

组织并剪碎,按 100mg 前列腺组织加入 0.9%氯化钠溶液 1mL 的比例,将 0.9%氯化钠溶液和剪碎的前列腺组织加入小烧瓶,将小烧瓶放入冰水浴中,然后用匀浆器搅拌充分制成匀浆(注意搅拌时要间断暂停,以防止匀浆过热变性)。将搅拌好的匀浆吸取加入离心试管中,3 000r/min 离心 10min,取匀浆上清液,用免疫放射法测定 SIgA 含量,用酶联免疫吸附法(ELISA 法)检测大鼠前列腺 IL-8 水平。

1.7 统计学方法 所有资料均经 SPSS 11.5 软件统计处理,采用秩和检验进行统计分析。

2 实验结果

IL-8 含量检测结果显示:模型组显著高于正常组 ($P < 0.01$),说明造模后模型组大鼠前列腺内 IL-8 含量明显升高;治疗组和对照组均低于模型组 ($P < 0.05$),而治疗组与对照组之间存在显著性差异 ($P < 0.05$),说明两组治疗方法均能有效降低大鼠前列腺内 IL-8 含量,治疗组疗效优于对照组。SIgA 含量检测结果显示:模型组显著低于正常组 ($P < 0.01$),说明通过造模后,大鼠前列腺内 SIgA 含量明显降低;经治疗后,治疗组与对照组 SIgA 含量均高于模型组 ($P < 0.05$),而两组之间存在显著性差异 ($P < 0.05$),说明两组治疗方法均能有效升高大鼠前列腺 SIgA 含量,治疗组疗效优于对照组。见表 1。

表 1 各组大鼠前列腺 SIgA、IL-8 含量检测结果 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	IL-8 含量 (pg/mL)	SIgA 含量 (ng/mL)
正常组	15	20.57± 6.02	411.16± 47.28
模型组	15	58.23± 7.48	221.18± 46.23
对照组	15	39.27± 6.32	356.17± 51.26
治疗组	15	22.35± 5.74	402.13± 48.31

3 讨论

IIIA 型前列腺炎占慢性前列腺炎的 30%左右,是一种多发性、常见的男性病,好发年龄在 20~50 岁,发病率 5%~9%^[1]。近年来研究表明^[4,5]:前列腺局部免疫状况与病情及疗效呈正相关,前列腺液 SIgA 及 IL-8 的含量可以反映前列腺局部的免疫状况;故前列腺液中的 SIgA 及 IL-8 的含量可作为慢性前列腺炎的诊断及判定疗效依据之一。

目前,中医学认为 IIIA 型前列腺炎主要由肾虚、血瘀引起。本课题组针对慢性前列腺炎肾虚、血瘀的病机特点,自拟活血补肾方离子导入治疗 IIIA 型前列腺炎模型大鼠,以起到活血补肾、益气祛湿的功效,可使前列腺周围形成高浓度的药物环境,促使前列腺局部血管扩张,血液运行加快,进而疏导腺管、软化瘢痕组织,促使局部炎症吸收,病变组织修复;且此疗法克服了传统疗法局部有效药物浓度不足的缺点。研究表明,采用活血补肾方离子导入法能有效改善大鼠前列腺组织的免疫状况,如显著降低 IL-8 含量及升高 SIgA 含量,这可能是本疗法治疗 IIIA 型前列腺炎的主要生物学机制之一。

参考文献

- [1]梁朝朝,张学军,王克孝.前列腺炎病因学研究进展[J].中华泌尿外科杂志,2003(6): 26-28
- [2]李占玲,李国信,吴春芳,等.前康宁治疗慢性前列腺炎动物实验及临床疗效观察[J].中国中西医结合外科杂志,2003,9(5): 291-292
- [3]郭应禄,胡礼泉.男科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.1 482
- [4]王家治,胡礼泉,李世文,等.慢性细菌性前列腺炎局部免疫状况对预后的影响[J].医学新知杂志,1999,9(4): 187-189
- [5]田军.前列腺免疫功能状况在前列腺炎分型中的临床意义[J].中华泌尿外科杂志,1996,12(17): 743

(收稿日期: 2009-06-24)

布托啡诺复合芬太尼在骨科手术后静脉镇痛中的应用

邓喜喜

(江西省抚州市第一人民医院 抚州 344000)

关键词:骨科手术;术后镇痛;布托啡诺;芬太尼

中图分类号:R 614.24

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0002-01

布托啡诺是一种合成的阿片受体激动-拮抗药,它镇痛效果好,恶心呕吐发生率低,无成瘾性^[1]。芬太尼用于术后静脉镇痛效果确切,副作用小。本文观察布托啡诺复合芬太尼用于骨科手术后静脉镇痛时,能否有效镇痛,并降低恶心呕吐及依赖性发生率。

1 资料与方法

1.1 资料 随机选择 100 例骨科手术病人,ASA I~II 级,年龄 18~75 岁,体重 50~80kg,随机分成芬太尼组(F 组)和布托啡诺复合芬太尼组(BF 组)各 50 例。

1.2 方法 F 组加入芬太尼 1mg,BF 组加入芬太

尼 0.5mg+ 布托啡诺 4mg,两组均用生理盐水稀释成总量为 100mL。PCIA 泵为同一产品,设置参数为:首量 1mL,持续量 2mL/h,单次 PCIA 量 0.5mL,锁定时间 15min,持续镇痛 48h。

1.3 观察指标 分别在术后 1h、6h、12h、24h、48h 随访,记录术后疼痛视觉模拟评分(VAS),0 分为无痛,10 分为剧痛,<3 分为良好,3~4 分为基本满意,≥5 分为差,并记录恶心呕吐及依赖性发生例数。

2 结果

两组术后不同时段 VAS 比较无统计学意义(见表 1),F 组和 BF 组都能有效镇痛。BF(下转第 5 页)

肝及肝硬化是、非血瘀证及血瘀证轻、中、重度的有效、客观、简便诊断方法,这为慢性乙肝及肝硬化进行活血化瘀治疗提供了客观依据。慢性乙肝和肝硬化的目征表现是多样性的,例如同为血瘀证重度,可以表现为血管螺旋状扭曲,亦可表现为多根血管管径增粗为主;同为血瘀证中度的,有的表现为陈旧性出血和血管扭曲,有的则表现为多根血管扭曲、增粗;同是肝病非血瘀证,亦有的表现为血管扭曲,还有以血管增粗为主。在肝细胞损害的病理基础上,多因素综合引起慢性乙肝及肝硬化的血液黏度增高,微循环阻力增加,血流速度减慢,组织缺氧缺血,导致血管内皮细胞损伤。内皮细胞损伤是血管病变的始动因素。一方面,肝损伤后继发引起肠源性内毒素血症,内毒素介导产生的化学介质 TNF- α ,诱导内皮细胞产生 ET-1,引起强烈而持久的血管收缩,造成微血管扭曲、变形。另一方面, TNF- α 同时可激活白细胞,白细胞激活后释放 OFR 和溶酶体酶,引起血管内皮细胞损伤,暴露胶原,引发凝血机制,血小板活化并黏附于胶原上,继而聚集、释放生物活性物质,血小板聚集成团,与纤维蛋白交织形成血栓,血细胞聚集明显,血色暗红,故可见微血管色调变暗;同时内源性凝血途径启动,微血管内弥散性凝血,血管瘀滞、扩张,故可见微血管增粗、血管瘤样;微血管内弥散性凝血,引起血管壁通透性增强,造成微血管渗出与出血;红细胞暴露于外界,逐渐被破坏吸收,含铁血黄素沉于球结膜表面,故可见陈旧性出血;异常的微血管丛增多,管祥增加,血管交织成网状,故可见微血管网状畸形^[11,12]。

3.4 瘀血作为慢性乙肝及肝硬化的病理产物,亦是病情加重的重要因素 血瘀证积分与病情轻重呈正相关的关系($r=0.790, P=0.000$),即随着瘀血的加重病情亦随之加重,瘀血是导致慢性乙肝及肝硬化病情恶化的重要因素。慢性病毒性肝炎发病初期多(上接第 2 页) 组术后恶心呕吐及依赖发生率明显低于 F 组($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组不同时段 VAS 比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

组别	n	1h	6h	12h	24h	48h
F 组	50	2.5 \pm 0.4	2.6 \pm 0.6	2.0 \pm 0.4	1.6 \pm 0.3	0.9 \pm 0.7
BF 组	50	2.4 \pm 0.3	2.7 \pm 0.6	1.9 \pm 0.8	1.5 \pm 0.4	0.8 \pm 0.5

表 2 两组术后恶心、呕吐、依赖性发生率的比较 例(%)

组别	n	恶心	呕吐	依赖性	总发生率(%)
F 组	50	10(20)	19(38)	1(2)	60
BF 组	50	6(12)	9(18)	0	30

3 讨论

骨科手术为医院常见手术,为减轻患者术后疼痛,常常使用芬太尼静脉镇痛,取得了较好的镇痛效果,但恶心呕吐发生率较高,并且可能产生依赖性,不易被患者接受。布托啡诺是新型的阿片受体

见肝郁脾虚,如邪气较盛则湿热明显,熏蒸肝胆,故见肝胆湿热;邪气缠绵,日久入络,气滞血瘀,癥瘕积聚,而成瘀血阻络之证。因此可以认为随着病情的发展,中医证型也有规律地从非血瘀证向血瘀证转化。肝细胞损害是慢性肝病血瘀证的病理基础,瘀血是慢性乙肝及肝硬化病情发展的病理产物,瘀血形成后进一步加剧肝细胞和血液间的物质代谢交换障碍,引起肝细胞缺血、缺氧和中毒,从而加重了肝细胞的损伤、坏死、凋亡及肝组织的炎症反应,使肝纤维化加重,甚者形成纤维间隔改建肝小叶结构和血液循环改建,逐渐发展为肝硬化,导致肝功能不全、门脉高压,病情呈进行性加重。因此我们认为瘀血作为病理产物同时也作为病因,是慢性乙肝及肝硬化病情加重的关键因素。

参考文献

- [1] 李国贤, 鄢毅. 血瘀证新体征—目征研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1988, 8(10): 630-631
- [2] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56-61
- [3] 中医药学会内科肝病专业委员会. 病毒性肝炎中医辨证标准[J]. 中医杂志, 1992, 33(5): 295-296
- [4] 危北海, 张万岱, 陈治水, 等. 肝硬化中西医结合诊治方案[J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2 694-2 696
- [5] 陈可冀. 血瘀证研究及临床[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993. 30
- [6] 田牛, 单毅. 实用临床微循环学[M]. 北京: 军事科学出版社, 1989. 177-189
- [7] 廖品正. 中医眼科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986. 8-9
- [8] 提桂香, 邱萍. 王今望望目辨证学术思想探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(1): 72-73
- [9] 席与萍, 刀文彬, 石景显, 等. 病毒性肝炎肝微循环的变化及其影响[J]. 中华内科杂志, 1985, 24(S): 611- 613
- [10] Villeneuve JP, Dagenais M, Huet PM, et al. The hepatic microcirculation in the isolated perfused human liver[J]. Hepatology, 1996, 23: 24-37
- [11] 时晶, 田金洲, 王永炎, 等. 血瘀证的生物学基础研究[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(6): 363-364
- [12] 权启镇, 孙自勤, 王要军. 新肝脏病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2003. 54-56

(收稿日期: 2009-06-14)

激动 - 拮抗剂, 它和芬太尼有相似的镇痛效果, 作用时间比芬太尼长, 但恶心呕吐及依赖性发生率明显低于芬太尼。考虑术后恶心呕吐是芬太尼激动 μ 受体引起的, 而布托啡诺主要激动 κ 受体, 对 δ 受体也一定的激动作用, 对 μ 受体却有不同程度的拮抗作用^[2]。布托啡诺复合芬太尼可以降低术后恶心呕吐发生率, 而小剂量芬太尼的使用也降低了依赖性的发生, 值得临床推广。

参考文献

- [1] Vogelsang J, Hayes SR. Butorphanol tartrate(stadol): a review[J]. J Post Anesth Nurs, 1991, 6(2): 129-135
- [2] 庄心良, 曾因民, 陈伯玺. 现代麻醉学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 526-528

(收稿日期: 2009-06-22)