

濉溪县医院

健康 宣传 材料

--2018年第5期--

癌痛基本知识问答

—濉溪县医院肿瘤内科

1. 为什么说“口服给药”是癌痛治疗的重要原则？

- ① 是WHO 推荐的给药途径
- ② 简单、经济、易于接受
- ③ 稳定的血药浓度
- ④ 与静脉注射同样有效
- ⑤ 更易于调整剂量和更有自主性

2. 癌痛治疗时，为什么要坚持 按时给药 的原则？

镇痛药物应按照规律的给药间隔（如每隔12 小时）服用，而非 按需 给药。

按需 给予阿片类药物可能会导致患者早于预期失去对疼痛的控制，到患者最终用药时， 可能需要更大的剂量，增加了出现副作用的可能性。

缓释（PR）剂型的药物由于服药次数少，很容易实现 按时给药 。在临床研究中，奥施康定 的依从性非常好。

3. 使用阿片类药物时，出现呕吐、镇静等反应就需要立即停药吗？

答：不需要。当患者出现呕吐、镇静等反应时可继续使用阿片类药物。在已发表的关于癌痛和持续性非癌痛治疗的临床研究中，呕吐和镇静是阿片类药物最常见的不良反应。这些不良反应可预测并很好地处理。而且，一项使用奥施康定®治疗至少3 个月的研究显示随着治疗时间的延长，阿片类相关的不良反应发生率会降低。

4. 临床常见的镇痛药包括哪些类别？每类各举一个药物。

- 1) 非甾体类抗炎药(NSAIDs)：阿司匹林、消炎痛、萘普生、布洛芬、双氯芬酸、美洛昔康、塞来昔布等。
- 2) 中枢镇痛药：曲马多
- 3) 阿片类镇痛药：可待因、吗啡、羟考酮、芬太尼、美沙酮、哌替啶、丁丙诺啡等。
- 4) 辅助用药：抗惊厥药物：卡马西平、苯妥英钠。皮质激素类药物、三环类抗抑郁剂等。

5. 阿片类镇痛药物分类，每类各举一个药物。

- 1) 阿片受体完全激动剂：吗啡、羟考酮

- 2) 部分激动剂：丁丙诺啡
- 3) 激动/拮抗剂：布托啡诺、纳布啡
- 4) 拮抗剂：纳洛酮
- 5) 中枢激动剂与外周拮抗剂：oxycodone+MNTX

6. 应用奥施康定®治疗癌痛患者不易成瘾的原因是什么？

回答要点：

担忧阿片类药物的成瘾性可能是不愿意使用阿片类药物最重要的原因之一。

成瘾是一种心理和行为过程，它最重要的三个特征是：药物使用失去控制、强迫性用药、尽管药物使用对自身和他人造成伤害，仍继续使用。

应用奥施康定 治疗癌痛患者不易成瘾原因是：疼痛是成瘾的天然拮抗剂，口服奥施康定 不易形成瞬间血药浓度高峰。

7. 奥施康定®是否可以长期服用？

答：可以。

在一项开放性，为期3个月的研究中，87名癌痛患者接受控制疼痛所需剂量的奥施康定 治疗（允许剂量滴定）。在整个研究过程中，患者的平均疼痛程度一直维持在轻到中度，治疗的接受度也一直很好。

另一项用奥施康定 治疗持续性、稳定骨关节炎疼痛患者长达18个月的研究表明，在长期治疗中，奥施康定 的镇痛疗效可一直维持，且滴定后的每日剂量保持稳定。

8. 奥施康定 是否可以与其他阿片药物联合使用？

答：不能联用。因为所有的阿片类药物都会抑制呼吸中枢，羟考酮与其它阿片药物联用将有可能增加其中枢抑制作用（如呼吸抑制）。

9. 如果在奥施康定 治疗过程中出现爆发痛该如何处理？

答：在使用奥施康定 的过程中，必要时每4~6小时使用即释阿片类药物来处理爆发痛。处理爆发痛的即释阿片类药物剂量相当于羟考酮总体日剂量的1/6。如果患者爆发痛的用药每日超过2次，则需要增加奥施康定 的剂量。

10. 如果服用奥施康定 后疼痛控制不佳，是否因为药物疗效不好？是否需要更换其他药物？

答：患者的疼痛严重程度和对药物的反应各不相同。如果服用奥施康定 后疼痛控制不好应考虑三个因素：疼痛的严重程度和性质、疾病进展、并发症。因此，有必要针对不同患者和不同状况选择最合适的药物剂量。在某些情况下，可加用辅助镇痛药。

11. 使用奥施康定 是否会引发呼吸抑制？如果发生，如何处理？

呼吸抑制是阿片类镇痛药物潜在的严重副反应。

但是它的发生率很低，严密监测和谨慎处方能降低这种风险。

如果发生呼吸抑制，可以使用纳洛酮处理。若10分钟内无效且纳洛酮的总量达到1mg，应考虑其他导致神经系统状态改变的原因。

12. 与其他阿片类药物相比，奥施康定®的性价比如何？

羟考酮的口服生物利用度较高（达87%）

数项研究显示：奥施康定 长期治疗可维持镇痛疗效，且滴定后的每日剂量保持稳定。

此外，奥施康定 的不良反应发生率较其他一些阿片类药物低。

有研究表明，奥施康定 治疗中重度疼痛的性价比较好。

13. 奥施康定 与其他药物相互作用中，有叠加作用的有哪些类药物？

答：镇静剂、麻醉剂、催眠药、酒精、抗精神病药、肌肉弛缓剂、抗抑郁药、吩噻嗪类和降压药。

14. 奥施康定 的ACROCONTIN 药物释放系统的特点是什么？

奥施康定 使用了在CONTINUS 药品中用到的一种特殊缓释释药系统。该释药系统使用2种疏水聚合物，形成双层缓释骨架。双层缓释骨架实现了双相释放和吸收模式。

第1相吸收相对迅速，发生于药片表面崩解后，使得镇痛作用快速起效。

第2相持续时间长，发生于药片骨架崩解和扩散后。保证了在整个12小时给药间隔内都能保持羟考酮的有效血药浓度。

15. 奥施康定 能否嚼碎服用？

答：不能。如果掰开、嚼碎或研磨药片，会导致羟考酮快速释放与潜在致死量的吸收。因此，奥施康定 必须整片吞服，不得掰开、咀嚼或研磨。

16. 服用奥施康定 后为什么会有药片随粪便排出？

答：奥施康定 使用了在CONTINUS 药品中用到的一种特殊缓释释药系统。服用奥施康定 后，羟考酮溶解并扩散，但奥施康定 骨架在药物释放过程中并无变化。在粪便中见到的 整片药物 其实只是不溶解的药物骨架，而活性药物（羟考酮）已被吸收。

17. 如果患者以前使用其他阿片类药物，如何转换成奥施康定®？

答：从其他阿片类药物转换为奥施康定®的方法如下：

奥施康定®总体日剂量 ÷ 2 = 奥施康定®每12小时剂量

口服羟考酮日剂量 =

口服吗啡日剂量 × 0.5

口服曲马多日剂量 × 0.13

口服哌替啶日剂量 × 0.1

口服美沙酮日剂量 × 1.49

口服可待因日剂量 × 0.15

25 μg/hr 芬太尼= 15mg/q12h 奥施康定®

50 μg/hr 芬太尼= 30mg/q12h 奥施康定®

18. 奥施康定®剂量调整原则是什么？为什么奥施康定®剂量调整更容易？

回答要点：

口服制剂，快速起效，持续强效，容易达到滴定稳态，不同剂量强度之间具有相应比例的药代动力学，多种规格

19. 为什么需要进行阿片类药物的剂量滴定？

答：阿片类药物并没有标准剂量。WHO 认为能缓解患者疼痛的剂量就是合适的剂量。阿片类药物滴定有助于确定不同患者的合适剂量，即又能充分镇痛，又能将不良反应控制在可接受的范围内。

20. 奥施康定®是缓释制剂，可以用于剂量滴定吗？

答：可以。许多医生已开始使用长效阿片类药物进行个体化滴定，一些新的治疗指南也推荐这种使用方法。如2010 中国版的NCCN 就明确指出长效药物作为背景用药应用于滴定。数项研究也显示缓释羟考酮与即释（IR）制剂一样便于滴定。一项日本的研究纳入22 名未使用过阿片类药物的癌痛患者，使用缓释羟考酮进行滴定。结果显示缓释羟考酮能迅速、有效地进行剂量滴定，控制疼痛。由于奥施康定®含有即释和缓释两种释放系统，它能迅速起效，并持续镇痛10~12 小时。奥施康定®的清除半衰期很短，给药大约24 小时后羟考酮即可达到稳态血药浓度。这也意味着奥施康定®不仅能用于维持治疗，也能用于滴定。

膝关节骨关节炎的诊疗问答

—濉溪县医院骨一科

在讲膝关节骨关节炎之前,我先带您了解一下什么是关节?什么是关节炎?关节炎有多少种?什么是骨关节炎?为什么会得骨关节炎呢?为什么要重视骨关节炎的防治?然后再熟悉一下膝关节的基本结构与功能,再讲膝关节骨关节炎的阶梯治疗及人工膝关节置换的相关知识。

首先, 1. 什么是关节?

骨与骨之间的连接装置称为关节。按照构成关节的骨与骨之间的组织类别的特点, 可以将关节分为三种类型: 1. 纤维关节 又称不动关节。颅骨之间的连接就属于不动关节。2. 软骨关节 又称微动关节。椎间盘、耻骨联合就属于软骨关节。3. 滑膜关节 有关节腔, 活动自如, 又称可动关节。表面为软骨覆盖, 周围覆有滑膜, 骨端包有关节囊, 有的还有韧带包绕。几乎所有的四肢关节以及身体绝大多数关节都属于滑膜关节。在各种关节疾患中, 受侵犯的主要是滑膜关节。

2. 什么是关节炎?

关节炎是关节肿胀、疼痛、活动受限等的总称。

3. 关节炎有多少种?

有 160 多种, 关节炎在世界各国均属多发病, 在我国也不例外。据世界关节炎基金会统计, 关节炎患者约占世界人口的十分之一, 在我国, 最常见的关节炎有三种: 骨关节炎患者最多, 占人口总数的百分之三, 在超过 65 岁以上的人口发病率占百分之八十以上。其次是类风湿性关节炎, 大约为人口总数的百分之零点三, 多半为中年女性。另外。强直性脊柱炎也是我国发病率比较高的一种关节炎, 患者主要是青年男性。后两种关节炎虽然发病率不高, 但对关节造成的危害却十分严重。如果不及时治疗, 可能会造成终生残疾, 严重破坏生活质量。其他关节炎如痛风性关节炎、血友病性关节炎、结核性关节炎等发病率要低多了。不同类型的关节炎, 或同一种关节炎的不同阶段, 其治疗的目的和方法也不尽相同。需要从病情出发, 根据具体情况, 相关科室密切配合, 药物、手术、康复等多种治疗方法综合运用, 才能取得较好的疗效。作为患者, 也要对自己的病情有比较清楚的了解, 以便配合医生, 达到最好的治疗效果。

4. 什么是骨关节炎?

骨关节炎是关节内和关节周围所有的组织结构成分如软骨、软骨下骨、关节囊、滑膜、肌腱和韧带等发生了不同程度的病理改变，失去了正常的功能和形态，从而产生疼痛和运动障碍，严重者导致患肢关节病残。

人过五十后，关节就会发生退行性变，即老化现象，尤其是负重或活动频繁的颈、腰、髋、膝等关节，会出现骨质增生。这在中老年人是普遍的生理现象，就像头发变白、牙齿脱落一样。如果没有什么症状，不影响生活，就不是病，也不一定需要治疗。但是，当关节老化，加上关节过劳、损伤、肥胖、着凉等诱因，使关节局部产生了无菌性炎症，进而引起关节疼痛、积液、肿胀、僵硬、有骨擦音、伸展不利、活动障碍等症状，或者 X 线检查发现关节间隙进行性变窄时，就要考虑是否患有骨关节炎了。骨关节炎病程长，缓解复发交替，病情逐渐进展到晚期可致关节周围肌肉萎缩，关节变形如膝内翻或膝外翻畸形，致残率高达百分之五十三，因此需要早期干预和治疗。

5. 为什么会得骨关节炎

骨关节炎的确切病因尚不清楚，可能与一下几种原因相关。

首先，骨关节炎的发生与年龄有关。随着年龄的增长，骨关节炎的发病率逐渐增加。另外女性骨关节炎患者多，特别是在绝经后：在 45-55 岁的人群中，男女发病率相当，而到 55 岁以后，则女性患者明显居多。总体讲，女性患骨关节炎的概率是男性的 2 倍。

其次，是肥胖。流行病学研究发现肥胖对膝骨关节炎的发生有一定的影响。肥胖女性膝关节骨关节炎的发病率是正常体重女性的 4 倍。除肥胖引起的力学因素外，还与肥胖引起的全身代谢因素有关。此外，肥胖时脂肪的分布与骨关节炎的发生有相关性，即腰部脂肪多的患者易患髋、膝关节骨关节炎，而髋部、大腿的脂肪多却很少引起骨关节炎。

第三，种族因素，西方人髋关节骨关节炎的发生率高，而东方人膝关节骨关节炎的发生率高。

第四特殊职业人员，如矿工、挑山工等重体力劳动者，职业运动员或舞蹈演员等，主要是由于关节反复过度使用，关节软骨损伤逐渐累积导致。

第五关节损伤也是引起骨关节炎的一个重要因素，如关节周围的韧带损伤引起关节不稳，半月板损伤或关节内骨折等

此外基因改变、关节软骨营养代谢障碍、代谢异常等也可能造成骨关节炎。

6. 为什么要重视骨关节炎的防治？

骨关节炎是最常见的关节病，随着年龄增大，患病率迅速上升。世界卫生组织统计，骨关节炎在女性患病率占第四位，在男性患病率占第八位。超过 65 岁人群中 50% 以上有骨关节炎的 X 线片证据，但是有 25% 会有症状。75 岁以上人群中 80% 会出现症状。在美国 50 岁以上男性中，骨关节炎是仅次于缺血性心脏病导致工作能力丧失的第二位原因，可使劳动力丧失达 53%。在我国，老年人口在一亿以上，约有 8000 万人会有骨关节炎的 X 线表现，约有 4000 万人会有症状。几年前北京的一项调查显示，60 岁以上的人群中，有症状的男性骨关节炎患者占 5.6%，女性占 15%，而 X 线片上发现有骨关节炎影像表现者男性占 21.5%，女性占 42.8%。

随着人口的老齡化，我国已进入老齡化国家，骨关节炎患者数量会不断增加，治疗这种疾病还将耗费巨大的医疗保健资源。以往，各国政府和社会对骨关节炎

的防治重视不够，在我国也存在这个问题，患者对骨关节炎的危害性认识不足，对手术治疗也有顾虑。因此，世界卫生组织将 21 世纪的最初十年命名为“骨与关节十年”，1999 年 11 月联合国秘书长安南签署正式支持文件，2000 年 1 月 13—15 日 WHO 在日内瓦正式在全球启动此项活动，750 个医疗机构签署文件，37 个国家政府支持“骨与关节十年”活动。世界卫生组织确定通过十年的努力，将骨关节炎的发病率降低 25%。每年 10 月 12 日确定为“世界关节炎日”，其目的也是提醒人们重视对骨关节炎的防治。我国卫生部副部长黄洁夫在 2002 年代表中国政府宣布：中国正式加入全球“骨与关节健康十年行动”。并已于 2001 年在北京设立了以提高关节炎疾病基础与临床研究水平、加强民众相关疾病防治科普教育为目标的“卫生部关节炎防治教育计划”基金。中华骨科学会也及时组织全国骨科顶级专家制定了关节炎治疗指南，经过十余年的努力，对骨关节炎的规范阶梯治疗已在全国二甲医院蓬勃开展，我院 1997 年开展人工髌、膝关节置换手术，2010 年开展膝关节镜微创手术，对膝关节骨关节炎的早期、中期、晚期均有规范化的治疗对策。

7. 膝关节的基本结构与功能

膝关节是人体最大的负重关节之一，由股骨远端、胫骨近端以及髌骨构成。1 关节内的辅助结构有前、后交叉韧带和内、外侧半月板。关节囊较薄而松弛，附着于各个骨的周缘。关节囊的周围有韧带加固。前方有髌腱、内侧有胫（内）侧副韧带、外侧有腓（外）侧副韧带。除关节软骨及半月板的表面以外，关节内所有的结构都被覆着滑膜组织。滑膜具有丰富血管，滑膜细胞分泌透明质酸进入关节液，起到润滑和营养关节的作用。在正常的膝关节内有 1—2 毫升关节液。

8. 半月板的作用是什么？

- (1) 承载负荷
- (2) 保持关节稳定
- (3) 增加关节的润滑
- (4) 吸收震荡功能
- (5) 本体感觉功能

一旦半月板出现撕裂，会造成关节疼痛或交锁，影响关节功能并造成关节退变。

9. 膝关节常发生哪些运动损伤？

- (1) 半月板损伤
- (2) 内侧副韧带损伤
- (3) 前交叉韧带损伤
- (4) 外侧副韧带损伤
- (5) 韧带复合体损伤
- (6) 髌骨软化症
- (7) 跳跃膝 又称髌腱炎

10. 半月板损伤有什么症状？需要做哪些辅助检查？如何治疗半月板损伤？

多数有明显外伤史。急性期膝关节有明显肿胀、疼痛和积液，关节屈伸活动障碍。急性期过后，肿胀和积液可自行消退，但活动时仍有疼痛，尤以上下楼、上下坡、下蹲起立、跑、跳等动作时疼痛更明显。严重者可跛行或屈伸功能障碍，部分患者有交锁现象，或在膝关节屈伸时伴有弹响。

MRI 等半月板损伤的诊断率可达 95% 以上。膝关节负重位正、侧位 X 线片可排除其他关节疾患。关节镜可直接观察半月板损伤的部位并进行治疗。

关节损伤的早期，如关节有明显积液，可以早期支具保护下减少负重活动，冰敷，待关节肿胀消退后，完善检查和治疗。通过直腿抬高练习积极锻炼股四头肌，防止肌肉萎缩。对早期怀疑半月板损伤的患者，可行急诊关节镜检查，早期处理半月板损伤，缩短疗程，提高治疗效果，减少创伤性关节炎的发生。在半月板损伤的慢性期，如经非手术治疗无效，症状和体征明显，诊断明确者，应及早手术治疗，以防发生退行性骨关节炎。半月板手术在关节镜下完成，属于微创手术，创伤小，恢复快。

11. 骨关节炎可能累及哪些关节？

- (1) 膝关节
- (2) 脊柱关节炎
- (3) 肩周关节炎
- (4) 手部关节炎
- (5) 髌关节炎

12. 膝关节骨关节炎为什么容易出现上下楼困难？

绝大多数原发性膝关节骨关节炎患者发病早期多表现为髌骨和股骨滑车之间的软骨磨损或破坏，称为髌股关节炎，又称“髌骨软化”。这是因为上下楼或蹲起时髌股关节面受力最大，所以会出现疼痛或走路“打软腿”。出现这些症状后，要多锻炼股四头肌并避免过多上下楼、爬山、站桩、蹲起、太极拳或太极剑

等动作，以减少髌股关节面的压力。疼痛严重时需服用止痛药或去医院就诊。

13. 什么是骨刺？走路能把骨刺磨掉吗？药物能溶掉骨刺吗？骨刺需要手术切除吗？

骨刺又叫骨质增生，或骨赘，是关节退变的一种病理表现。“骨刺”的叫法并不确切，关节疼痛也不是“骨刺”扎的。“骨刺”既不能吃药“溶解”掉，也不能通过走路、按摩、推拿等方法使其消失。应到正规医院请教骨科医生，做出明确诊断后再行治疗。

走路，遛弯是不能把骨刺磨钝、磨掉的，反复负重刺激，会加快关节内渗出，使炎症、疼痛越发严重。尤其是踩踏鹅卵石铺就的高低不平的路面，对已有骨质增生、关节面不平整的老人，极易引起关节扭伤，甚至骨折等。在治疗期间，尽量减少关节负重活动，可取仰卧或坐位做直腿抬高练习，锻炼股四头肌，增强保护关节的肌肉力量，促进关节的血液循环，加速炎症的吸收，以利康复。

众所周知，骨质增生的成分是类骨质。若有人吹嘘有溶掉骨刺的特效药，纯属子虚乌有。世界上还没有这种“仙丹妙药”，骨刺并非是造成关节炎症状的主要原因，尽管药物不能除掉骨刺，但是在医生的指导下，正确选用消炎止痛以及改善病情类药物，可以有效抑制关节炎，减轻关节症状。

大部分骨赘是不需要手术切除的，只有增生的骨赘引起关节撞击症状，或者导致关节活动受限，或者刺激关节韧带引起疼痛者，才行骨赘切除。例如：膝关节髌间窝增生的骨赘，影响膝关节伸直时需要切除；髌骨上极不稳定的骨赘，刺激股四头肌引起疼痛时要考虑切除；对侧副韧带和前交叉韧带造成撞击的骨赘也需要切除。

14. 老年骨关节炎患者应该减少活动吗？

许多老年患者患上骨关节炎后，总是很少活动。一些患者就是否随着年龄的增加，应该减少活动以保护关节的问题提出咨询。临床上，长时间的卧床和关节制动可能导致关节僵硬，造成关节的进一步损害。实际上老年患者保持中度活动量并不增加骨关节炎的危险性，甚至解剖或力线不正常患者都能够从正规的锻炼中受益。

对轻、中度骨关节炎患者，精心设计的锻炼项目能够维持或增加受累关节的活动度，增加全身肌力，使患者的活动能力增加。锻炼项目应包括三个方面：增

加关节活动度的屈伸锻炼；增加肌力的训练；增加耐受性和减轻疲劳的有氧锻炼。如：游泳、散步、骑自行车等。手术患者在术前熟悉康复练习，将会显著提高术后的效果。

15. 为什么年轻人要防止关节损伤来预防骨关节炎？

研究显示：那些在 10--20 岁时膝关节受到外伤的人，比没有膝关节损伤的同龄人在今后的生活中发生膝关节骨关节炎的风险增加了 3 倍，在成年后发生膝或髌关节损伤的人发生膝或髌骨关节炎的风险分别增加了 5 倍和 3 倍以上。这提示我们应该在人们发生关节炎以前，即在症状出现以前采取预防措施。许多损害与运动有关，年轻人应该更注意运动安全，受伤后积极采取措施。

16. 骨关节炎初期有什么信号？

骨关节炎的控制关键在于早发现、早治疗。有五大信号能够提醒我们“该是去医院做个检查的时候了”。

- (1) 关节疼痛及压痛
- (2) 关节僵硬
- (3) 关节肿大
- (4) 骨擦音
- (5) 关节活动障碍

膝关节骨关节炎的早期表现并不明显，容易延误治疗，因此不要忽视身体的任何细微的不适。

来做个测验吧：

您的膝关节在走平路或上下楼梯是否有乏力和疼痛感？晨起或运动后是否有不能伸直或弯曲的症状？如果您的答案是肯定，那么您有可能患有早期的膝关节骨关节炎。如果您有下列症状：大腿肌肉不明原因萎缩；活动时可听到关节响声或有摩擦感；活动后容易出现肿胀，疼痛等，则表明您的关节炎已经发展到一定程度。

17 骨关节炎有哪些典型表现？

骨关节炎最常见的症状表现为：(1) 关节疼痛、肿胀 (2) 关节僵硬 (3) 关节活动受限

18. 怎样诊断膝关节骨关节炎？

(1) 症状和体征 如膝关节疼痛、肿胀、僵硬感及关节变形等。膝关节骨关节炎最常见的症状是膝关节疼痛和僵硬感，明显的特点是疼痛和僵硬感在活动后减轻，而刚开始活动时疼痛较为严重，医学上称为开步痛；休息后膝关节可有僵硬感，活动欠灵活，改变体位比较困难。还有的患者诉说夜里睡觉时膝关节疼痛明显，医学上称为休息痛；有的患者可伴有膝关节肿胀，活动范围受限，患者常诉膝关节不能伸直，下蹲困难，还可见肌肉萎缩或关节变形，形成膝关节屈曲挛缩畸形。

(2) X线片 对于膝关节骨关节炎的患者，最有效的检查就是拍摄膝关节负重位正、侧位X线片，在X线片上按病情轻重而出现以下改变：(1) 关节间隙变窄；(2) 软骨下骨质硬化；(3) 关节周缘骨赘形成或游离体；(4) 软骨下骨质出现囊性变，有极少数患者出现穿凿样改变；(5) 关节表现内翻或外翻畸形，或者呈半脱位改变；应该指出：骨关节炎的X线表现与临床症状并不平行，即X线表现严重的膝关节症状并不一定比X线表现轻的关节严重。

(3) 骨关节炎无特异性的实验室检查。

鉴别诊断：对于伴有发热及多关节疼痛的患者应查血常规、红细胞沉降率、及C-反应蛋白，以排除风湿、类风湿和感染性关节炎；CT及MRI；关节滑液检查可发现关节积血、微生物和尿酸盐结晶，对创伤性关节炎、感染性关节炎和痛风性关节炎具有确诊价值；关节镜与滑膜活检等。

19. 骨质疏松症和骨关节炎是一回事吗？

一些老年人分不清自己患的到底是骨质疏松症还是退行性骨关节炎，不知道究竟该做什么样的运动。或片面强调运动对骨质疏松症的重要性，加大日常负重锻炼，却不知因此而增加膝关节的负担，加重膝关节骨关节炎的发展；或因害怕运动会加重膝关节骨关节炎的疼痛而不敢运动，这样导致骨质疏松症得不到有效的治疗。因此老年人需要了解骨质疏松症和骨关节炎之间的区别。实际上这是完全独立的两种疾病。老年人骨质疏松症是一种全身性表现，而骨关节炎是由于局部关节软骨磨损，软骨下的骨暴露之后，面对应力的不断刺激，而在局部产生的代偿性的骨质增生，。老年人可以同时患有这两种疾病。

老年人在运动锻炼前应寻求医生的帮助，按照自己的健康情况，量体裁衣，

使运动计划个体化。在骨质疏松症与骨关节炎之间取得平衡，既改善骨质疏松症，又不增加膝关节的负担，不加重退行性关节炎的病情。游泳和骑车都是很好的选择。

20. 骨关节炎的治疗总体上是怎样的方案？

根据疾病程度不同，患者的年龄和活动量不同，治疗方案各不相同：（患者及家人考虑）

轻度：避免使症状加重的活动，非药物治疗以减轻症状。

中度：采用辅助行走、体疗和镇痛药来缓解症状。

重度：综合采用各种治疗方式，甚至可以通过外科手术解决疼痛、矫正畸形、改善功能。

或者根据疾病分期不同，选择不同的治疗方案：（医生考虑）

早期骨关节炎：以保守治疗为主，应按医生医嘱减轻体重，股四头肌有氧功能锻炼或外用止痛药物或其他治疗。

中期骨关节炎：根据时有肿胀，经常出现疼痛，有交锁症状，一定程度上影响生活，除了要服用药物外，关节镜和截骨治疗也是选择之一。

重度骨关节炎：已产生明显的畸形，关节间隙狭窄或接近消失，症状持续不减，可考虑采取人工膝关节置换手术。

21. 骨关节炎患者要进行哪些自我教育？

与医生积极配合对于治疗骨关节炎是极有益处的。您可以通过下面的方法来改善您的状况：

（1）学习尽可能多的有关骨关节炎的知识，告诉医生您病情的变化。

（2）花一些时间思考一下什么是您不能做的活动，然后集中精力去做您可以做的活动，发现新的活动方式，增加您的兴趣和信心。

（3）将您的感觉和问题及时与家人和朋友交流，取得他们的理解与帮助，学习乐观的去看问题。

22. 用于治疗骨关节炎的药物有哪些？

治疗骨关节炎的药物主要分两大类：一类为改善症状药物，用于缓解症状，对症治疗。另一类为改善病情药物，可以改善疾病进展，对因治疗。

（1）改善病情药物：硫酸氨基葡萄糖可以帮助软骨修复。经临床验证，硫酸氨基葡

葡萄糖同时具有生理、药理和抗炎作用，副作用小，安全性高，疗效持续时间长。

(2) 改善症状类药物:

1) 止痛药:通常有两种:一是阿片类止痛药, 一非阿片类止痛药。

2) 局部涂抹药膏或贴膏药

3) 注射糖皮质激素~关节封闭

4) 透明质酸治疗法~关节腔注射玻璃酸钠

但是目前尚无一种药物可以使骨关节炎的病程逆转和停止。药物治疗只能在一段时间内减轻症状, 因此许多患者最后发展到中晚期, 就不得不接受手术治疗。

23. 骨关节炎治疗存在哪些误区?

误区一:骨关节炎需要使用抗生素治疗

误区二:药物可以软化骨刺

误区三:消炎止痛药物没有不良反应

误区四:多种镇痛药可以同时用

误区五:中药治骨关节炎副作用小

误区六:盲目按类风湿关节炎进行治疗

误区七:运动会加速关节老化

误区八:爬山锻炼膝关节

24. 关节腔内注射药物能治疗骨关节炎吗?

可以在关节腔内注射的药物主要有两种:一种是激素类药物, 如曲安奈德。虽然可以暂时减轻疼痛, 然而多次关节腔内注射可导致激素性关节病。大多数医生建议每年同一部位注射不要超过3次。注射后注意休息。封闭后第一个6小时, 最好不要过度使用关节, 1~2天减少负重。注意观察不良反应, 如感染等, 及时处理。另一类是透明质酸类制剂, 如玻璃酸钠注射液, 每周1次, 关节腔注射, 连续5周为1疗程。对骨关节炎的治疗要着眼于早诊断、早治疗及长疗程。

25 治疗骨关节炎的手术方法有哪些?

(1) 关节镜清理术

(2) 截骨术

(3) 人工膝关节置换术

26. 关节镜微创手术治疗骨关节炎的作用如何?

当轻、中度膝关节炎保守治疗无效时，可采用关节镜清理术。半月板部分切除，软骨成形，切除炎性滑膜，清除软骨、骨、半月板碎片，取出关节游离体，去除妨碍关节活动度的骨赘，能获得缓解疼痛、改善关节功能作用，有效率为 80%，疗效可维持 3 年左右，与其他手术相比有不可替代的优点。但对于关节严重破坏的患者，当合并内翻或外翻畸形，或屈曲挛缩畸形时，疗效并不满意或症状很快复发。

27. 休息和锻炼之间的火候怎么掌握？

有许多患者得了骨关节炎后因害怕疼痛不敢活动，甚至卧床不动，其实这样对保护关节不利。时间长了，反而会引起髌骨软化、骨质疏松、肌肉萎缩等一系列并发症，进一步加剧关节损伤和不稳定。因此，有骨关节炎的人，既要避免膝关节过度疲劳，又要进行适度的功能锻炼，以增加膝关节的稳定性，防止腿部的肌肉萎缩。

总的原则是休息关节，锻炼肌肉。

对骨关节炎患者来说，游泳、散步和蹬车是最好的运动方式，既不增加膝关节的负荷，又能让关节周围的肌肉和韧带得锻炼。游泳对颈椎、肩关节、膝关节等都有保健作用，同时对糖尿病，高血压也有一定的治疗作用。散步是一种最经济、最安全、最适宜长期坚持的运动方式。关节炎患者散步时步幅不要太大，速度不要太快，距离不要太远。还可以在床上做直腿抬高运动，用大腿带动小腿，膝关节不弯曲，必要时可以在脚踝部放个沙袋，增加锻炼强度。关节炎患者不适宜进行一些剧烈的活动，如蹲马步、蹲下起立、爬楼梯、登山等。

锻炼以不觉得过度疲劳为宜，不要导致肌肉过度疲劳，不增加关节疼痛症状。

28. 怎样预防膝关节骨关节炎？

俗话说，人老先老腿，防老先护膝。预防膝关节骨关节炎必须从年轻时做起，应注意：

(1) 保持正常体重，肥胖的关节炎患者要将减肥列入保健治疗计划之中，减轻膝关节负重。

(2) 避免关节外伤。

(3) 中老年人要关注自己是否有骨质疏松，可以进行骨密度检查，在专业医生的指导下，控制骨质疏松，延缓骨关节退行性变的病情进展。

(4) 中老年人在长距离行走前，要准备好保护膝关节的护具。

(5) 合并腰椎病的患者，要注意控制腰椎病变的进展，腰椎不好，膝关节在活动或运动中的保护作用会减弱，加速膝关节病变的进展。

(6) 避免过度蹲起，或者深蹲位做家务。还应避免长时间站立。

(7) 中老年人要避免参加对骨关节冲击力大的健身运动，如跳绳，打球等跳跃性较大的运动，建议选择骑自行车、游泳为健身锻炼项目。打太极拳时应尽可能提高身体重心。

(8) 已经患有骨关节炎的老人，居住房间应向阳、通风，温度和湿度适宜，避免关节受凉。座椅的高矮，应以站起坐下不负重为宜，床铺也最好以硬木床代替软床。

(9) 当关节疼痛时，可以在医生指导下选择合适的药物治疗，包括消炎止痛类药物和氨基葡萄糖等，也可以在家进行热敷或者到医院康复医学科接受理疗康复治疗或佩戴专用的支具。

29. 老年人爬山，爬楼或太极拳锻炼是否对膝关节有好处？

中老年人喜欢锻炼，选择爬楼梯、打太极拳等运动。殊不知，在爬楼梯时，膝关节所承受的压力是人体自身重量的3倍左右。长期承受这样的压力，很容易患膝关节炎。对已有膝关节炎的患者来说，上下楼梯会对膝关节软骨造成进一步损害。太极拳的标准动作重心较低，并且要缓慢进行，这样会使关节的负荷过大，加速了关节软骨的磨损。爬山、爬楼、蹲起等动作会对膝盖前方的髌骨产生很大的压力，特别是下山或者下楼梯的压力又比上楼梯的压力高出2~3倍，很容易加重髌骨磨损，加重膝关节疼痛。建议尽量减少这种活动，家住高楼者多坐电梯，如果没有电梯，则减少上下楼次数，最好不拎重物上下楼。

30. 什么是人工关节置换术？

通过手术用人工关节替换掉病变磨损的关节，重建无痛、稳定而有功能的关节，称为人工关节置换术。

31. 人工膝关节的使用期限和疗效怎样？

人工关节手术的最大好处在于能够减轻关节疼痛，改善关节的功能，提高患者的生活质量，从而使患者能够很好地工作和生活。成功的人工膝关节置换手术后可以使患者无痛地生活并满足日常活动，对于已发生破坏的膝关节来说，其他任何

治疗方法均不能达到同等疗效。目前，越来越多的患者乐于接受人工膝关节置换手术治疗这一建议。

人工膝关节的使用寿命问题，主要是关节的磨损问题。磨损颗粒造成假体松动。人工膝关节材料的强度和耐磨性一般可以满足患者 20 年以上。现在的人工关节超过 90%可以使用超过 20 年。当然人工关节的使用寿命还和许多因素相关，如患者的运动量、人工假体的选择、医生的手术技术以及自身条件等。因此传说“人工关节只能用 10 年”的说法是不正确的。

现在人工膝关节置换手术正走向”微创、无痛、快速康复”及计算机导航精准治疗时代，人工关节的明天会更美好！骨关节炎患者的春天已经到来！

32. 安装人工关节假体后能否进行 MRI 检查？

大多数关节植入物以及用于治疗骨折的螺钉、钛板和金属棒都是非铁磁性物质生产的，因此可以安全地进行 MRI 检查。不会对患者造成伤害。但是，如果 MRI 要检查的部位太过靠近假体时，人工关节的金属成分会导致图像扭曲变形，严重者图像可能无法用于诊断。关节置换的患者在进行 MRI 检查前，应告知工作人员，以保证检查安全、有效地进行。如果患者在 MRI 检查过程中手术部位出现疼痛也要终止 MRI 检查，以保证患者的安全。

33. 国产与进口的人工关节治疗效果上是否有很大区别？

过去，国产和进口的人工关节假体在质量上确实存在着差距。但近年来随着对外技术交流和制作工艺的改进，国产人工关节的质量有了极大提高。个别合资公司的产品可以与进口产品相媲美，在产品质量得到保证的前提下，使用国内品牌的人工关节假体，无论是对发展民族工业，还是节省医疗费用，都是十分有益的。至于国产关节和进口关节哪个效果更好，或者使用寿命更长，目前国内还没有这样的研究数据发表。

选择进口还是国产人工关节，可根据以下方面来考虑：

- 1) 患者的经济实力。
- 2) 病情是否特殊，必须使用进口关节。
- 3) 如果患者岁数较大，平时活动量也不多，选择余地会大一些。
- 4) 向专业医生咨询。

34. 人工膝关节置换术适用于什么样的患者？

全膝关节置换手术主要用于晚期关节病变，伴有关节疼痛、畸形、功能受限，严重影响日常生活，经保守治疗无效或效果不明显者。

实际上，很多患者有这样的亲身体会，自己最终是否接受人工膝关节置换手术，往往需要听取家属、医生甚至有同样经历的病友的建议和鼓励。

如果您有下列情况，一般来讲，人工膝关节置换术对您会有较好的治疗效果：

- 1) 严重关节疼痛，影响您的日常活动，例如行走、上下楼梯、坐起。您可能发现自己已经走不了 500 米，关节就会出现严重的疼痛。日常活动离不开拐杖或习步架。
- 2) 持续的、不分昼夜的膝关节疼痛，休息也不能缓解。
- 3) 慢性膝关节炎症和肿胀，休息或药物无法缓解。
- 4) 关节畸形。
- 5) 关节僵硬，不能打弯或伸直。
- 6) 对止痛药物不能耐受或其副作用较大。
- 7) 对其他治疗如关节腔激素注射、理疗或其他手术治疗无效的患者。

35. 人工膝关节置换术的安全性怎么样？

人工膝关节置换术属于择期手术，术前应该向患者告知手术的风险和术后能够达到的疗效，患者和医生之间在手术疗效和期望值上存在的差异应该在术前得到统一。按既往惯例，人工膝关节置换术的最佳年龄范围是 60 岁以上。对于年龄小于 50 岁的患者应尽量选择其他的手术方式治疗，如截骨矫形术或单髁置换术。虽然高龄不是手术的绝对禁忌证，但是如果合并全身性疾病，那么术后并发症的发生率就会增高。

在手术之前我们会认真的对患者的全身情况进行评估。对每个患者都要问自己三个问题：

- (1) 这个手术是否应该做（是否有手术指征）
- (2) 对这个患者来说，手术会有哪些风险？能平安度过手术的打击吗？（风险评估）
- (3) 手术的效果如何？（预后评估）

除了我们自己评估外，我们还会请心内科、内分泌科、神经内科、麻醉科等相关医生会诊，其目的只有一个，那就是要确保手术安全。

人工膝关节置换术后并发症主要包括：

切口愈合问题、切口及深部感染问题、深静脉血栓形成和肺栓塞、肺部感染、心脏事件、髌骨骨折或髌腱撕脱、关节不稳、关节强直、对线异常、神经血管损伤等

人工膝关节置换术后需要翻修的概率随着时间的推移将会越来越高，其术后 10 年的翻修率为 10%，随访 20 年假体翻修率为 20%，接近每年增加 1%。

防止手术失败，确保手术成功关键在于严格掌握人工关节置换的适应证和禁忌证。正确的选择病人，正确的手术设计，正确的手术操作以及建立规范化治疗团队和定期随访制度是提高手术成功率的正确选择。

36. 什么样的人不适合做人工膝关节置换手术？

人工膝关节置换术的禁忌证包括：

- (1) 膝关节周围或全身存在活动性感染病灶应为手术的绝对禁忌证。
- (2) 膝关节周围肌肉瘫痪。
- (3) 全身情况差不能耐受手术的，待全身疾病得到控制后方可考虑手术。
- (4) 其他可预见的导致手术危险和术后功能不良的病理情况。
- (5) 对无痛且长期功能位融合的患者不应作为人工关节置换的适应证