盐酸哌替啶肌注用于经皮肾镜碎石手术镇痛疗效观察

吴祖明¹ 刘雨峰²

(1 广西桂林市中西医结合医院 桂林 541004; 2 江西省遂川县人民医院 遂川 343900)

关键词: 盐酸哌替啶; 肌注; 经皮肾镜碎石手术

中图分类号: R 614.2

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.044

经皮肾镜碎石手术(PCNL)是一种新型的微创手术,具有创伤小、直视、手术时间短、术后恢复快等优点。连续硬膜外麻醉是目前国内该手术常用的麻醉方式,由于术中特殊的俯卧体位及灌冲液高压的作用,患者常因胸前不适、寒颤、肾区胀痛而出现体动,给术者带来操作上的危险。本研究探讨盐酸哌替啶肌注在经皮肾镜碎石手术中的临床效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例年龄 35~60 岁成年择期经皮肾镜碎石手术患者,ASA 评分 I~II 级,术前均未使用影响呼吸及血液动力学的药物,严重打鼾症状、吸毒者除外,随机分成两组:A 组,哌替啶组 30 例, B 组,曲马多组 30 例。

1.2 麻醉方法 术前 30 min 肌注阿托品 0.5 mg, 苯巴比妥 0.1 g,于 T₁₀₋₁₁ 间隙行硬膜外穿刺、置管,麻醉药为 1.0%~1.5%利多卡因 (1:20 万 μ 肾上腺素) 8~15 mL,麻醉平面控制在 T₅ 以下。俯卧体位,待生命体征平稳后 (由于体位改变引起的变化),A 组于术区皮肤消毒前肌注盐酸哌替啶 2.0 mg/kg, B 组肌注曲马多 2.0 mg/kg,术中均面罩给氧。观察两组患者术中镇痛效果 (即体动) 及寒颤出现情况,同时用多功能监测仪监测血压、SPO₂、呼吸情况。

1.3 镇痛效果评定标准 安静入睡,配合手术体位为优;诉术区胀痛,能配合手术,没有体动为良;诉术区明显胀痛,难以配合手术,体动为差。

1.4 统计分析 两组数据用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有显著意义。

1.5 结果 两组患者术中血压、SPO₂、呼吸情况差异均无显著意义 ($P > 0.05$)。镇痛效果优良 A 组 27 例占 90.0%, B 组 11 例占 36.7%, 两组差别有显著

意义 ($P < 0.05$); 术中出现寒颤 A 组 3 例占 10.0%, B 组 13 例占 43.3%, 术中需另加辅助药者 A 组 4 例占 13.3%, B 组 19 例占 63.3%, 两组比较差别有显著意义。

2 讨论

连续硬膜外麻醉下行经皮肾镜碎石手术,由于术中需俯卧体位,肾区垫高,手术利用灌冲液对肾盂的高压冲洗作用,患者手术中常因肾区胀痛、胸前部不适、寒颤,难以忍受而出现体动。患者体动,术中易出现镜杆刺破肾脏、输尿管,严重时出现镜杆折断等手术意外。据报道麻醉平面即使高达 T₄, 内脏牵引痛及不良反射也并不能完全消除^[1]。盐酸哌替啶通过激发内源性阿片肽释放,其中 β- 内啡肽作用于阿片受体发挥作用,同时抑制与伤害性刺激有关的神经介质 p 物质的释放。术区消毒前肌注哌替啶,吸收缓慢,维持时间长,具有良好的镇痛效果,且对呼吸及心肌的抑制轻微。据研究肌注哌替啶 50 mg 可以使痛阈提高 5.0%, 肌注哌替啶 125 mg, 可以使痛阈提高 75%^[2]。术前肌注哌替啶可以达到对术中的伤害性刺激预先镇痛效果,预先镇痛是在疼痛刺激之前,采取预防措施消除或减轻疼痛刺激向中枢神经系统的传导,以抑制神经可塑性的变化,从而达到创伤后镇痛的目的^[3]。哌替啶具有独特而有效地抗寒作用,除了作用于 μ 受体外,还可通过激动 κ 受体而发挥抗寒作用,拮抗 NMDA 受体及刺激 α₂ 肾上腺素受体,参与对寒颤反应的抑制^[4]。本研究结果显示,术区消毒前肌注盐酸哌替啶 2.0 mg/kg, 在镇痛、抗牵拉效果以及预防寒颤方面效果明显优于曲马多,并无其它不良反应,值得临床推广。

参考文献

- [1]Laffey DA,Kay NH.Premedication with butorphanol :A comparison with morphine[J].Br J Anaesth,1984,56(4):363-367
- [2]Detlef ER,Morten A,Dietmar S,et al.A comparison of patient controlled analgesia with lornoxicam versus morphine in patients undergoing lumbar disk surgery[J].Anesth Analg,1998,86(5):1 045-1 050
- [3]Vogelsang J,Hayes SR.Butorphanol tartrate (stado1):a review [J].J Post Anesth Nuts,1991,6(2):129-135

- [4]Chu CC,Chen JY,Chen CS,et al.The efficacy and safety of transnasal butorphanol for postoperative pain control following lower laparoscopic surgery [J].Acta Anaesthesiol Taiwan,2004,42 (4): 203-207

- [5]Rosow CE.Butorphanol in perspective [J].Acute Care,1988,12(Suppl 1):2-7

- [6]Volk T,Schenk M,Voigt K,et al.Postoperative epidural anesthesia preserves lymphocyte,but not monocyte,immune function after major spine surgery[J].Anesth Analg,2004,98(4):1 086-1 092

(收稿日期: 2011-11-18)

热敏灸治疗脱垂性肛门坠胀 47 例

葛巍¹ 万顺兰²

(1 江西中医学院 2010 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词: 脱垂性肛门坠胀; 热敏灸; 中医药疗法

中图分类号: R 657.19

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.045

肛门坠胀是肛肠科常见疾病。患者多以肛门坠胀难忍为主要表现,多伴有便意频繁。临床上因其具体机制还不明确,故尚未形成一个完整的治疗方案,临床效果欠佳。近年来,笔者用热敏灸治疗脱垂性肛门坠胀 47 例,疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自江西中医学院附属医院门诊和住院患者,共收集 47 例,其中男性 19 例,女性 28 例,年龄 24~63 岁,病程 6 个月~12 年。所有患者临床表现以肛门坠胀为主症,多伴有便意频繁,大便难解,粪质不硬,疲乏无力,舌淡脉濡。局部检查:肛门松弛,肛门指诊示直肠黏膜柔软,活动度较大。经肛门指检、纤维电子肠镜和排粪造影检查排除炎症、溃疡、占位性病变等疾病。其中内痔脱垂 8 例,直肠黏膜内脱垂 21 例,直肠黏膜外脱垂 6 例,直肠前突 9 例,子宫脱垂 2 例,阴道脱垂 1 例。

1.2 治疗方法 采用热敏灸疗法^[1]。选取大肠俞、百会、长强、足三里、气海、三阴交等容易出现热敏化的腧穴进行探查。手持调控点燃的清艾条,在距离选定部位皮肤表面 3 cm 左右高度先行回旋灸 2 min 温热局部气血,继以雀啄灸 2 min 加强热敏化,循经往返 2 min 激发经气,再施以温和灸发动感传、开通经络。患者可出现以下灸感:(1)透热:灸热从施灸点皮肤表面直接向深部组织穿透,甚至直达深部脏器。(2)扩热:灸热以施灸点为中心向周围片状扩散。(3)传热:灸热从施灸点开始循经脉路线向远部传导,甚至达病所。(4)局部不热远部热:施灸部位不热,而远离施灸的部位感觉甚热。(5)表面不热深部热:施灸部位的皮肤不热,而皮肤下深部组织甚至胸腹腔脏器感觉甚热。(6)其它非热感觉:施灸部位或远离施灸部位产生酸、胀、压、痛、麻、冷等非热感觉。只要出现以上一种以上(含一种)灸感反应就表明该腧穴已发生热敏化。对已探查出的热敏穴

逐个悬灸,直至感传消失、皮肤灼热为止,再换另外的热敏点进行灸治。完成 1 次治疗的施灸时间因人而异,一般从数分钟至数小时不等,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,治疗 1~3 个疗程判断疗效。

1.3 疗效标准 痊愈:肛门坠胀感消失,大便正常,随访半年无复发。有效:临床症状明显减轻。无效:临床症状未见改善。

1.4 治疗结果 47 例患者中 1 个疗程痊愈 9 例,2 个疗程痊愈 11 例,3 个疗程痊愈 8 例;3 个疗程有效 13 例;3 个疗程无效 6 例;总有效率为 87.2%。

2 讨论

脱垂性肛门坠胀多因内痔脱垂、直肠黏膜脱垂、直肠前突等肛门疾病刺激齿线区产生肛门坠胀感和排便感。子宫脱垂、阴道脱垂亦可压迫直肠前壁引起肛门坠胀感。丁氏^[2]认为其病因是体虚久病或劳逸不当,饮食失调,房事太过,情志不畅,以致形体亏损,五脏内伤,中气不足,承托无力而感坠胀,治疗当以益气升提为要。艾叶性属纯阳,火本属阳,两阳相加,起到益气温阳、升阳举陷的作用。腧穴热敏化既是疾病在体表的病理反应类型之一,又是艾灸治疗的切入点,其最佳刺激方法就是艾条悬灸刺激。腧穴热敏化在艾热刺激下极易激发灸性感传(出现率约为 95%),乃至气至病所,临床疗效大幅度提高^[1]。综上所述,腧穴热敏灸治疗脱垂性肛门坠胀效果显著。为巩固疗效,应避免劳累,注意休息;重视饮食调理,宜清淡饮食,戒烟酒,忌辛辣油炸肥腻之品;坚持肛门功能恢复锻炼,进行提肛锻炼,增强盆底、肛管肌肉的收缩力。

参考文献

[1]陈日新,康明非.腧穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2006.1-5,13-15
[2]丁泽民,丁义江.丁氏痔科学[M].上海:上海科学技术出版社,1989.181-182

(收稿日期: 2011-10-27)

参考文献

[1]沈健番.阑尾切除术的麻醉选择和处理专题讨论[J].临床麻醉学杂志,1988,4(7):53
[2]刘俊杰,赵俊.现代麻醉学[M].北京:人民卫生出版社,1991.220
[3]张立生.对预先镇痛的认识与其研究的方法学[J].临床麻醉学杂志,

2002,18(1):24-25
[4]刘莱.小剂量哌替啶治疗硬膜外麻醉中的寒颤[J].锦州医学院学报,2003,24(5):26

(收稿日期: 2011-11-01)