

表 2 两组生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	研究组(n=43)		对照组(n=43)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PF	22.74± 6.15	41.73± 11.24*	22.69± 6.24	32.64± 10.46
RP	14.25± 4.35	35.71± 8.28*	15.34± 4.26	25.35± 6.57
BP	13.43± 4.25	47.38± 8.08*	13.38± 4.13	34.07± 8.32
GH	18.34± 6.53	39.34± 9.53*	19.62± 5.10	27.21± 8.78
VT	21.67± 6.23	43.78± 7.23*	21.01± 5.12	31.78± 6.13
SF	25.47± 6.55	43.23± 8.16*	25.25± 6.32	33.43± 8.54
RE	19.68± 6.77	42.89± 9.96*	19.02± 6.14	30.22± 8.38
MH	24.44± 6.57	49.64± 9.76*	24.76± 6.65	33.46± 9.57

注:与对照组治疗后比较,*P<0.05。

3 讨论

脑梗死是由于局限性脑组织缺血、缺氧导致的脑组织坏死,致残率、致死率均较高。脑梗死在中医学中属于气血运行受阻、阴阳失调,导致梗阻区域的神经细胞受损,免疫炎症反应是重要的发病机制^[3]。IL-6 及 TNF-α 介导的免疫异常炎症反应参与了脑梗死的发病过程。研究表明,IL-6 由 T- 淋巴细胞、单核巨噬细胞分泌产生,可促进机体炎症反应^[4]。TNF-α 由巨噬细胞产生,可加速细胞的凋亡,诱导炎症因子的表达,促进血管黏附因子的生成,增加内皮细胞的通透性,加速脑梗死病程的进展。降低脑梗死患者的 IL-6 以及 TNF-α 水平可有效减轻免疫损伤,缓解病情进展,改善患者的神经功能缺损程度。参附注射液由红参、附子组成,可有效增加组织

灌注量,改善微循环,其中人参补气;附子强心、通经活络。薛建军等^[5]研究指出,参附注射液治疗脑梗死疗效确切,可明显减轻脑缺血再灌注损伤,抑制 TNF-α 诱导的炎症表达。本研究结果表明:治疗后,研究组的 IL-6 及 TNF-α 改善程度均较对照组显著(P<0.05),研究组患者在生理功能、躯体疼痛、生理职能、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康方面的生活质量评分均较对照组显著(P<0.05),证明了参附注射液治疗老年脑梗死有明确疗效,安全可行。综上所述,在常规内科治疗基础上加用参附注射液治疗老年脑梗死效果突出,能有效降低血清 IL-6 及 TNF-α 水平,改善生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1]黄益洪,黄晓芸,梅志忠,等.青年再发急性脑梗死的危险因素回顾性调查[J].白求恩医学杂志,2015,13(3):249-250
[2]张保国,黄郁斌,杨小兰.参附注射液治疗脑梗死急性期(元气虚衰证)的临床观察[J].中国中医急症,2015,24(8):1438-1440
[3]李红艳,张玉秀,郝正玮,等.早期应用参附注射液对老年重症肺炎患者血浆脑钠肽水平的影响[J].实用心脑血管病杂志,2015,23(2):112-114
[4]姚东陂,张锦丽,王红欣.脑梗死的治疗现状及研究进展[J].解放军医药杂志,2013,24(12):55-59
[5]薛建军,呼荟茹,齐兵献,等.参附注射液对心肌缺血再灌注老年大鼠 NF-κB 及 IκB-α 表达的影响[J].西部中医药,2013,26(2):18-21

(收稿日期: 2016-02-05)

后路与肋缘下腹横肌平面阻滞对全身麻醉下行开腹胃癌根治术后镇痛效果的影响观察

古粤峰 李凯 高景斌

(广东省韶关市第一人民医院麻醉科 韶关 512000)

摘要:目的:观察后路与肋缘下腹横肌平面(TAP)阻滞对全身麻醉下行开腹胃癌根治术后镇痛效果的影响。方法:选取 2013 年 8 月~2015 年 12 月我院收治的胃癌患者 86 例,在进行全身麻醉下行开腹胃癌根治术后,随机分为 A 组与 B 组,每组 43 例。在超声引导下,A 组(后路)患者在肋骨下缘与髂嵴间腋中线行 TAP 阻滞,B 组(肋缘下)则由锁骨中线处的腹直肌鞘至腋中线的腹横肌上给予 TAP 阻滞,于双侧腹壁给予 0.375%罗哌卡因 20 ml,并给予患者自控静脉镇痛(PCIA)。对两组患者术后 2、6、12、24 h 疼痛视觉模拟评分(VAS)以及不良事件的发生率进行评估和比较。结果:静息痛与运动痛方面,术后 2 h 和 6 h,B 组患者的 VAS 评分明显低于 A 组,P<0.05;术后 12 h 和 24 h,两组 VAS 评分比较差异无统计学意义,P>0.05;A 组与 B 组患者均发生 3 例恶心,均可缓解,两组均无其他不良反应发生,P>0.05。结论:与后路 TAP 阻滞相比,经肋缘下 TAP 阻滞的感觉阻滞部位较高,范围较广,在胃癌根治术以及其他上腹部手术术后静脉镇痛中作为一种辅助镇痛方式优势更大,适合在临床上推广应用。

关键词:术后镇痛;腹横肌平面;麻醉;镇痛效果

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.024

开腹胃癌根治术切口较大,患者术后疼痛剧烈,如果对术后的镇痛问题处理不当容易引起患者术后疼痛以及过度的应激反应,严重影响患者的术后恢复,严重者甚至引起神经病理性疼痛^[1]。很早以前就有学者提出在腹横肌与腹内斜肌之间的神经筋膜层进行局部麻醉可达到对前腹壁神经的阻滞作用,起

到有较好的镇痛效果,该方法被称为腹横肌平面(TAP)阻滞^[2]。该种平面阻滞方法有多重入路选择,应用较多的是后路阻滞,即在肋骨下缘和髂嵴间,但也有应用肋骨下缘入路方式的,两种入路的选择尤其是在上腹部阵痛方面,研究尚少。本研究比较了后路与肋缘下腹横肌平面阻滞在胃癌根治术术后的镇

痛效果及不良事件的发生情况。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 8 月~2015 年 12 月我院收治的胃癌患者 86 例,在进行全身麻醉下行开腹胃癌根治术后,随机分为 A 组与 B 组,每组 43 例。其中 A 组男 24 例,女 19 例,年龄 23~82 岁,平均年龄(52.7±3.7)岁,体重 40~85 kg,平均体重(65.7±6.9) kg;B 组男 23 例,女 20 例,年龄 22~80 岁,平均年龄(51.4±4.2)岁,体重 43~84 kg,平均体重(64.6±4.8) kg。两组一般资料比较无明显差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 排除标准 患有严重心肺疾病导致心肺功能异常者;有酒精依赖史、阿片类药或其他种类镇痛药物依赖史者;肝肾功能障碍以及凝血功能障碍者;神经支配皮区感觉异常或有外周神经病变者;无法正常交流者。

1.3 方法 两组患者均由同一组麻醉医师行全身麻醉,进行胃癌根治手术,术中患者使用的全身麻醉药物用量没有差异,并且两组患者在手术结束前 0.5 h 内未使用任何类型的镇痛药。待手术结束之后再由同一麻醉医师在超声引导下进行双侧 TAP 阻滞。仪器工具:SIEMENS ACUSON X300 超声仪、VF13-5 超声探头、0.7 mm×90 mm 穿刺针。首先消毒铺巾,由内向外进针,进针点选择 2 个,采用多点阻滞,A 组患者采用后路 TAP 阻滞即在髂嵴间与肋骨下缘的腋中线处给予 TAP 阻滞,B 组患者采用肋缘下 TAP 阻滞即自锁骨中线处的腹直肌鞘至腋中线的腹横肌上,在超声引导下,到达腹横肌表面后,回抽无回血时则进行药物的注射,两侧腹壁分别给予 0.375%罗哌卡因(国药准字 H20060136)20 ml,待 TAP 阻滞完成后,给予静脉自控镇痛(PCIA),镇痛药物为舒芬太尼(国药准字 H20050580)。背景剂量为 2 ml/h,0.5 ml/次,锁定时间 15 min。患者术后随访由不了解分组研究的医师进行。

1.4 评价标准 观察比较两组患者术后 2、6、12、24 h 静息痛与运动痛(咳嗽或深呼吸引发)的疼痛视觉模拟评分(VAS),同时观察比较两组患者恶心、呕吐、呼吸抑制、尿潴留、多汗等不良反应的发生情况。

1.5 统计学处理 数据采用 SPSS18.0 软件进行分析和处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后静息痛的 VAS 评分比较 术后 2 h 和 6 h,B 组患者的静息痛 VAS 评分明显低于 A

组, $P<0.05$;术后 12 h 和 24 h,两组静息痛 VAS 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者术后静息痛 VAS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	术后 2 h	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h
A 组	43	2.3±1.9	1.8±1.4	1.3±1.2	1.1±1.0
B 组	43	1.0±1.1	0.8±1.0	0.9±0.8	0.8±0.9
t 值		3.9	3.8	1.8	1.5
P		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者术后运动痛的 VAS 评分比较 术后 2 h 和 6 h,B 组患者的运动痛 VAS 评分明显低于 A 组, $P<0.05$;术后 12 h 和 24 h,两组运动痛 VAS 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者术后运动痛 VAS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	术后 2 h	术后 6 h	术后 12 h	术后 24 h
A 组	43	3.7±1.8	3.2±1.5	2.6±1.6	2.3±1.7
B 组	43	1.7±1.2	0.8±1.0	2.4±1.2	2.3±1.5
t 值		6.1	3.5	0.7	0.0
P		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组患者不良反应发生的情况 A 组与 B 组患者均有 3 例发生恶心,均可缓解,均无其他不良反应发生,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

3 讨论

胃癌根治术后,患者大多会有较剧烈的疼痛。大多数患者在术后数小时内疼痛程度达到最强,而后疼痛程度会不断减轻,直至术后 2~3 d,疼痛会逐渐缓解消失。目前临床上的主要镇痛方式包括硬膜外镇痛和静脉镇痛^[3-4]。研究显示,硬膜外镇痛具有较好的效果,但容易引起患者术后低血压、尿潴留和胃肠功能减慢等并发症。而静脉镇痛则涉及到药物的使用,大量的阿片类药物的使用会引发呼吸抑制,同时会导致患者发生呕吐、瘙痒等不良反应,小剂量的药物又不能达到理想的镇痛效果^[5-6]。所以为了能有较为满意的镇痛效果,将对患者的影响减到最小,联合使用不同的机制进行镇痛至关重要。开腹胃癌根治术是上腹部手术中的创伤比较大的一种手术,腹壁切口产生的疼痛是术后的主要疼痛源^[7]。本研究采用不同入路进行腹横肌平面阻滞镇痛,研究结果显示,术后 2 h 和 6 h,B 组患者的静息痛 VAS 评分明显低于 A 组, $P<0.05$;术后 12 h 和 24 h,两组静息痛 VAS 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$;术后 2 h 和 6 h,B 组患者的运动痛 VAS 评分明显低于 A 组, $P<0.05$;术后 12 h 和 24 h,两组运动痛 VAS 评分比较差异无统计学意义, $P>0.05$;A 组与 B 组患者均有 3 例发生恶心,均可缓解,均无其他不良反应发生, $P>0.05$ 。在阻滞后的 2 h,痛觉阻滞范围达到最大,肋缘下镇痛平面比经后路高;在术后

参考文献

[1]李凯,朱志华,高明,等.后路与肋缘下腹横平面阻滞对术后镇痛的对比[J].中华实验外科杂志,2015,32(8):2019-2021
[2]周敏燕,童莺歌.完全腹腔镜和开腹远端胃癌根治术患者术后疼痛评估的比较[J].中国实用护理杂志,2013,29(24):34-35
[3]黄飞,韦杨年,卢榜裕,等.腹腔镜辅助下胃癌根治术与开腹胃癌根治术疗效的对比研究[J].中国内镜杂志,2012,18(10):1018-1022
[4]徐继,吴芳,倪海滨,等.腹腔镜与开腹远端胃癌根治术疗效及对凝血功能影响的对比研究[J].浙江医学,2014,36(15):1300-1303
[5]何培生,李冠华,郭灿,等.腹腔镜辅助近端胃癌根治与传统开腹近端胃癌根治手术的疗效对比 [J]. 中国老年学杂志,2013,33(20):5020-5022
[6]林文霖,许燕常,李志雄,等.腹腔镜 D2 根治术与开腹手术治疗胃癌的比较研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(1):10-12
[7]陈建安,王晓华,张金成,等.腹腔镜与开腹胃癌根治术的临床对照研究[J].中国内镜杂志,2013,19(9):923-926

(收稿日期: 2016-01-21)

TURP 术中联合耻骨上膀胱造瘘引流管末端放置高度的安全性分析(附 60 例报告)

赵宏 赵振东 谢锡滨 郑艳文

(福建中医药大学附属三明中西医结合医院 三明 365001)

摘要:目的:通过膀胱造瘘引流管末端高度对经尿道前列腺电切术(TURP)联合耻骨上膀胱造瘘治疗良性前列腺增生(BPH)的安全性影响分析。方法:选择 60 例 BPH 患者均采用 TURP 联合耻骨上膀胱造瘘引流手术治疗,根据术中膀胱造瘘管末端放置高度与造瘘口垂直距离(后称“高度差”)的不同分为三组,观察并比较灌注压力对手术时间、术中出血量、术后血清钠变化等围手术期参数的影响。结果:与极低压组比较,高压组和低压组手术时间及术中出血量均明显减少($P<0.05$),但高压组血清钠变化值明显升高($P<0.05$)。结论:膀胱造瘘管末端“高度差”为 15 cm 既保证膀胱低压充盈,提供清晰的手术视野,可预防前列腺电切综合征(TURS)的发生,增加手术安全性。

关键词:良性前列腺增生;经尿道前列腺电切术;耻骨上膀胱造瘘引流手术;膀胱内压力

中图分类号:R697.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.025

良性前列腺增生(BPH)是老年男性的常见病和多发病,经尿道前列腺电切术(TURP)仍然是治疗前列腺增生的“金标准”^[1],对于前列腺体积>60 ml 的 BPH 患者手术创面大,术中出血多,视野不清晰,手术时间较长,部分病例可因膀胱内压力过大导致电切过程中水吸收过多出现前列腺电切综合征(TURS)^[2]。因此针对此类患者,选择手术中行耻骨上膀胱穿刺造瘘持续引流冲洗液,减少术中膀胱压力,可以减少 TURS 的发生^[3]。但如果术中膀胱灌注压力太低,会出现膀胱壁塌陷,致操作空间小进而增大误伤膀胱壁或输尿管口的机率。本研究通过对比不同膀胱造瘘管末端悬挂高度对 TURP 手术安全性的影响,旨在寻找更加安全有效的放置“高度差”。这样既能在术中保持通畅冲洗和视野清晰,又与膀胱内压力联系作为术中评估监测和维持低压状态,便于临床推广。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 6 月~2014 年 5 月在我院接受 TURP 联合耻骨上膀胱造瘘引流术治疗的 60 例 BPH 患者,年龄 61~79 岁,平均年龄 71 岁;B 超测定前列腺体积为 43.3~79.8 ml(前列腺体积=前列腺长×宽×高×0.52),分为三组,每组 20 例。其中高灌注压组(高压组)年龄 61~79 岁,平均年龄 71 岁;前列腺体积 43.3~73.8 ml,平均 53.6 ml。低灌注压组(低压组)年龄 61~77 岁,平均年龄 69 岁;前列腺体积 43.7~79.8 ml,平均 57.4 ml。零灌注压组(极低压组)年龄 63~78 岁,平均年龄 72 岁;前列腺体积 45.3~71.8 ml,平均 54.6 ml。三组患者术前均有明显的排尿困难症状,尿动力学检查证实为膀胱出口梗阻。纳入标准:(1)年龄>60 岁,进行性排尿困难,正规药物治疗 6 个月症状无明显缓解、发生过 1 次以上急性尿潴留的患者;(2)心、肺、脑等重要