

出血和顽固性腹水等严重后果,危及生命。在以往的治疗方法中,以外科手术切除为主,由于外科手术创伤大,危险性高,部分患者因体质虚弱而无法手术从而失去进一步治疗的机会,且脾脏作为重要的免疫器官被切除后其机体免疫力下降。而脾动脉栓塞术由于创伤小,疗效确切,其作用不仅能消除脾亢症状,而且能降低门脉压和改善肝功能,故越来越多的被人们所采用,成为治疗肝硬化脾亢的重要方法,完全可以替代外科手术成为首选治疗方法。在临床应用 PSE 中,栓塞范围的确定应考虑以下的因素:①患者一般情况,有无糖尿病,高血压,上消化道出血的发生率;②Child-Pugh 分级;③患者的肝硬化病程;④脾脏大小,视具体情况将栓塞范围控制在 50% ~ 70%,巨脾患者应注意首次尽量将栓塞范围控制在 50% 以下,并建议分次手术,第 2 次手术应在术后 3 ~ 6 个月后进行。对于患者一般情况好的,栓塞范围应大于 60%,对于既往有上消化道出血的,即使一般情况欠佳,栓塞范围也应大

于 60%,术后积极处理并发症。在临床应用中,只有能正确认识并发症发生的原因,及时正确处理其并发症,只有这样才能使 PSE 这项技术在临床上更广泛的应用。

[参考文献]

- [1] 杨建勇,陈伟,主编.介入放射学临床实践[M].北京:科学出版社,2002. 266.
- [2] 马炬明,陈达伟.部分脾栓塞治疗肝硬化脾亢的临床研究[J].东南国防医药,2004, 2: 1 - 3.
- [3] 杨熙章,吴纪瑞,杨永岩,等.部分脾栓塞术的临床应用[J].介入放射学杂志,2001, 10: 89.
- [4] 李京雨.部分性脾动脉栓塞方法的探讨[J].介入放射学杂志 1994, 3: 15.
- [5] 刘闵华,周汝明.脾动脉栓塞综合征的临床观察[J].介入放射学杂志,2004, 13: 23 - 24.
- [6] 花迎雪,乔德林,程永德.海藻酸钠微球在部分脾栓塞术中的应用——附 5 例报告[J].介入放射学杂志,2004, 13: 456.
- [7] 尹化斌,季德林,宋树良,等.彩色多普勒在部分性脾栓塞范围控制中的临床应用[J].介入放射学杂志,2005, 14: 641 - 643.

(收稿日期:2006-03-27)

·临床经验 Clinical experience·

芬太尼贴剂治疗部分脾栓塞术后腹痛的临床观察

刘丙木, 刘艳茹, 田春英, 赵勤俭, 王国泉

【关键词】 芬太尼贴剂;疼痛;部分脾栓塞

中图分类号:R551.1 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)-10-0624-02

Clinical observation of the pain-relieving effects of durosic plaster after partial splenic embolization LIU Bing-mu, LIU Yan-ru, TIAN Chun-ying, ZHAO Qin-jian, WANG Guo-quan. Room of Interventional Radiology, Baoding NO.1 Central Hospital, Hebei 071000, China (J Intervent Radiol, 2006, 15: 624-625)

【Key words】 Transdermal fentanyl plaster; Pain; Partical splenic embolization

部分脾栓塞术已成为治疗脾功能亢进(脾亢)的首选疗法。但栓塞术后腹痛的发生率很高,几乎达 100%,疼痛严重影响患者的术后生活质量,在一定程度上制约了此技术的健康发展,术后如何镇痛,已成为医师和患者最为关心的问题之一。本研究旨在观察部分脾栓塞后芬太尼透皮贴剂的镇痛疗效,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

收集我院 2000 年 1 月 - 2005 年 1 月的部分脾栓塞的病例 60 例。全部病例均符合脾亢的诊断标准及介入治疗适应证,其中男 48 例,女 12 例,年龄 26 ~ 48 岁,平均 38 岁,随机将全部病例分成两组,治疗组 30 例,应用芬太尼贴剂;对照组 30 例,应用吗啡止痛。两组患者在性别、年龄及全身情况无明显差别,介入治疗方法均相同。

作者单位:071000 河北省保定市第一中心医院介入治疗室

通讯作者:刘丙木

1.2 介入治疗方法

首先行脾动脉造影,了解脾脏的供血情况,尽可能行脾下极动脉栓塞,如果脾动脉过于迂曲,无法完成脾下极动脉栓塞,则采用周围性栓塞法,栓塞材料为明胶海绵颗粒,栓塞体积为 60% ~ 70%。术后常规使用抗生素。

1.3 给药方法

治疗组在栓塞前 12 h 外贴芬太尼 2.5 mg,贴于左侧季肋部,术中、术后询问、观察、记录患者的疼痛情况;对照组患者在介入治疗术后立即给予吗啡 90 mg 加生理盐水 140 ml 以 2 ml/h 的速度由静脉持续滴注止痛。全部病例均在术后 72 h 评估疗效。

1.4 疼痛程度分级标准^[1]

观察指标根据 0~10 数字疼痛强度分级法判断。0 分为不痛;1 ~ 3 分为轻度疼痛,但可忍受,能正常生活,睡眠不受干扰;4 ~ 7 分为中度疼痛,疼痛明显,睡眠受干扰,需要镇静剂;8 ~ 10 分为重度疼痛,疼痛剧烈,可伴有植物神经功能紊乱,睡眠严重受干扰。疼痛缓解度:0 度:未缓解(疼痛未减轻);1 度:轻度缓解(疼痛减轻约 1/4);2 度:中度缓解(疼痛减轻约 1/2);3 度:明显缓解(疼痛减轻约 3/4 以上);4 度:完全缓解(疼痛消失)。疼痛缓解有效率指中度以上疼痛缓解率。

1.5 不良反应

观察并记录芬太尼透皮贴剂和镇痛泵应用后的各种不良反应的发生和程度。

2 结果

2.1 芬太尼组与吗啡镇痛泵组疗效比较 见表 1。两组患者用药前后疼痛程度均有显著性差异,用药后疼痛缓解程度,两组无显著性差异($P > 0.05$)。

2.2 芬太尼组与吗啡镇痛泵组的不良反应发生率见表 2,两组间差异无显著性($P > 0.05$)。

3 讨论

芬太尼目前主要应用于治疗中晚期恶性肿瘤长期中、重度疼痛,近年来也有作者用于术后镇痛,疗效确切^[2];应用于介入治疗后引起的疼痛,也有报道^[3]。药物透皮吸收给药系统是药剂学中一个新兴领域,透皮给药系统有以下优点:①保持血药水平稳定在治疗有效浓度范围内;②避免了胃肠道及肝的首过作用,透皮给药比口服给药更稳定地直接进入血流;③改善患者的适应性,不必频繁给药;④提高安全性,如有不良反应,易将贴剂移去。芬太尼符

表 1 芬太尼组与吗啡组疗效比较(例)

组别	例数	完全缓解	明显缓解	中度缓解	有效率(%)
芬太尼组	30	8	9	11	90.3
吗啡组	30	6	13	8	90.0

表 2 芬太尼组与吗啡组不良反应比较[例数(%)]

不良反应	芬太尼组			吗啡组		
	轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
呼吸抑制	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
局部过敏	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
排尿困难	1(3.3)	1(3.3)	0(0.0)	2(0.0)	2(6.6)	0(0.0)
嗜睡	2(6.6)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)	2(6.6)	1(3.3)
便秘	2(6.6)	1(3.3)	0(0.0)	3(10.0)	2(6.6)	0(0.0)
头晕	2(6.6)	1(3.3)	0(0.0)	1(3.3)	1(3.3)	1(3.3)
瘙痒	2(6.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.3)	1(3.3)	0(0.0)
口干	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.3)	0(0.0)	0(0.0)

合透皮转运技术的要求。部分脾栓塞术后引起的疼痛多发生于术后 3 d 内,主要表现在脾区钝痛、左侧胸痛和胃肠道反应。芬太尼透皮贴剂起效时间是 6 h,24 h 内达到稳定,并在此后保持相对稳定至 72 h。术前给药,符合部分脾栓塞后止痛要求。芬太尼透皮贴剂较吗啡类不良反应小,芬太尼透皮贴剂经皮肤缓慢吸收,血药浓度始终稳定维持在无欣快感的止痛作用水平,不易成瘾^[4]。芬太尼虽对呼吸有抑制作用,但主要表现为频率减慢,呼吸抑制发生频率与使用剂量有关。本组使用芬太尼最小剂量,未见明显呼吸抑制。

综上所述,芬太尼贴剂的给药方式更加符合超前镇痛、无创给药和最大程度方便患者起居的特点和原则,具有独特的使用优势。

[参考文献]

[1] 徐国杜,蔡志基.镇痛药临床评价方法研究[J].中国新药杂志,1995,4:20.

[2] Niemann T, Madsen LG, Larsen S, et al. Opioid treatment of painful chronic pancreatitis[J]. Int J Pancreatol, 2000, 27: 235 - 240.

[3] 高文斌,尹良伟,王丽双,等.芬太尼透皮贴剂在预防介入栓塞所引发疼痛的临床应用与研究[J].中国肿瘤临床,2001,28(增刊):74-76.

[4] 孙燕,张海春,吴一龙,等.多瑞吉镇痛效果上市后的临床观察[J].中国肿瘤临床,2002,29:514-518.

(收稿日期:2006-02-27)