

·临床研究 Clinical research·

芬太尼贴剂在治疗脾动脉栓塞后综合征中的应用

赵振华, 王伯胤, 徐利军, 夏瑞明, 刘忠民, 王挺, 卢增新

【关键词】脾肿大;脾动脉栓塞;芬太尼

中图分类号 R551.1 文献标识码 A 文章编号:1008-794X(2007)01-0060-02

Use fentanyl to treat splenic artery post-embolization syndrome ZHAO Zhen-hua, WANG Bo-ying, XU Li-jun, XIA Rui-min, LIU Zhong-ming, WANG Ting, LU Zeng-xin. Department of Radiology, Shaoxing City People's Hospital, Shaoxing 312000, China (J Intervent Radiol, 2007, 16:60-61)

【Key word】Fentanyl Splenic artery Embolization

脾动脉部分栓塞术是临床治疗脾功能亢进、特发性血小板减少性紫癜等疾病的方法之一,因其具有疗效确切、安全、微创等优点,近来在临床上得到广泛应用。栓塞后综合征是脾动脉栓塞术后最常见的并发症,发生率几乎达 100%^[1,2],主要表现为脾区疼痛、发热、恶心、呕吐等,栓塞后综合征的治疗是术后必须面对的问题。我们将芬太尼贴剂用于栓塞后综合征的治疗,探讨芬太尼贴剂的应用价值。

1 材料和方法

1.1 临床资料

自 2000 年 11 月至 2005 年 5 月间行脾动脉栓塞术治疗病例共 55 例,其中特发性血小板减少性紫癜患者 32 例,脾功能亢进患者 20 例,其他血小板减少性疾病患者 3 例,分为 A、B 两组,A 组 42 例,使用芬太尼贴剂治疗,年龄 15 ~ 66 岁,平均 39 岁,男 13 例,女 29 例;B 组 13 例不使用芬太尼贴剂治疗,年龄 13 ~ 55 岁,平均 36 岁,男 4 例,女 9 例。

1.2 方法

两组栓塞方法相同。采用 Seldinger 技术经股动脉穿刺插管,用 4.1 ~ 5 F Yashiro 导管插管至脾动脉主干行 DSA 造影,明确脾动脉分支数量及脾实质染色大小,再超选插管至脾动脉远端行栓塞,栓塞颗粒(PVA 颗粒, Boston 公司生产)直径 500 ~

710 μm,栓塞面积控制在 45% ~ 85%,栓塞后常规使用地塞米松及抗生素 3 d。A 组患者在行栓塞治疗前 6 h 将芬太尼贴剂(2.5 ~ 5 mg)贴于腹部皮肤平坦处,粘贴时使药膜平整,充分与皮肤接触,3 d 后更换。常规使用剂量为 2.5 mg 共 2 剂,若止痛效果不佳改用剂量为 5 mg,术后记录疼痛时间、疼痛程度,发热时间、程度,恶心、呕吐时间。

1.3 疗效观察指标

术后疼痛评估根据主诉疼痛分级法(VRS)进行分级。0 度:无痛;I 度:轻度可耐受,不影响睡眠,可正常生活。II 度:中度,疼痛明显,睡眠受干扰,需用一般止痛、镇静、安眠药;III 度:重度,疼痛剧烈,伴有自主神经功能紊乱,睡眠严重受干扰,需用麻醉性药物。发热分为:低热 37.3 ~ 38.0 °C;中等度热 38.1 ~ 39.0 °C;高热 39.1 ~ 41.0 °C;超高热 ≥41.0 °C 以上。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 10.0 统计软件处理。A、B 两组栓塞后综合征发生时间、程度的差异采用 t 检验。

2 结果

A、B 两组脾动脉栓塞治疗后栓塞后综合征发生情况比较见表 1。

A 组发热最高 39.5 °C, B 组最高 39.4 °C, A、B 两组在发热时间、程度上无统计学差异,在疼痛时间、程度上有显著性差异。A 组少量腹水 6 例,中等量腹水 1 例,左侧少量胸腔积液 1 例, B 组少量腹水 1 例,大量腹水 1 例。

作者单位 312000 浙江绍兴市人民医院介入放射科(赵振华、王伯胤、徐利军、王挺、卢增新),血液科(刘忠民);绍兴文理学院医学院(夏瑞明)

通讯作者 赵振华

表 1 两组患者栓塞后综合症情况比较

组别	发热(d)				疼痛(d)				恶心 (次数)	呕吐 (次数)
	总天数	低热	中热	高热	总天数	I 级	II 级	III 级		
A 组	4.55 ± 3.57	2.64 ± 2.18	1.60 ± 1.93	0.31 ± 0.60	3.38 ± 2.70	2.67 ± 2.34	0.36 ± 0.66	0.36 ± 0.73	0.57 ± 1.02	0.43 ± 0.77
B 组	6.62 ± 3.93	3.77 ± 2.13	2.31 ± 3.45	0.54 ± 1.13	8.69 ± 5.89	5.69 ± 3.92	1.85 ± 2.23	1.15 ± 1.41	1.62 ± 2.57	0.38 ± 0.65
t 值	1.78	1.63	0.95	0.96	4.55	3.43	3.88	2.71	2.17	0.19
P 值	0.08	0.11	0.35	0.34	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	0.03	0.85

3 讨论

脾动脉部分栓塞术是治疗脾功能亢进、血小板减少性紫癜等血小板减少性疾病的有效手段^[3], 栓塞后综合征是该项技术最常见的术后并发症, 主要包括脾区疼痛、发热、恶心、呕吐、反应性胸腹水等临床表现, 其中以疼痛症状最为突出, 产生的原因是脾动脉栓塞后脾脏缺血、梗死、炎性渗出、脾包膜肿胀, 疼痛的控制是脾动脉栓塞术后处理的重要环节。

目前临床上疼痛控制方法主要有药物和非药物治疗, 用于脾动脉栓塞后综合征的主要为药物治疗, 常用药物为非阿片类如非甾体类抗炎药; 阿片类如吗啡、芬太尼等, 非阿片类药物主要用于轻、中度疼痛, 阿片类药物主要用于中、重度疼痛。由于栓塞后综合征引起的疼痛大部为中、重度疼痛, 疼痛时间持续较长, 一般发生时间为术后即时至术后 3 ~ 7 d, 疼痛随着时间的推移逐渐减轻, 因此阿片类药物的缓释剂型是用于栓塞后综合征的最佳选择。

芬太尼透皮贴剂是一种新型强阿片类镇痛剂, 有效成分是柠檬酸芬太尼, 其镇痛作用是相同剂量吗啡的 50 ~ 100 倍, 此贴剂是目前惟一供临床使用的阿片类透皮剂, 首次使用后 8 ~ 12 h 血浆浓度缓慢上升达到有效镇痛浓度, 维持时间约 72 h, 芬太尼贴剂的不良反应发生率低, 程度轻, 常见不良反应是头晕、恶心、呕吐、便秘等^[4-7]。芬太尼贴剂目前有 2.5、5 mg 两种剂型规格, 根据镇痛治疗原则, 先从小剂量 2.5 mg 开始, 若 2.5 mg 剂型镇痛效果不佳再改用剂型为 5 mg。本组病例大部分使用剂型为 2.5 mg, 已能取得满意的镇痛效果。芬太尼贴剂在使用后 8 ~ 12 h 才能发挥镇痛效果, 因此我们在脾动脉栓塞术前 6 h 使用芬太尼贴剂, 使其在栓塞后综合征发生时即发挥作用; 脾动脉栓塞治疗后疼痛可持续 3 ~ 7 d, 可在术前 6 h、术后第 3 d 使用芬太尼

贴剂, 基本能解决脾动脉栓塞后的止痛问题, 若术后 6 d 疼痛仍未缓解可继续使用芬太尼贴剂。本研究表明芬太尼贴剂应用于脾动脉栓塞术, 可以减轻疼痛的程度, 减少疼痛持续时间, 而对栓塞治疗后的发热、恶心、呕吐等并发症无明显作用; 其在防治栓塞后综合征疼痛的持续时间、程度上与对照组有显著差异 ($P < 0.01$), 对发热、恶心、呕吐症状与对照组无显著差异, 本组使用后无严重并发症。影响脾动脉栓塞术后患者生活质量的主要因素是疼痛, 疼痛的控制与患者生活质量呈正比, 芬太尼贴剂通过对疼痛的控制可明显提高脾动脉栓塞术后患者的生活质量。另外, 芬太尼贴剂给药方便, 无创, 并且非常方便患者日常起居, 易被患者接受。因此, 芬太尼贴剂在脾动脉栓塞后综合征防治中有较高的使用价值。

[参考文献]

- [1] 朱康顺, 单 鸿, 李征然, 等. PVA 颗粒作为栓塞材料在部分性脾动脉栓塞术中的应用评价[J]. 介入放射学杂志, 2004, 13: 19 - 22.
- [2] 刘闯华, 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.
- [3] Tajiri T, Onda M, Yoshida H, et al. Long-term hematological and biochemical effects of partial splenic embolization in hepatic cirrhosis[J]. Hepatogastroenterology, 2002, 49: 1445 - 1448.
- [4] 范 黎, 任 军, 张燕军. 芬太尼贴剂(多瑞吉)治疗晚期癌症疼痛患者 52 例[J]. 中国肿瘤临床, 2001, 28: 753 - 755.
- [5] 徐国柱, 段砺瑕, 蔡志基, 等. 芬太尼透皮贴剂用于癌症止痛临床效果评价[J]. 中国新药杂志, 1999, 8: 487 - 490.
- [6] 李京雨, 张 强, 梁俊生, 等. 脾动脉血管硬化剂栓塞治疗脾功能亢进[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39: 302 - 305.
- [7] 胡章华, 毛绍蓉, 于 兴. 不同剂量的芬太尼透皮贴剂治疗癌痛 40 例的临床观察[J]. 华西药学杂志, 2003, 18: 472 - 473.

(收稿日期 2005-12-02)