能是吗啡的 7~10 倍,但是其不良反应(如嗜睡、头晕、恶心、呕吐、瘙痒、尿潴留等)比较轻,用于硬膜外镇痛起效快^[2,3]。硬膜外超前镇痛是指抑制组织外周的损伤冲

动向中枢的传递、传导,阻断延缓脊髓区的兴奋^[4,5]。阿片类药物不仅可作用于阿片受体,能减弱或阻止伤害性刺激,通过C纤维传导到脊髓背角部位,还能阻断或延缓脊髓的兴奋,从而提高疼痛的刺激阈而增强镇痛效果^[6]。小剂量一次盐酸氢吗啡酮在硬膜外应用,可以获得较长时间的镇痛效果,并能减少术后镇痛药的用量和减轻术后疼痛的程度。

硬膜外术后镇痛是通过局麻醉药和阿片类药物的协同作用,可获得较好镇痛效果,且对全身的血流动力学影响相对较小。但腰段(L₂₋₃或L₃₋₄)硬膜外术后镇痛有可能引起脊髓神经受损,有导致运动、感觉性损伤的风险,常见持续性的感觉异常和限制性运动无力。虽然及时调整导管位置或拔出导管可能有助改善和恢复,但有可能影响镇痛质量^[7]。本研究结果表明,采用盐酸氢吗啡酮硬膜外超前镇痛,髋部手术后用舒芬太尼静脉自控镇痛的方法,同时加强了对中枢阿片受体的作用,可获得与硬膜外镇痛的满意效果。与硬膜外镇痛相比,减少脊神经受损导致运动、感觉性损伤,

避免留置硬膜外导管可能带来的硬膜外感染、硬膜外血肿的严重并发症的潜在风险。配方中加入格拉司琼联合地塞米松可以有效降低恶心、呕吐的发生率^[8]。

参考文献:

- [1] 冯刚,易明杰,张秀平,等.多发伤患者院前救治中的镇痛治疗[J].中国医刊,2012,47(12):64.
- [2] 刘朝晖,张晓钢,陈东明,等.格拉司琼不同用药方式对预防术后吗啡镇痛所致恶心呕吐的影响[J].中国临床医生,2014,42(1):65-67.
- [3] 姜华,冯艺.阿片类药物镇痛治疗中的中枢毒性反应——肌阵挛[J].中国医刊,2007,42(10):33-34.
- [4] 张素云,杨咏梅,黄醒华,等.腰麻-硬膜外联合麻醉分娩镇痛的临床研究[J].中日友好医院学报,2007,21(1):19-21.
- [5] 范文江.地佐辛用于小儿腹腔镜镇痛的临床研究[J].中国医药,2012,7(1):111.
- [6] 王志强,林剑浩,关振鹏,等.骨关节炎的镇痛药物选择及风险管理[J].中国临床医生,2010,38(7):12-14.
- [7] 吴涯雯,赵妍,李步龙,等.病人自控镇痛的安全与差错研究[J].中日友好医院学报,2011,25(4):228-229.
- [8] 邱文武,贾桂芳.格拉司琼联合地塞米松对手术后病人自控镇痛相关恶心呕吐的影响[J].临床麻醉学杂志,2009,23(1):327-328.

收稿日期:2014-04-17;修回日期:2014-06-08

前列腺特异抗原 <20ng/ml 时不同前列腺穿刺方案的临床意义

徐建平(山东省临沂市肿瘤医院,山东 临沂 276001)

摘要: 目的 对前列腺特异抗原(PSA) <20ng/ml 的患者进行扩大前列腺穿刺活检,从而评价扩大穿刺对 PSA <20ng/ml 前列腺癌筛选中的临床应用价值。方法 采用“10+X”穿刺法检测 51 例,“6+X”穿刺法检测 54 例。应用配对卡方检验对“10+X”针法和“6+X”针法活检术对前列腺癌检出率进行比较。结果 “6+X”针法检测出前列腺癌 24 例(24/54),“10+X”针法检测出前列腺癌 35 例(35/51),差异有显著性。前列腺癌组前列腺体积明显小于良性前列腺增生组,前列腺特异性抗原密度值显著高于良性前列腺增生组。结论 在传统“6”针法的基础上,左右两侧外周带各 2 针,增加前列腺癌高发区域的穿刺数目,一定程度上增加了阳性穿刺率;选择“X”穿刺点为直肠指诊异常或超声下的低回声或可疑区域穿刺点,增加了前列腺癌可疑区域的活检,提高了前列腺癌的阳性率。“10+X”针法结合了增加前列腺癌高发区域的穿刺和前列腺癌可疑区域的活检,提高了前列腺癌的检出率。

关键词: 前列腺穿刺;前列腺癌;检测率

中图分类号: R697 文献标识码: A 文章编号: 1008-1089(2014)08-0067-03

doi: 10.3969/j.issn.1008-1089.2014.08.027

前列腺癌是常见的男性泌尿系统肿瘤之一,随着检测设备和技术的不断改进,目前前列腺癌的检出率逐年升高^[1]。前列腺穿刺活检虽是公认的前列腺癌诊断方法,但目前仍无统一的穿刺方案,从标准的 6 点穿刺到饱和穿刺法,穿刺数目差异性大,一定程度上存在过度穿刺的问题,并且穿刺点的位置选择和穿刺数

目确定仍存在争论^[2-4]。笔者对前列腺特异抗原(PSA) <20ng/ml 疑似前列腺癌患者进行经直肠前列腺穿刺活检,并对其临床资料进行分析研究,探讨 PSA <20ng/ml 时采用扩大穿刺的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2012 年 1 月至 2014 年 1 月期间本院