

斜方肌部(双侧斜方肌上缘中点);冈上肌部(双肩胛冈内缘冈上肌起点);第二肋骨部(双侧第二肋骨与肋软骨连接部上面);肱骨外上髁部(双侧肱骨外上髁下缘2cm处);臀部(双侧臀外上象限,臀肌前皱襞处);大转子部(双侧大转子突起的后缘);膝部(双侧膝关节间隙上方内侧脂肪垫处),按照上述标准诊断,对误诊病例的性别、年龄、职业、首诊单位分布情况进行统计分析。

2 结果

2.1 误诊情况:PFs 129例,其中男21例,女108例,与首诊不符者113例,误诊率为87.25% ($P < 0.005$)。

2.2 性别,年龄,职业分布特点:113例误诊病例中,男21例,误诊率为69.23%,女108例,误诊率为87.74%,女性误诊率显著高于男性($X^2 = 1.7729, P < 0.25$);30岁以下,30-49岁,50岁以上误诊率分别为100% (6/6), 93.59% (73/78)和66.67% (12/18),差异有非常显著性($X^2 = 11.79, P < 0.005$);职业分布以家庭妇女,农民,教师误诊率较高。

2.3 首诊误诊医疗单位构成:个体诊所55例,占48.67%,药店坐诊医生34例,占30.09%,医院18例,占15.92%,专科门诊6例,占5.30%。

3 讨论

PFs因误诊而得不到有效的治疗,使患者长期承受着巨大的痛苦(持续存在的症状常令患者难以忍受),严重的影响了生活质量。

3.1 误诊原因分析

3.1.1 PFs的病因及发病机制迄今不明^[1],早期缺乏特异性症状,诊断较难,临床医师对本病认识不足是造成误诊、漏诊(占68.35%)的主要原因。

3.1.2 目前无特异临床检查,常规检查无客观异常表现也是造成误诊的原因之一(占12.25%)。

3.1.3 临床观察不仔细,询问病史不详细,缺乏对病史的深入了解和细致体检(占5.78%),也是造成误诊的原因之一。

3.2 防止误诊的措施

3.2.1 加强PFs专业知识培训,提高临床医师诊治水平,临床医生尤其是非专科医生对PFs诊治知识掌握不足而导致误诊、漏诊(占68.35%),因而提高相关科室门诊医生PFs专业知识,是减少误诊误治的主要方法。

3.2.2 规范诊疗行为是减少误诊发生的前提,包括详细全面地询问病史,全面细致的查体;合理选用检查设备;全面分析检查结果;加强医疗质量监控;完善并坚持会诊制度及疑难病例讨论制度等。

3.2.3 引导患者正确选择就医行为,随着社会经济的发展和文化的提高,尽管人们看病观念有了很大变化,但一旦患病后,在就医时仍有诸多顾虑,往往影响早期就医和规则就医,从我们的统计分析中,为了方便省事12%的人自行治疗,48.31%的人去个体医生处就诊,30.34%的人去药店诊疗,6%的人采取任其自然的态度,相当数量的患者首诊不到正规专科门诊就医,证明偏倚的从医行为是导致误诊的原因之一,因而正确引导从医行为,是减少误诊,误治的措施之一。

参考文献:

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京.人民卫生出版社,2008.908.
- [2] 高润霖,冷希圣,华伟.临床医学分册[M].北京.人民军医出版社,2011.411.
- [3] White KP, Harth M. Classification, epidemiology and natural history of fibromyalgia[J]. Current Pain and Headache Report, 2001, 5(4): 320-321.
- [4] 李永伟,王宏智.纤维肌痛综合症54例治疗观察[J].浙江预防医学, 2002, 14(16): 76-77.
- [5] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MS, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter committee[J]. Arthritis Rheum, 1990, 33: 160-172.

文章编号:1006-6233(2013)12-1846-03

不同浓度罗哌卡因复合舒芬太尼行阶梯式分娩镇痛的临床观察

苏凤龙¹, 杜海霞¹, 姜润东², 鲍筠¹, 张滋明¹, 李金侠¹

(1.河北省承德市妇幼保健院, 河北 承德 067000

2.河北省承德市中心医院, 河北 承德 067000)

摘要:目的:观察不同浓度罗哌卡因复合舒芬太尼行阶梯式分娩镇痛的镇痛效果以及对产程和新生儿的影响。方法:选择160例无椎管内麻醉禁忌症和阴道分娩禁忌症足月妊娠单胎初产妇,随机分为两组,每组80例,行硬膜外分娩镇痛,Ⅰ组(对照组)始终应用0.15%的罗哌卡因+0.5μg/mL舒芬太尼,Ⅱ组(阶梯镇痛组)在产妇宫口<3cm时应用0.075%的罗哌卡因+0.5μg/mL的舒芬太尼,待产妇宫口≥3cm时应用0.15%的罗哌卡因+0.5μg/mL舒芬太尼。记录两组产妇各时点的VAS评分,产程时间,缩宫素使用情况,Bromage评分,新生儿Apgar评分,不良反应。结果:两组产妇各时点

的VAS评分,新生儿Apgar评分,不良反应差异均无统计学意义。II组潜伏期比I组时间短($P < 0.05$),缩宫素使用率低,产妇运动阻滞轻微。结论:产程潜伏期应用0.075%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 的舒芬太尼,活跃期应用0.15%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 舒芬太尼行硬膜外阶梯分娩镇痛对产妇产宫收缩干扰小,产程影响小,运动阻滞轻微,适合潜伏期就要求分娩镇痛的产妇。

关键词: 罗哌卡因; 舒芬太尼; 阶梯式分娩镇痛

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1006-6233.2013.12.036

罗哌卡因复合舒芬太尼行硬膜外分娩镇痛,镇痛效果确切,运动阻滞轻微,已经在临床上广泛开展。很多临床研究多是整个产程始终应用相同浓度罗哌卡因进行分娩镇痛。本研究拟观察应用不同浓度的罗哌卡因复合舒芬太尼行阶梯式镇痛对子宫收缩和产程的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料:160例足月妊娠单胎初产妇,无妊娠合并症,自愿接受硬膜外分娩镇痛,ASA I或II级,年龄23-31岁,体重50-80 kg,排除有椎管内阻滞穿刺禁忌症、阴道分娩禁忌症的产妇,随机分为两组,每组80例。I组(对照组)始终应用0.15%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 舒芬太尼,平均(27 \pm 3)岁,孕(39.1 \pm 0.8)周;II组(阶梯镇痛组)在产妇宫口<3cm时应用0.075%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 的舒芬太尼,待产妇宫口 \geq 3cm时应用0.15%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 舒芬太尼,平均(27 \pm 4)岁,孕(39.2 \pm 0.7)周。

1.2 方法:产妇宫口>2cm,宫缩规律,进入产房开放上肢静脉通道,输注乳酸林格氏液,常规监测血压(BP),心率(HR),呼吸(R),胎心率(FHR),行L2-3间隙硬膜外穿刺头端置管4cm,首次按组别分别行配置好的镇痛药液5mL作为实验剂量,5min后无腰麻征象再注入以上药液10mL,然后接电脑镇痛泵行产妇自控镇痛。药液的配方I组始终应用0.15%的罗哌卡因+0.

5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 舒芬太尼;II组产妇宫口<3cm时应用0.075%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 的舒芬太尼,待产妇宫口 \geq 3cm时应用0.15%的罗哌卡因+0.5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 舒芬太尼。参数设置:持续剂量5mL/h,按压单次剂量5mL,间隔时间15min。由助产士全程陪伴分娩,并及时检查宫口扩张情况,宫口开全停药。镇痛过程若宫缩减弱静点缩宫素。

1.3 观察指标:①疼痛评分采用视觉模拟评分(VAS法),即0为无痛,10为无法忍受的剧烈疼痛。观察镇痛即刻、镇痛后10min、30min、宫口开6cm、开全时的VAS评分。同时记录镇痛起效时间为硬膜外首次注药到出现无痛宫缩(VAS \leq 3)的时间。②各产程时间(潜伏期、活跃期、第二产程、第三产程)及缩宫素使用情况。③下肢运动阻滞评估采用Bromage评分;0分,双下肢活动自如;1分,双下肢活动自如但有麻木感;2分只能曲膝;3分,只能活动双脚;4分,双下肢不能活动。④记录新生儿1min、5min、10min的Apgar评分。⑤记录恶心呕吐、低血压、呼吸抑制等不良反应。

1.4 统计学处理:计量资料($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 I组和II组镇痛效果(VAS评分)无显著性差异,见表1。

表1 两组产妇的镇痛效果和起效时间的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS评分(分)					镇痛起效时间 (min)
		镇痛即刻	镇痛后10	镇痛后30min	宫口开6cm	宫口开全	
I组	80	9.5 \pm 6.7	5.4 \pm 0.6	1.2 \pm 0.6	2.9 \pm 1.9	2.2 \pm 2.1	13.2 \pm 3.2
II组	80	9.6 \pm 7.2	6.2 \pm 0.8	1.2 \pm 0.7	2.6 \pm 2.1	2.4 \pm 2.2	14.1 \pm 3.8

2.2 产程情况:I组比II组潜伏期缩短,差异具有显著性。其他时间无显著差异性。缩宫素的使用率I组为72.5%大于II组47.5%,见表2。

表2 两组各产程时间比较(min)($\bar{x}\pm s$)及缩宫素使用情况n(%)

组别	例数	潜伏期	活跃期	第二产程	第三产程	使用缩宫素
I组	80	420 \pm 125	172 \pm 76	46 \pm 30	8 \pm 3	58(72.5)
II组	80	388 \pm 113*	188 \pm 81	44 \pm 31	9 \pm 4	38(47.5)*

注:*与I组比较 $P < 0.05$

2.3 两组Bromage评分均为0-2分主要以1分为主,且比较无统计学差异。但I组0分占5.0%,2分占22.5%,两组比较差

异有统计学意义($P < 0.05$)。
2.4 两组新生儿Apgar评分无统计学差异,见表3。

表3 Bromage评分n(%)及Apgar评分情况(x±s)

组别	例数	Bromage 评分					Apgar 评分		
		0分	1分	2分	3分	4分	1min	5min	10min
I组	80	4(5.0)	65(81.25)	11(13.75)	0(0)	0(0)	9.6±1.3	9.9±0.3	10.0±0.0
II组	80	18(22.5)*	58(72.5)	4(5.0)	0(0)	0(0)	9.8±1.6	10.0±0.0	10.0±0.0

注: *与I组比较 P<0.05

2.5 两组均没有恶心呕吐、低血压、呼吸抑制等不良反应发生。

3 讨论

近些年来,硬膜外分娩镇痛的主要进展之一就是应用阿片类镇痛药复合低浓度的局麻药,用以减少运动神经阻滞,增强镇痛效果^[1]。应用盐酸罗哌卡因复合舒芬太尼的配方组合是因为罗哌卡因具有运动感觉神经阻滞分离更明显等特点,与舒芬太尼复合使用可以减少罗哌卡因的使用剂量,增强镇痛效果,因此被作为可行式分娩镇痛的首选^[2],但过高的浓度和剂量可以减弱子宫收缩,使产程延长。硬膜外应用舒芬太尼用于分娩镇痛国内外已有这方面的诸多研究,有报道^[3]推管内舒芬太尼的用量控制在0.5μg/mL以内对产妇和新生儿无影响。裴晓红等^[4]认为舒芬太尼复合罗哌卡因应用于硬膜外分娩镇痛是安全可行的,且较合适的舒芬太尼浓度为0.5μg/mL。国内曲元等推荐硬膜外分娩镇痛药液配方和浓度为0.075%~0.2%罗哌卡因+0.2~0.5μg/mL舒芬太尼,故本次两组硬膜外分娩镇痛采用0.075~0.15%的罗哌卡因+0.5μg/mL的舒芬太尼的配方。

通过观察结果我们可以看出两组镇痛效果相当,都能使产妇达到满意的程度。在第一产程宫口扩张<3cm为潜伏期,子宫收缩的强度相对于活跃期要弱,且宫缩持续的时间短,间隔时间长,如果此时我们选择的罗哌卡因的浓度过高阻滞子宫体运动神经或者阻滞平面上界超过T10那么会使宫缩减弱,导致缩宫素的使用率增加,可能会影响产程的进展,这可能是I组比II组潜伏期的时间延长的其中一个原因。同时缩宫素的使用是有一个判断宫缩减弱的临床观察期的,在没有应用缩宫素加强宫缩的这段临床观察期若子宫收缩减弱会影响宫口的扩

张速度,这也许是I组比II组潜伏期延长的另一个原因。而在活跃期由于子宫收缩强度增强,此时增加罗哌卡因浓度对子宫收缩的抑制较弱,且有轻度的松弛宫颈的作用,对产程的影响较小,本实验设计也是期望通过罗哌卡因浓度的阶梯式增加与宫缩的逐渐增强相适应来达到满意的镇痛效果,同时对产妇的分娩过程干扰更小。在相同的镇痛效果前提下我们临床中原则上应该选择最小的有效浓度罗哌卡因,以减少对产妇运动神经的阻滞,提高患者的舒适度。通过Bromage评分的临床对比II组0分的比率更高一些,可见II组的配方和阶梯式分娩镇痛的方法相比之下对运动神经的阻滞更轻微。

总之,在产程潜伏期应用0.075%的罗哌卡因+0.5μg/mL的舒芬太尼,活跃期应用0.15%的罗哌卡因+0.5μg/mL舒芬太尼行硬膜外阶梯式分娩镇痛对产妇子宫收缩干扰小,产程影响小,运动阻滞轻,建议应用于潜伏期就要求分娩镇痛的产妇。

参考文献:

- [1] 徐晓义,褚国强,季永. 推管内阻滞用于分娩镇痛的研究进展[J]. 国际麻醉学与复苏杂志,2012,33(7):490-492.
- [2] 武庆平,姚尚龙,张小铭,等. 低浓度罗哌卡因和布比卡因分娩镇痛的临床研究[J]. 中华麻醉学杂志,2000,20:652-654.
- [3] Bernard JM, Le Roux D, Barthe A, et al. The doserange effects of sufentanil added to 0.125% bupivacaine on the quality of patient controlled epidural analgesia during labor[J]. Anesth Analg, 2001, 92(1):184-188.
- [4] 裴晓红,童成英. 舒芬太尼联合罗哌卡因在硬膜外分娩镇痛中的应用及舒芬太尼适宜浓度探讨[J]. 实用医学杂志,2012,28(3):466-468.

文章编号:1006-6233(2013)12-1848-03

保乳手术与改良根治手术治疗早期乳腺癌的临床对比研究

刘松平, 卓恩挺, 冯 强, 许玉成

(海南省农垦三亚医院普外科, 海南 三亚 572000)

摘 要:目的:比较不同术式治疗早期乳腺癌临床效果,探讨乳腺癌手术的安全性和可行性。方法:抽取2009年5月至2011年12月期间行乳腺癌手术患者72例,根据不同治疗方案进行分组。其中观察组患者34例行保乳手术,对照组为同期进行改良根治术患者38例。治疗结束,比较手术一般