

硬膜外超前镇痛对术后躁动的影响

姜文强

(苏州市第二人民医院, 苏州, 215002)

关键词 全身麻醉; 镇痛; 术后躁动

中图分类号: R614.2 文献标识码: A 文章编号: 1007-6514(2000)05-0375-02

为了减少或避免全麻术后躁动, 作者观察了 100 例超前镇痛对全麻术后躁动的影响, 现报告如下。

1 临床资料

100 例均为静吸复合全麻患者(脑外科除外), 其中男 59 例, 女 41 例, 年龄 24~75 岁, 平均 48 岁。100 例中, 胆囊切除术 42 例, 胆道探查术 11 例, 胃癌根治术 24 例, 肠道肿瘤手术 16 例, 食管癌根治术 7 例, ASA 分级均为 I~II 级, 无明显心、肺、肝、肾疾患。

麻醉与处理, 全部病例均在异丙酚 1.5~2.5mg/kg、芬太尼 0.1mg、司可林 1.5~2mg/kg 快速诱导下气管插管, 术中异氟醚 1%~1.5%、笑气、氧气各 50% 维持麻醉, 间断万可松静脉注射。100 例患者随机分 2 组, 组 I: 50 例患者全麻前给予相应节段的硬膜外置管, 分次给予 0.25% 布比卡因 10~15ml 和吗啡 2mg, 用针刺法测平面, 痛觉阻滞不全者除外。组 II: 50 例患者作为对照组无特殊处理。全部病例在手术结束前 30min 左右停止万可松静脉注射, 手术结束前 5min 左右停止异氟醚及笑气吸入。两组年龄、性别、体重、ASA 分级、手术种类、麻醉方法、术前用药、手术时间、麻醉时间、麻醉停药时间均无明显差异 ($P > 0.05$)。

观察项目: ①术后躁动: 全麻术后患者意识模糊, 定向障碍, 发生程度不同的不自主运动, 即被认为术后躁动, 术后躁动分轻、中、重度。轻度: 在吸痰等强刺激下发生躁动, 一旦刺激停止, 躁动即停止。中度: 无刺激情况下即发生躁动, 但无需制

动。重度: 需药物和物理方法制动的不自主运动。观察并记录上述躁动的例数和程度。②分别记录诱导前、诱导期、插管后 5min, 入恢复室后的低血压 ($\leq 12/8\text{Kpa}$)、心动过速 ($\text{HR} \geq 100$ 次/min)、低氧饱和度 ($\text{SpO}_2 \leq 0.91$) 的例数。

结果: 术后躁动发生的例数 I 组术后躁动 6 例(占 12%), 轻度 4 例(占 8%), 中度 1 例(占 2%), 重度 1 例(占 2%); II 组术后躁动 18 例(占 36%), 轻度 6 例(占 12%), 中度 4 例(占 8%), 重度 8 例(占 16%), 两组发生躁动的比例比较有显著差异 ($P < 0.05$), 重度躁动所占比例比较有极显著差异 ($P < 0.01$)。

诱导前、诱导期、插管后 5min、入恢复室后的低血压 ($\leq 12/8\text{Kpa}$)、心动过速 ($\text{HR} \geq 100$ 次/min)、低氧饱和度 ($\text{SpO}_2 \leq 91\%$)。3 项观察指标组间对比均无明显差异 ($P > 0.05$)。

2 讨论

刘仁玉^[1]报道认为有害刺激是诱发和加重躁动的最常见原因, 术后初醒阶段的患者由于全麻药对中枢的抑制程度不一, 因此中枢恢复时间也不一, 在某些有害因素的刺激下中枢神经系统有时表现为兴奋或抑制, 从而诱发和加重术后躁动。虽然躁动的处理方法很多, 有报道用咪唑安定^[1], 氟哌啶醇^[2], 氯胺酮^[3], 异丙酚^[4]等, 但疗效不一。因此作者认为防治躁动的关键在于防止中枢的局灶敏化, 使全麻术后的中枢神经系统恢复过程平衡协调。

有^[5]报道全麻前应用超前镇痛, 特别是椎管内用药能阻断伤害性传入刺激到达中枢神经系统, 防止中枢敏化, 因此硬膜外超前镇痛能阻断有害刺激, 特别是疼痛对中枢的刺激作用, 减少或避

(下转 377 页)

收稿日期: 1999-11-13

作者简介: 姜文强(1963-), 男, 江苏苏州市人, 主治医师, 发表论著 7

篇。

21例 21/32 (65.63%), 其中 ER、PR 阴性, C-erbB-2 阳性超表达 6 例 (54.55%), 本组资料表明 ER、PR 状态与 C-erbB-2 表达呈负相关关系 ($P < 0.05$)。C-erbB-2 阳性超表达与癌组织分化程度的关系: I 级: C-erbB-2 阳性为 0, 阴性 8 例; II + III 级: C-erbB-2 阳性 11 例, 阴性 13 例; 本组资料显示其阳性超表达与癌组织分化程度有显著性差异 ($P < 0.05$)。C-erbB-2 阳性超表达与腋淋巴结转移的关系: 本组 C-erbB-2 阳性超表达 11 例, 有腋淋巴结转移 7 例, 未转移 4 例; C-erbB-2 阴性 21 例, 有腋淋巴结转移 11 例, 未转移 10 例; 经统计, 本组资料无显著性差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

多数报道认为 C-erbB-2 与雌激素受体和孕激素受体之间存在负相关关系, 即该基因的激活在 ER、PR 阴性肿瘤中常见^[4]。本组 32 例乳腺浸润性导管癌测定显示 ER、PR 阴性, 而 C-erbB-2 阳性超表达有显著相关性, 与多数报道相一致, 这提示 C-erbB-2 与 ER、PR 之间可能存在一种因果关系, 在人类乳腺癌细胞系中已证实 ER 在雌激素刺激下可抑制 C-erbB-2 蛋白产物的表达, 并证实这种抑制发生在转录水

平^[4], 这样在 ER 表达障碍或功能丧失时 C-erbB-2 表达增强。

有些作者认为 C-erbB-2 激活与组织分级相关, 即分化差的肿瘤 C-erbB-2 阳性率高^[3], 本组乳腺浸润性导管癌 I 级与 II - III 级之间存在显著差异, 这种相关性从另一角度提供了乳腺浸润性导管癌细胞恶性程度的客观指标。C-erbB-2 阳性超表达对患者化疗的抗药性有关, 阳性超表达者无论淋巴结转移与否, 对化疗的治疗效果比 C-erbB-2 阴性者要差, 因而可以把它作为临床乳腺癌术后治疗和预后的一项重要参考指标。

ER、PR 状态及 C-erbB-2 阳性超表达与腋淋巴结转移关系在本组测定结果经统计未发现有其相关性。

参考文献

- [1] Jensen Ev. Hormone dependency of human breast cancer [J]. Cancer, 1980; 46: 2759
- [2] Wihl C, Angns B, Nicholson S, et al. Expression of C-erbB-2 onco-protein; a prognostic indicator in human breast cancer [J]. Cancer Res, 1989; 49(8): 2087
- [3] 叶峰, 黄冰, 黄书伟. 乳腺肿瘤中 C-erbB-2 癌基因产物的表达意义 [J]. 中华病理学杂志, 1993; 22(2): 104
- [4] 刘志林著. 乳腺癌雌、孕激素受体和 C-erbB-2 癌基因检测研究 [J]. 临床实验病理学杂志, 1996; 12(2): 181

(上接 375 页)

免术后躁动, 本文结果显示术后躁动发生率两组有非常明显的差异 ($P < 0.01$), 且重度躁动发生率两组也有明显差异 ($P < 0.05$), 说明了超前镇痛确实对全麻术后躁动有预防和减轻作用。也说明了术后的不良刺激特别是疼痛和吸痰刺激确是术后躁动的主要诱因。

应用超前镇痛能减少或避免术后躁动的发生率, 原因是①超前镇痛防止中枢敏化, 协调全麻患者苏醒阶段的中枢恢复时间, 消除术后的异常感受性。②超前镇痛能减轻或避免术前、术中、术后的有害刺激, 特别是疼痛对中枢的刺激作用, 避免了术后躁动的最常见诱因。③硬膜外超前镇痛由于硬膜外麻醉作用, 强化了手术麻醉作用, 防止了术野刺激所致的术中知晓, 从而防止脑功能的严重紊乱。④由于术前向患者告知了硬膜外超前镇

痛具有良好的术后镇痛作用, 减轻了患者对术后疼痛的焦虑, 避免了术后躁动的又一诱发因素。因此硬膜外超前镇痛能从多渠道对全麻术后躁动进行有效防治。

另外, 从表 2 中我们可以看出, 超前镇痛对呼吸、循环无抑制作用, 两组相比无显著差异 ($P > 0.05$), 相反, 超前镇痛由于有良好的术后镇痛作用, 对维持呼吸、循环的稳定起到良好的作用。

参考文献

- [1] 刘仁玉, 吴安生. 术后躁动. 国外医学麻醉与复苏分册 1995; 16(1): 35
- [2] Smita S, Parikh SS, Chung F. FRCPC postoperative delirium in the elderly [J]. Anesth Analg, 1995; 80: 1223
- [3] 赵家奖. 氯胺酮治疗安定和异内嗪引起的患者术中躁动 [J]. 临床麻醉学杂志, 1994; 10(2): 118
- [4] Aitkenhead AR et al. Comparison of propofol and midazolam for sedation in critically ill patients [J]. Lancet, 1989; 2: 704
- [5] 胡兴国, 李颜尔. 超前镇痛的研究现状 [J]. 国外医学麻醉与复苏分册, 1995; 16(6): 372