性关节内注射曲安奈德40 mg,至术后2周内患者关节肿痛轻微,提示其抗炎止痛作用时效较长,无需多次用药。关节内注射曲安奈德的局部半衰期为4.6 d,这解释了本研究中单次给药获得较长疗效的原因。

关节功能的康复程度是判断疗效的另一重要指标。本研究采用Lysholm评分对患者术前、术后关节功能进行评价。结果显示,对照组Lysholm评分在术后第3天降至最低,这一时间对应术后关节肿痛的高峰期。之后Lysholm分值随疼痛减轻有明显升高的趋势,提示术后疼痛是影响关节功能康复的主要因素。TA组Lysholm评分明显高于同时间点对照组分值,说明术后一次性关节内注射曲安奈德可在术后早期促进膝关节功能康复。对照组术后14 d Lysholm评分均显著高于术前,证实了关节镜清理术对经保守治疗无效的轻中度骨性关节炎患者有明确疗效,这与文献[6-7]报道一致。

曲安奈德是肾上腺皮质激素类药物,其主要的药物副作用包括全身性皮质类激素作用和诱发感染。单次在关节腔局部使用曲安奈德避免了其系统性作用风险。本研究未发现术后关节腔及浅表感染病例,这与关节镜手术创伤小、清洁度高(大量冲洗)有关。

综上,对骨性关节炎患者行关节镜清理术后,给予一次性关节腔内注射曲安奈德,可有效减轻术后早期疼痛,促进关节功能康复。

参考文献:

[1] Heyworth B E, Carroll K M, Dawson C K, *et al*. Open lateral retinacular closure surgery for treatment of anterolateral knee pain and disability after arthroscopic lateral retinacular release[J]. Am J Sports Med, 2012, 40(2): 376-382.
[2] Di-Paola J. Disability, impairment, and physical therapy utilization after arthroscopic partial meniscectomy in patients receiving workers´compensation [J]. J Bone Joint Surg Am, 2012, 94(6): 523-530.
[3] Hara R, Tanaka Y, Kobata Y. Arthroscopic synovectomy for rheumatoid arthritis[J]. Nihon Rinsho, 2013, 71(7): 1266-1270.
[4] Cheng O T, Souzdalnitski D, Vrooman B, *et al*. Evidence-based knee injections for the management of arthritis [J]. Pain Med, 2012, 13(6): 740-753.
[5] Howell S M. The role of? arthroscopy? in treating osteoarthritis of the knee in the older patient[J]. Orthopedics, 2010, 33(9): 652.
[6] Holzer L A, Leithner A, Holzer G. Surgery versus physical therapy for? meniscal tear? and? osteoarthritis [J]. N Engl J Med, 2013, 369(7): 677.
[7] Figueroa D, Calvo R, Villalon I E, *et al*. Clinical outcomes after? arthroscopic? treatment of knee? osteoarthritis [J]. Knee, 2013, 20(6): 591-594.

(**收稿**:2014-04-03;**修回**:2014-05-10)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2014)16-1767-03

经验交流

不同给药方式硬膜外分娩镇痛的临床观察

颜 娅,向 波 (400013 重庆,重庆市妇幼保健院麻醉科)

[**关键词**] 罗哌卡因;舒芬太尼;麻醉;硬膜外;肛门坠胀
[**中图法分类号**] R714.3 [**文献标志码**] B

孕妇在妊娠晚期胎头逐渐入盆,可能压迫直肠和膀胱,当孕妇进入第一产程,在宫缩发动后,许多初产妇可因增大的子宫刺激直肠而感到难以忍受的肛门部坠胀感,加上分娩的剧烈疼痛使得社会因素所致剖宫产率大大提高。本研究探讨罗哌卡因复合舒芬太尼不同硬膜外腔给药方式用于分娩镇痛的效果以及对母婴的影响,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经医院伦理委员会批准,选择2013年于重庆市妇幼保健院自愿要求实施硬膜外分娩镇痛的初产妇60例,年龄20~35岁,身高150~170 cm,体质量50~85 kg,ASA 1~2级。所有产妇均签署分娩镇痛麻醉知情同意书。纳入标准:足月、单胎、头位,在潜伏期已存在明显肛门坠胀感,无产道异常及头盆不称,胎儿情况正常,产妇无凝血功能紊乱、穿刺位点感染、血流动力学不稳定等椎管内麻醉禁忌证。排除标准:妊娠期合并症、椎管内麻醉失败或阻滞不全。

1.2 方法

产妇进入产房后,低流量吸氧,开放外周静脉,给予乳酸林格氏液10 mL/(kg·h)静滴,常规监测产妇无创血压、心电图、脉搏氧饱和度及电子胎心监护。产妇自控镇痛泵混合药液配置为0.125%罗哌卡因加0.2 μg/mL舒芬太尼。将60例产妇随机分成2组,每组30例。当产妇宫口开至3 cm时,取右侧卧位行L3~4间隙硬膜外腔穿刺,A组在硬膜外穿刺成功后,将硬膜外针凹槽方向朝骶尾部,回抽无血无脑脊液,经穿刺针向骶尾部推注试探剂量混合药液5 mL,再转换硬膜外针方向,向头侧置管3 cm;B组在硬膜外穿刺成功后,将硬膜外针凹槽方向朝头部,经穿刺针向头侧推注试探剂量混合药液5 mL,然后向头侧置管3 cm。两组患者均在试探剂量后观察5 min,若无全脊麻或局麻药中毒等不良反应,经硬膜外导管给予混合药液10 mL,随后接自控镇痛泵以5 mL/h速率持续输注,每按压1次剂量为1.5 mL,背景时间为15 min。此后患者可下床活动,并行瑜伽球训练,当宫口开全时停药,分娩结束后拔出硬膜外导管。

[**通信作者**] 向 波,E-mail: 358276601@qq.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140623.1641.002.html(2014-06-23)

1.3 观察指标

记录镇痛前(T0),镇痛后10 min(T1),30 min(T2),60 min(T3),120 min(T4),以及停药时(T5)的VAS评分,0~10分代表疼痛程度。评估产妇肛门坠胀感改善情况,明显减轻记为"+",否则为"-",以及产妇满意度评价(优、良、差)。使用改良Bromage法评定以上各时间点下肢运动神经阻滞程度,评分标准:0分为无运动阻滞,可充分屈曲髋、膝、踝关节;1分为不能做直腿抬起,只能曲膝、踝关节;2分为不能曲膝,仅能曲踝关节;3分为髋、膝、踝关节均不能曲。记录产妇各产程时间、使用缩宫素情况、分娩方式等。关注产妇呼吸抑制、恶心、呕吐、低血压、尿潴留、寒战、心慌等不良反应。记录婴儿出生后1、5 min的Apgar评分。

1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析。计量资料以$\bar{x} \pm s$表示,组间及组内比较采用t检验,计数资料比较采用χ^2检验。

2 结果

2.1 2组产妇不同时间点VAS评分

与镇痛前比较,镇痛后各时间点的VAS评分A、B组均明显降低($P<0.05$),组间比较A、B组各时间点VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组产妇分娩镇痛过程中VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	T0	T1	T2	T3	T4	T5
A组	7.8±0.9	3.1±0.8[a]	2.2±0.7[a]	1.8±0.6[a]	1.5±0.5[a]	1.4±0.5[a]
B组	7.9±0.8	3.2±0.8[a]	2.1±0.7[a]	1.7±0.7[a]	1.5±0.5[a]	1.3±0.5[a]
t	0.31	0.47	0.38	0.41	0.25	0.27
P	0.758	0.638	0.703	0.681	0.800	0.791

a: $P<0.05$. 与T0比较

2.2 产妇肛门坠胀感改善及满意度评价

A组24例产妇肛门坠胀感得到明显改善,改善率为80%,明显好于B组30%,其差异有统计学意义($\chi^2=15.152$, $P<0.01$)。A组产妇镇痛满意度优良率为86.7%,B组为50%,A组明显高于B组,其差异有统计学意义($\chi^2=9.32$, $P<0.01$)。

2.3 2组产妇运动神经阻滞评价

2组产妇运动神经阻滞程度Bromage评分均≤1分,A组与B组相比无统计学意义($P>0.05$)。

2.4 产程时间、分娩方式、缩宫素应用率以及新生儿Apgar评分的比较

2组产妇的各产程时间、分娩方式、缩宫素应用率及新生儿Apgar评分比较无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表2 两组产程时间、分娩方式、缩宫素应用、新生儿评分比较

项目	A组	B组	t/χ^2	P
活跃期(min)	186.6±41.9	174.1±39.4	1.201	0.233
第二产程(min)	55.2±20.0	57.0±17.6	0.38	0.708
第三产程(min)	5.8±2.4	6.0±2.1	0.29	0.772
顺产例数[例(%)]	28(93.3)	27(90.0)	0.22	0.640
缩宫素应用[例(%)]	22(73.3)	19(63.3)	0.69	0.405
1 min Apgar(分)	9.0±1.1	9.2±1.1	0.59	0.558
5 min Apgar(分)	9.9±0.3	9.9±0.3	0.46	0.647

2.5 不良反应发生率比较

2组产妇镇痛期间均未发生呼吸抑制、寒战、低血压、心慌等不良反应,恶心、呕吐、尿潴留等发生率亦较低,组间比较无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表3 2组产妇不良反应发生率比较[例(%)]

组别	恶心呕吐	尿潴留
A组	2(6.2)	4(13.3)
B组	3(10.0)	2(6.6)
χ^2	0.22	0.74
P	0.640	0.389

3 讨论

分娩疼痛的应激可导致产妇交感神经亢进,外周血管收缩,子宫胎盘血流减少,此外,产妇过度换气所致酸碱平衡紊乱,体力大量消耗等多种因素,增加了胎儿窘迫发生的危险性[1]。部分产妇在第一产程早期可能由于胎先露部对直肠刺激产生肛门坠胀感,错误的在分娩早期用力导致宫颈水肿,不利于第二产程的分娩。分娩镇痛可以减少产妇分娩时的恐惧和产后的疲倦,在第一产程充分得到休息,当宫口开全时,可以有足够力量完成分娩。椎管内分娩镇痛是目前公认的镇痛效果最好,使用最广泛的镇痛方法,其有效率可达95%以上[2]。

罗哌卡因是一种新型酰胺类局部麻醉药,对子宫及胎盘血流无明显影响,具有高度的感觉及运动神经阻滞相分离的特性[3]。舒芬太尼是阿片类镇痛药物,具有良好的硬膜外镇痛效果。美国产科麻醉指南显示,硬膜外应用低浓度局麻药复合小剂量阿片类镇痛药可以达到高浓度局麻药一样的镇痛效果,且运动阻滞更轻[4]。因此,本研究选择罗哌卡因配伍舒芬太尼用于产妇自控硬膜外分娩镇痛,能够明显提高镇痛效果,降低麻醉药物使用剂量,缩短起效时间,延长麻醉作用[5]。由于舒芬太尼所用剂量较小,因此并不增加母亲、胎儿或新生儿副作用的发生率[6]。此方法产妇始终处于清醒状态,可参与生产过程,随着产程的进展,孕妇的麻醉需要量逐渐增加,产妇自控镇痛可以在安全剂量范围内,满足镇痛治疗的个体化需求,是目前认为效果最确切的分娩镇痛方式[7]。

由本研究可以看出,A、B两组产妇在各时间点的VAS评分均明显降低,两种给药方式均对产妇腹部疼痛起明显缓解作用。A组产妇可以有效地缓解初产妇肛门部的坠胀感,获得更好的分娩镇痛满意度。两组产妇缩宫素应用率在70%左右,顺产率均达到90%以上,其差异均无统计学意义($P>0.05$),虽然硬膜外麻醉可能对腹肌和肛提肌产生一定程度的抑制作用,但合理的应用缩宫素,宫口开全后及时停止硬膜外用药,并不影响产妇第二产程用力,亦不延长产程时间[8]。

综上所述,良好的分娩镇痛方法可以有效地减轻产妇的疼痛及肛门坠胀感,保留产妇的下肢活动能力[9-11],降低剖宫产率,且新生儿更安全,不良反应更小。

参考文献:

[1] 毛慧敏, 董振明, 路红梅. 罗哌卡因复合舒芬太尼硬膜外分娩镇痛对母婴的影响[J]. 河北医药, 2008, 30(4): 428-430.

[2] 贾国占, 崔世红, 程国梅, 等. 连续硬膜外阻滞分娩镇痛法应用于经产妇的临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(18): 2834-2837.
[3] 黎笔熙, 田玉科. 罗哌卡因的基础研究与临床应用进展[J]. 华南国防医学杂志, 2009, 23(2): 81-84.
[4] American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia[J]. Anesthesiology, 2007, 106(4): 843-863.
[5] Ortner C M, Posch M, Roessler B, *et al*. On the ropivacaine-reducing effect of low-dose sufentanil in intrathecal labor analgesia[J]. Acta Anaesthesiol Scand, 2010, 54(8): 1000-1006.
[6] 姚尚龙, 吴新民, 赵晶, 等. 产科麻醉临床指南(2008年)[M]. 上海: 中华医学会麻醉学分会, 2008: 1-20.
[7] Capogna G, Stirparo S. Techniques for the maintenance of epidural labor analgesia[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2013, 26(3): 261-267.
[8] 卢月琴. 分娩镇痛在产程中的应用探讨[J]. 中国计划生育和妇产科, 2013, 5(1): 55-57.
[9] Stewart A, Fernando R. Maternal ambulation during labor[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2011, 24(3): 268-273.
[10] Hawkins J L. Epidural analgesia for labor and delivery[J]. N Engl J Med, 2010, 362(16): 1503-1510.
[11] Beilin Y. An update on obstetric anesthesia[J]. Semin Cardiothorac Vasc Anesth, 2010, 14(1): 64-65.

(**收稿**:2014-01-05;**修回**:2014-04-05)
(编辑 吴培红)

文章编号:1000-5404(2014)16-1769-02

经验交流

他达拉非每日按时治疗和按需治疗勃起功能障碍的近期临床疗效

刘子明,白培明,罗广承,沈瑞雄,苏汉忠 (361004 福建 厦门,厦门大学附属中山医院泌尿外科)

[**关键词**] 勃起功能障碍;他达拉非;国际勃起功能指数;性生活日志
[**中图法分类号**] R698.1 [**文献标志码**] B

男性勃起功能障碍(erectile dysfunction,ED)是男科门诊常见疾病,严重影响患者及性伴侣的性生活满意度。近年ED药物治疗方案进展迅速,PDE-5抑制剂小剂量每日治疗方案已获得男科学界认同。本研究采用他达拉非小剂量按时治疗和常规剂量按需治疗ED,对比观察其临床效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

我院男科门诊2012年2月至2013年5月就诊的符合入选标准的104例ED患者,年龄21~64岁,平均34.7岁;ED发病时间3个月至12年,平均2.4年。入选标准:①符合美国国立卫生研究院ED诊断标准,且症状持续3个月以上;②成年男性,目前有稳定的性伴侣及规律的性生活;③治疗前4周未服用治疗ED药物。排除标准:合并射精功能障碍、性欲低下、性激素异常、严重神经系统损伤、生殖系统畸形、严重心脑血管疾患服用硝酸酯类药物者。

1.2 治疗方案及观察指标

104例ED患者根据就诊顺序按照数字随机分组法分为每日治疗组和按需治疗组。每日治疗组每晚睡前2 h口服他达拉非5 mg,按需治疗组每次性生活前口服他达拉非20 mg,疗程共12周。于治疗前、治疗结束时、治疗结束后8周分别指导患者完成国际勃起功能指数(IIEF-5)评分和记录阴茎插入成功率(SEP2)、完成性交成功率(SEP3)。观察患者治疗期间不良反应。

1.3 统计学方法

采用SPSS 13.0统计软件,计量资料用$\bar{x} \pm s$表示,进行成组设计t检验;计数资料采用χ^2检验。

2 结果

共有80例患者完成治疗,其中每日治疗组43例,按需治疗组37例。治疗期间,9例患者服药后出现面部潮红或鼻塞,5例报告头痛或背痛。两组患者治疗结束时和结束后8周IIEF-5评分较治疗前明显升高;其中治疗结束后8周每日治疗组IIEF-5评分较按需治疗组增加更为明显,其差异有统计学意义($P<0.01$或0.05)。两组治疗结束时、结束后8周阴茎插入成功率均较治疗前明显升高,表明治疗后患者阴茎勃起硬度明显改善;结束后8周每日治疗组阴茎插入成功率较按需治疗组高,差异均有统计学意义($P<0.01$或0.05)。两组治疗结束时、治疗后8周性交成功率均较治疗前显著改善,表明治疗后患者性生活满意度明显提高;治疗后8周每日治疗组性交成功率较按需治疗组为高,其差异均有统计学意义($P<0.01$或0.05)。见表1。

3 讨论

近年来,他达拉非每日小剂量按时方案治疗ED越来越多被临床医师所采纳[1]。他达那非药物半衰期为17.5 h,连续服药5 d后,血药浓度达到稳态并维持在按需服用的1.6倍[2],为其小剂量按时治疗提供了重要的药代学基础。PDE-5抑制剂治疗ED总有效率为70%左右。研究显示每日小剂量他达拉

[**通信作者**] 白培明,E-mail:baipeiming@yahoo.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140424.1041.006.html(2014-04-24)