

恩丹西酮和氟哌利多对预防术后自控镇痛相关恶心、呕吐、锥体外系反应的对比观察

田金美

(浙江省长兴县中医院 长兴 313100)

关键词: 自控疼痛; 副作用; 恩丹西酮; 氟哌利多; 对比观察

中图分类号: R 614.4⁺2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)06-0043-002

1 资料与方法

1.1 一般资料 100 例年龄 20~60 岁, 体重 45-60Kg, ASA I-II 级择期进行股骨头置换术。术前均无恶心呕吐, 无肝肾功能及神经系统疾病。

1.2 麻醉方法 硬膜外阻滞穿刺点选 L_{1,2}, 向头端置管 3cm, 注入试验量 1.5%利多卡因 5mL, 观察 5~10min, 出现阻滞平面, 再注入 1.6%利多卡因和 1%丁卡因混合液 8~12mL, 阻滞平面在 T₆-S₄ 之间。视情况间断追加上述混合液 4~6mL, 术后经静脉注射止痛泵 (PCA), 连续 48h 微泵输注 (2mL/h)。将上述患者随机分为 2 组, 每组 50 例。镇痛药配方为: I 组: 芬太尼 0.5mg+ 曲马多 600mg+ 枢丹 4mg, II 组: 芬太尼 0.5mg+ 曲马多 600mg+ 氟哌利多 5mg, 配方均用生盐水配至 100mL。

1.3 观测项目

1.3.1 观察 PCA 开始后 2、4、8、12、24h 患者心率、血压、脉搏血氧饱和度 (SPO₂) 及各个时段 2 组恶心呕吐发生率。

1.3.2 观察 PCA 开始后 2、4、8、12、24h 患者镇痛及镇静评分, 镇痛评分采用视觉模拟评分 (VASF), 镇静评分采用 Ramsay 评分法: I 级, 清醒、烦躁不安; II 级, 清醒、安静合作; III 级, 欲睡、仅对指令有反应; IV 级, 入睡、对呼唤反应敏捷; V 级, 入睡、对呼唤反应迟缓; VI 级, 嗜睡、难以唤醒。从 I~VI 级相应地设定为 0~6 分。

1.3.3 观察患者术后 0~2h、2~4h、4~8h、8~12h、12~24h 5 个时段中 2 组恶心呕吐发生率及锥体外系发生率。

1.4 统计分析 数据采用均值±标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 组间

计量资料采用配对卡方检验, 计数资料采用卡方检验。所有数据均采用 SAS8.0 进行统计学处理, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

观察到患者 97 人。2 组患者年龄、性别、体重、手术种类均无显著差异, 见表 1。2 组患者血压、心率、SpO₂, 24h 内无显著差异, 且无 1 例出现呼吸循环功能障碍。24h 内 VAS 评分 2 组无显著差异 ($P > 0.05$), Ramsay 镇静评分、锥体外系发生率有明显差异 ($P < 0.05$)。I 组呕吐发生明显减少 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 2 组一般情况 ($\bar{X} \pm S$)

组别	年龄 / 岁	性别 / (例, 男 / 女)	体重 / kg	股骨头置换术 / 例
I 组	45 ± 20	21 / 28	50 ± 10	49
II 组	40 ± 22	29 / 19	45 ± 12	48

表 2 Ramsay 评分、PONV 发生率等 例 (%)

组别	n	Ramsay 评分						PONV 发生率	锥外系发生率
		I	II	III	IV	V	VI		
I 组	48	2(4.16)	38(79.2)	3(6.25)	5(10.4)	0	0	5(10.4)	0
II 组	149	3(6.12)	32(65.3)	4(8.16)	7(14.3)	2(4.08)	0	15(30.6)	2(4.08)

3 讨论

术后镇痛已普遍开展, 但还存在一定的副作用, 包括恶心呕吐、呼吸抑制、锥体外系在内的不良反应。积极预防其副作用迫在眉睫^[1]。曲马多通过弱阿片和单胺介导的抗伤害刺激机制的协同作用产生镇痛作用^[2], 由于其呼吸抑制及依赖性成隐性小, 已广泛应用临床治疗^[3]。但曲马多 PCA 恶心呕吐发生率高^[4], 限制其在疼痛中应用, 因此如何控制曲马多相关恶心呕吐便十分关键。恩丹西酮和氟哌利多均可控制呕吐

苔黄腻, 脉滑实。实验室检查: 血常规在正常范围, 腹部 B 超无异常发现。大便培养 3 次, 无病原体发现。电子肠镜检查显示: 乙状结肠黏膜弥漫性充血、水肿, 伴轻度糜烂, 可见 3~5mm 浅小溃疡 2 处。诊断: 慢性溃疡性结肠炎。予中药大黄 10g、三七粉 5g、蒲公英 30 克, 煎煮取汁保留灌肠 1 个月, 腹泻腹痛消失。复查结肠镜: 乙状结肠黏膜充血、水肿基本吸收, 溃疡愈合, 随访半年余未复发。

5 讨论

溃疡性结肠炎临床表现以腹泻、解粘液脓血便、腹痛、里急后重为主, 症状与中医“痢疾”十分接近, 故可按“痢疾”进行辨证治疗。本病的发生与感受外邪及饮食不节有关, 其病位在肠。外感湿热之邪或平素好食肥甘厚味, 酿生湿热, 湿热壅滞肠中, 气血与之相搏结, 使肠道传导失司, 脉络受伤, 气

血凝滞, 腐败化为脓血, 而出现腹泻、黏液脓血便, 湿热内结或饮食内阻, 以致腑气不通, 则腹痛、里急后重。

根据以上病机, 治疗当以清热利湿、导滞通腑、活血祛瘀为法。湿热乃“痢疾”的主要病因, 故首当清利湿热。导滞通腑、活血化瘀, 为针对气滞血瘀病机之治法。所谓“行血则便脓自愈, 调气则后重自除”。方中重用蒲公英清热利湿, 切中病因; 大黄导滞通腑, 腑气通则腹痛、里急后重自除; 田三七活血散瘀, 加大黄也有活血化瘀、泻火凉血之功, 凉血、凉血则脓血便自止, 祛瘀又能促进生新, 利于溃疡愈合。

以上三药合用, 切中该病病机。该病病位在肠, 采用保留灌肠的用法, 药物能直达病所。因此, 临床治疗取得较好的效果。

(收稿日期: 2005-05-12)

芬太尼透皮贴剂治疗晚期癌痛的疗效观察

罗卫芳

(广东省佛山市顺德区中西医结合医院 佛山 528300)

关键词:肿瘤;并发症;疼痛;芬太尼透皮贴剂;疗效观察

中图分类号:R 730.53

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)06-0044-02

2003 年 1 月~2005 年 3 月, 我科采用西安扬森公司生产的芬太尼透皮贴剂(商品名为多瑞吉)对 40 例中重度癌痛患者进行镇痛治疗, 取得了较好的止痛效果。现总结报道如下:

1 一般资料

2003 年 1 月~2005 年 3 月我院治疗晚期癌症伴中重度疼痛患者 40 例, 男 32 例, 女 8 例, 年龄 42~75 岁; 原发肿瘤: 舌癌 5 例, 肝癌 8 例, 肺癌 12 例, 乳腺癌 10 例, 喉癌 5 例。所有病例均有病理或细胞学诊断, 疼痛性质均为持续性隐痛, 疼痛部位有内脏痛、骨痛、神经痛和软组织痛。根据 0~10 度划线法(VAS)记录并分级^[1], 0 为无痛, 10 为极度疼痛, 1~3 级为轻度疼痛, 4~6 极为中度疼痛, 7~10 为重度疼痛。本组 40 例, 治疗前疼痛程度为中度疼痛 26 例, 其中舌癌 3 例, 肝癌 6 例, 乳腺癌 6 例, 肺癌 8 例, 喉癌 3 例; 重度疼痛 14 例, 其中舌癌 2 例, 肝癌 2 例, 肺癌 2 例, 乳腺癌 4 例, 喉癌 2 例。

2 治疗方法

对既往未使用过强阿片类镇痛药的患者, 初始剂量为 2.5mg(释放芬太尼 25 μ g/h); 对已使用过强阿片类镇痛药的患者, 以下列转换公式进行剂量转换。芬太尼每小时释放剂量(μ g)=每天口服吗啡剂量(mg)。使用时选择躯干、上臂无毛平坦区域, 用清水洗净局部皮肤, 干燥后贴上药物, 注意让药膜平整充分地接触皮肤, 穿宽松全棉衣服, 防止除衣服时脱落。更换贴膜时, 要调整部位, 芬太尼贴剂 3 天更换 1 次, 同时调整剂量直到疼痛有所缓解。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准 疼痛缓解度分: 0 度(未缓解), 疼痛未减轻; I 度(轻度缓解), 疼痛约减轻 1/4; II 度(中度缓解), 疼痛约减轻 1/2; III 度(明显缓解), 疼痛约减轻 3/4 以上; IV 度

(完全缓解), 疼痛消失。疼痛缓解率是指中度以上疼痛缓解占全部病例之比。

3.2 治疗结果 本组 40 例, 完全缓解 5 例(12.5%), 明显缓解 24 例(60%)、中度缓解 8 例(22.0%), 轻度缓解 3 例(7.5%), 镇痛有效率 72.5%。中重度癌症的镇痛缓解情况, 见表 1。

表 1 芬太尼贴剂对中重度癌痛患者的镇痛缓解情况 例(%)

疼痛程度	n	治疗效果(缓解度)					有效率
		0	I	II	III	IV	
中度	26	0(0)	0(0)	3(11.5)	19(73.4)	4(15.4)	23(88.5)
重度	14	0(0)	3(24.4)	5(35.7)	5(35.7)	1(7.1)	6(42.9)
合计	40	0(0)	3(7.5)	8(20.0)	24(60.0)	5(12.5)	29(72.5)

芬太尼贴剂对中度癌痛治疗有效率和完全缓解率均显著高于重度者, 差异均有显著意义 $P < 0.05$, 见表 1。主要的不良反应为头晕 10 例(25%), 恶心 7 例(17.5%), 呕吐 5 例(12.5%), 嗜睡 5 例(12.5%), 便秘 15 例(37.5%), 排尿障碍 4 例(10%)。

4 讨论

邱慧敏等报道^[2]芬太尼贴剂治疗晚期癌痛缓解率达 100%。本组 40 例中、重度癌疼患者, 完全缓解率为 12.5%, 总有效率为 72.5%, 表明芬太尼贴剂对中、重度癌疼有较好疗效。闫视成等^[3]报道芬太尼贴剂的最大剂量 300 μ g/h 获得明显缓解。本组最高剂量仅 200 μ g/h, 而 25 例(占 62.5%)患者最大剂量在 75 μ g/h 以下, 这显示芬太尼的体内代谢存在着个体差异, 因此剂量的确定必须依据患者的治疗反应。芬太尼透皮贴剂需要 8~12h 才能充分发挥镇痛作用, 在此期间出现疼痛时, 可通过给予阿片类药物辅助镇痛, 在首次使用芬太尼贴剂后大部分患者需要增加剂量。首次使用后至少 3d 才可增加剂量, 剂量确定后, 如果镇痛作用不充分或需要速

作用。

氟哌利多作用是作用多巴胺受体拮抗药, 通过阻断延髓中枢催吐化学感受 D_2 受体, 阻断脑干网状结构上行激活系统外侧部位的 α 受体, 抑制特异感觉传入冲动经侧支向网状结构的传导, 使皮层细胞兴奋性降低, 而达到镇静止吐作用, 并易引起锥体外系反应。恩丹西酮作为 5-HT₃ 受体拮抗剂, 能抗外围和中枢 5-HT₃, 从而阻断 5-HT₃ 受体引起的迷走神经兴奋所致呕吐反射, 抑制小肠 5-HT₃ 受体激活经迷走神经的传入冲动, 使其表现止吐作用更强, 副作用少, 没有过度镇静作用, 没有氟哌利多中枢神经系统及锥体外系反应^[4]。

参考文献

[1] Mathew PJ, Mathew JI. Assessment and management of pain in infants[J]. Postgrad Med J, 2003, 79: 438~443

[2] 刘国凯, 黄宇光, 章云飞, 等. 曲马多与吗啡患者自控镇痛的临床效果比较[J]. 临床麻醉学杂志, 2003, 19(4): 262~264

[3] 盛卓人, 王俊科. 实用临床麻醉学[M]. 第 3 版. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1996. 120~121

[4] Khalil S, Rodarte A, Weldon BC, et al. Intravenous ondansetron established postoperative emesis in children S31-381 study group[J]. Anesthesiology, 1996, 85: 270~276

(收稿日期: 2005-04-04)