

不同剂量氟比洛芬酯复合芬太尼用于开胸术后 静脉镇痛的临床观察

周艳¹ 孔明健² 李达¹ 郑艳萍¹ 熊平¹

(1 江西省南昌市第三医院 南昌 330009; 2 江苏省江阴市人民医院 江阴 214400)

摘要:目的:观察开胸手术患者术后不同剂量氟比洛芬酯联合芬太尼和芬太尼自控静脉镇痛效果、胸腔引流量及不良反应。方法:选择 90 例开胸患者,随机分为三组:A 组术后镇痛采用芬太尼 1.2mg;B 组术后镇痛采用氟比洛芬酯 100mg+ 芬太尼 0.6mg;C 组术后镇痛采用氟比洛芬酯 200mg+ 芬太尼 0.6mg。均用生理盐水稀释至 100mL。记录术后 4、8、24、48h 的镇痛评分(VAS)、镇静评分(RSS)、舒适度评分(BCS)、胸腔引流量和不良反应发生率。结果:术后各时间点,C 组和 A 组 VAS 评分无统计学差异($P>0.05$),B 组 VAS 评分均显著高于 A、C 两组 ($P<0.05$); 三种镇痛方案均提供满意的镇静, 术后 4h 点 A 组 RSS 评分高于 B、C 两组 ($P<0.05$),其余时间点三组间比较均无统计学差异($P>0.05$);术后各时间点,C 组 BCS 评分均高于 A、B 两组,差异有统计学意义($P<0.05$),A 组 BCS 评分高于 B 组($P<0.05$)。术后 48h 胸腔引流量经统计无明显差异($P>0.05$);B、C 两组不良反应发生率明显低于 A 组。结论:氟比洛芬酯 200mg 复合芬太尼 0.6mg 用于开胸患者术后镇痛效果良好,镇静满意,舒适持久,不增加术后出血,不良反应发生率较低。

关键词: 氟比洛芬酯;芬太尼;胸外科手术;术后镇痛

中图分类号: R614.24

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0031-02

开胸手术的创伤给患者带来严重痛苦,临床上常应用阿片类药物吗啡、芬太尼于胸科手术后镇痛,但其恶心、呕吐、嗜睡、呼吸抑制等不良反应发生率高。氟比洛芬酯是一种新型、非甾体类静脉注射的靶向镇痛药,目前在国外已经应用于术后镇痛。本研究观察不同剂量氟比洛芬酯复合芬太尼用于开胸术后静脉镇痛(PCA)的效果、胸腔引流量及不良反应,现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 90 例贲门或食道开胸手术,年龄 41~65 岁,ASA 分级 I~II 级,排除心肺功能异常、肝肾功能障碍、凝血功能异常、消化道溃疡及非甾体类镇痛药过敏者。随机分成三组,三组镇痛方案:A 组:芬太尼 1.2mg;B 组:氟比洛芬酯 100mg+ 芬太尼 0.6mg;C 组:氟比洛芬酯 200mg+ 芬太尼 0.6mg,均用 0.9%盐水稀释至 100mL。

1.2 麻醉方法 患者入室后常规监测 ECG、SPO₂。麻醉诱导:芬太尼 3~5μg/kg、丙泊酚 1~2mg/kg、罗库溴铵 0.6~1.0mg/kg,气管插管成功后接麻醉机机械通气,术中用 2.0%~3.0%七氟醚维持麻醉,间断注入罗库溴铵和芬太尼。手术结束,患者清醒后拔出气管导管送入外科监护室。

1.3 术后镇痛方法 采用上海博创医疗设备有限公司 BCDB 系列一次性使用电子镇痛输注泵,PCIA 设置为:背景剂量 2mL/h,负荷量 5mL,单次 PCA 剂量 2mL,锁定时间 10min。

1.4 观察指标 (1)记录术后 4、8、24、48h 疼痛评分(视觉模拟),肛门引流条张力过高、排便困难努挣有关。因此术中正确地操作,术前扩肛及术后适当地内括约肌切开是防止术后水肿的关键,还应注意保持术后第 1 次排便通畅。出现水肿后,笔者一般用中药皮硝 50g 温水坐浴,口服地奥司明片,多数经过治疗及痔核脱落后水肿消失,但本文中也有 125 例需要再次手术来修剪创面。

3.5 术后疼痛 术后疼痛是本术式的一大难题,术后 24h 切口疼痛最剧烈,痛的程度与手术切除范围、肛缘水肿、排便困难、括约肌痉挛及病人的耐受能力有关。术中要尽可能避免外痔创面的结扎,创面一定要剥离至齿线上再结扎,术后通

拟评分 VAS 法)、镇静评分(Ramesay RSS 法),以舒适评分(布氏评分 BCS 法)判断患者的满意程度。(2)监测患者的生命体征:SBP、DBP、HR、RR、SPO₂ 等。(3)记录术后不同时间胸腔引流量。(4)记录术后不良反应发生率。VAS 评分:0 分为无痛;1~3 分为轻度疼痛;4~6 分为中度疼痛;7~9 分为重度疼痛;10 分为剧烈疼痛;<3 分为良好,3~4 分为基本满意,≥5 分为差。RSS 评分:1 分为清醒、烦躁;2 分为安静合作;3 分为嗜睡,能听从指令;4 分为睡眠状态,可唤醒;5 分为呼吸反应迟钝;6 分为深睡状态,不可唤醒;其中 2~4 分为镇静满意,5~6 分为镇静过度。BCS 评分:0 分为持续疼痛;1 分为安静时无痛;2 分为深呼吸或翻身时疼痛,其他时间无痛;3 分为呼吸时亦无痛;4 分为咳嗽时亦无痛。

1.5 统计分析 所有数据用 SPSS12.0 统计软件进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,采用单因素方差分析;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 镇痛、镇静、舒适度比较 镇痛比较:术后各时间点,C 组和 A 组 VAS 评分无统计学差异($P>0.05$);B 组 VAS 评分均显著高于 A、C 两组 ($P<0.05$)。镇静比较:三种镇痛方案均提供满意的镇静,术后 4h 点 A 组 RSS 评分高于 B、C 两组 ($P<0.05$),其余时间点三组间比较均无统计学差异($P>0.05$)。舒适度比较:术后各时间点,C 组 BCS 评分均高于 A、B 两组,差异有统计学意义($P<0.05$);A 组 BCS 评分高于 B 组 ($P<0.05$)。见表 1。

过按摩肛门使结扎的痔核回纳有利减轻术后疼痛。

参考文献

[1]王净净.中医临床病证诊断疗效标准[S].长沙:湖南科学技术出版社,1993.361-362
[2]李志询.混合痔Ⅱ、Ⅲ期内痔大痔核分块结扎术的临床观察[J].中华现代外科学杂志,2006,3(2):179
[3]杨新庆.痔的外科治疗进展[J].中国现代手术学杂志,2003,7(3):169
[4]李春雨.外剥内扎加括约肌切断术治疗环形混合痔临床观察[J].结直肠肛门外科,2006,12(3):172

(收稿日期:2008-04-14)

内镜下射频治疗上消化道息肉和肿瘤的疗效观察

李婷婷 万巧

(中国人民解放军第九四医院 江西南昌 330002)

关键词:射频;上消化道;息肉;肿瘤;内镜下

中图分类号:R 735

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0032-02

内镜下射频治疗息肉、肿瘤是继微波、激光、高频电后的又一新的微创技术,具有操作简单、无痛苦、相对经济安全等优点^[1]。我科自 2001 年 12 月始开展内镜下射频治疗消化道息肉和肿瘤 51 例,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院胃镜检查发现的 51 例食道及胃息肉或肿瘤患者,其中男 30 例,女 21 例;年龄 30~79 岁,平均年龄 53 岁。胃息肉 41 例(共 49 枚),食管癌 3 例,胃癌 7 例。息肉多为广基或亚蒂,息肉直径小于 1cm 35 枚,1~2cm 14 枚,病理诊断腺瘤样息肉 18 枚,炎性息肉 31 枚。早期食管癌 2 例,

表 1 三组患者镇痛疗效比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
指标	组别	4h	8h	24h	48h
VAS	A 组	2.9± 0.6	3.0± 1.0	2.4± 0.7	2.5± 0.8
	B 组	3.3± 1.4	3.1± 1.5	2.9± 0.9	2.9± 1.1
	C 组	2.9± 1.0	2.9± 1.2	2.6± 0.9	2.4± 1.0
RSS	A 组	2.8± 0.4	2.4± 0.4	2.2± 0.4	2.2± 0.3
	B 组	2.5± 0.5	2.3± 0.6	2.1± 0.4	2.1± 0.3
	C 组	2.5± 0.6	2.5± 0.4	2.2± 0.3	2.2± 0.4
BCS	A 组	2.5± 1.1	2.5± 0.9	2.7± 0.8	2.6± 0.6
	B 组	2.2± 0.6	2.3± 0.4	2.5± 0.4	2.5± 0.7
	C 组	2.8± 0.7	2.9± 0.6	2.9± 1.0	3.0± 0.4

2.2 术后胸腔引流量 经统计无明显差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者不同时间胸腔引流量比较 ($\bar{X} \pm S$) mL			
组别	2h	24h	48h
A 组	204± 22	295± 32	514± 43
B 组	182± 30	308± 35	477± 55
C 组	215± 28	310± 25	536± 49

2.3 不良反应发生率 术后 48 h 内,A 组有 10 例发生恶心、呕吐(33.3%),发生率显著高于 B、C 两组 ($P<0.05$)。A 组中有 5 例头晕和 1 例嗜睡,较 B、C 两组差异无统计学意义。见表 3。三组患者术后各时间生命体征(SBP、DBP、HR、RR、SPO₂等)均在正常范围。

表 3 三组不良反应发生率 例(%)				
组别	n	恶心、呕吐	头晕	嗜睡
A 组	30	10 (33.33)	5 (16.67)	1 (3.33)
B 组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	0
C 组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	0

3 讨论

开胸手术创伤大,术后疼痛剧烈,良好的术后镇痛可减轻心血管反应,调节免疫功能,减低血凝状态,改善呼吸功能,增加通气量,减少肺部并发症^[1]。芬太尼用于开胸术后的 PCIA 临床效果确切,但恶心、呕吐、头晕、嗜睡等不良反应发生率高,且易发生过度镇静、呼吸循环抑制^[2],给临床使用带来忧患,因而芬太尼单独用于开胸术后镇痛并不理想。术后镇痛的发展趋势是阿片类、非甾体类抗炎药、局麻药等两种

病理为鳞癌,因年龄大拒绝手术治疗。中晚期胃癌 7 例,病理诊断为低分化腺癌或印戒细胞癌。晚期食管癌 1 例,有显著梗阻症状。

1.2 仪器 采用 PENTAX EG-2940 型胃镜,射频治疗仪系四川绵阳立德公司生产的 LDRF-50 型,工作频率为 400kHz,输出功率 0~30W。

1.3 治疗方法

1.3.1 息肉组(41 例) 按内镜常规操作进镜,病变已经活检病理确定诊断,然后将治疗电极从胃镜活检孔送入。射频治疗探头与息肉蒂部接触略加压,根据息肉的大小不同分别或两种以上不同类型药物联合应用的平衡镇痛^[3]。

氟比洛芬酯为一种新型的非甾体抗炎镇痛药,其镇痛机制主要是通过外周及中枢作用,抑制环氧化酶(COX)的活性而减少前列腺素(PG)的合成,减轻手术创伤的炎症反应和组织水肿,有效减少末梢的伤害性感受和疼痛知觉。并与阿片类药物协同镇痛,减少阿片类药物的不良反应发生率^[4]。氟比洛芬酯经过微脂球包裹,具有了靶向性,可以提高聚集在手术切口和炎症部位浓度,增强药效;能控制药物的释放,药效持续时间更长^[5]。非甾体类药物因具有环氧化酶抑制作用,有可能抑制血小板的聚集功能而增加出血量。但是临床证实在麻醉下使用非甾体类药物不会危及到血小板的聚集功能^[6]。本试验通过观察术后 48h 胸腔引流量也证实了氟比洛芬酯对血小板的影响甚微,并不增加术后出血。

本文对氟比洛芬酯 200mg 复合芬太尼 0.6mg 用于开胸术后静脉镇痛进行观察,结果表明其对 HR、RR、SBP、DBP、SPO₂等生命体征均无明显影响,镇痛良好,镇静满意,舒适持久,不增加术后出血、恶心、呕吐发生率,可安全用于开胸术后静脉镇痛。

参考文献

[1]罗爱伦.病人自控镇痛[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1999.8-11

[2]Della Rocca G,Coccia C,Pompei L,et al.Post-thoracotomy analgesia: epidural vs intravenous morphin continuous infusion [J].Minerva Anesthesiol,2002,68:681-693

[3]Ovechkin AM,Karpov IA,Liuosev SV.postoperative analgesia in abdominal surgery:a new look at an old problem [J].Anesteziol Reanimatol,2003,5:45

[4]Kelly DJ,Ahmad M,Brull SJ.preemptive analgesia I:physiological pathways and pharmacological modalities [J].Can J Anesth,2001,48: 1 000-1 010

[5]OhmukaiO.Lipo-NSAD preparation [J].Advanced drug Delivery Reviews,1996,20:203-207

[6]David G,Silverman MD,Thomas Halaszynski MD,et al.Rofecoxib does not compromise platelet aggregation during anesthesia and surgery[J].Canadian Jorنال of Anesthesia,2003,50:1 004-1 008

(收稿日期: 2008-07-08)