

## 腭咽成形术后中西医结合止痛效果观察

河南省新乡市第一人民医院(河南 453000)

孙志强 张琴 杨世贤 R76 B

治疗阻塞型睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)多采用腭咽成形术(PPP)治疗,术后疼痛常使患者难以忍受,既往视其为术后正常过程而不予处理。为减轻患者痛苦,2000年8月—2002年9月,我们于PPP术后进行中西医结合止痛治疗,效果满意。现报道如下。

### 资料与方法

1 临床资料 80例OSAS患者,诊断符合《耳鼻喉科科学》(田勇泉主编,第5版,北京:人民卫生出版社,2001:155)关于OSAS的诊断要点。均采用PPP治疗。为观察术后止痛效果,将其分为两组。治疗组42例,男39例,女3例;年龄22~64岁,平均(42.30±6.23)岁;病程2~42年,平均(16.53±8.21)年;对照组38例,男35例,女3例;年龄23~61岁,平均(41.20±6.41)岁,病程1~40年,平均(18.82±6.23)年。两组性别、年龄(包括平均年龄)、病程(包括平均病程)经统计学处理,差异无显著性,具有可比性。

2 方法 两组患者术后常规每日应用青霉素800万U静脉滴注,补液量2000ml。并且手术后立即给予杜冷丁100mg、非那根50mg、灭吐灵10mg肌肉注射,体质差者给予总量的2/3。24h后仍有Ⅱ度疼痛(分度标准见后)的患者重复给药1次。在此基础上治疗组还采用术后两侧下颌下贴敷止痛膏药(每张重3g,处方:蟾蜍30g,急性子40g,蚤休40g,马钱子30g,乳香40g,没药40g,川乌30g,山慈菇30g,大戟30g,麻油1000ml,黄丹400g,按照膏药传统制作工艺由我院制剂室制成),两天更换1次,共贴3次。观察患者用药后情绪、睡眠情况,结合患者自我评价疼痛强度、耐受程度评定疼痛级别。

3 统计学处理 计数资料采用 $\chi^2$ 检验;计量资料采用t检验。

### 结果

1 疼痛分级标准 参照WHO标准进行疼痛定量[中国中西医结合杂志1995;15(9):564],分4级。0度:无疼痛;Ⅰ度:轻度疼痛,可耐受,情绪平稳,睡眠基本不受影响;Ⅱ度:中度疼痛,疼痛,可勉强坚持,情绪略显烦躁,睡眠受到一定程度影响;Ⅲ度:重度,剧烈,不能耐受,情绪烦躁,不能入睡。

2 止痛效果 见表1。术后3小时,两组疼痛分级差异无显著性,术后24h,差异有显著性( $P<0.01$ )。

表1 两组术后3、24h疼痛分级比较(例)

组别	例数	术后时间	0度	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
治疗	42	3h	0	35	7	0
		24h	0	40*	2*	0
对照	38	3h	0	33	5	0
		24h	0	29	9	0

注:与对照组同期比较,\* $P<0.01$

讨论 PPP术后由于内源性致痛物质的释放,缝线所致

机械性牵拉,频繁的不自主的吞咽动作的刺激,致使该术患者术后疼痛难以耐受。术后立即应用杜冷丁等止痛,多数患者仅感受到轻度疼痛。两组术后3小时进行疼痛分级统计,无明显差异。说明西药杜冷丁止痛效果确切。非那根与杜冷丁协同,能加强镇痛效果,且有较强的镇静催眠、稳定情绪作用。同时应用灭吐灵,可消除杜冷丁易恶心、呕吐的副反应。

中医学认为,手术损伤致营卫不和,邪热壅聚,气血凝结,经络瘀塞不通而致剧烈疼痛。膏药内所含蟾蜍、蚤休、大戟解毒散结止痛;乳香、没药活血止痛;山慈菇消肿化痰;川乌、马钱子通血脉散结止痛,诸药相合,共奏解毒散结,化痰退肿、活血止痛之功。下颌下区敷之,有助于术区邻近下颌下区组织的炎症消散,痛阈敏消失,从另一角度减轻了患者术后疼痛。当杜冷丁等药效消失之后膏药药效已达高峰,产生持续镇痛效果,帮助患者度过术后最痛苦时刻。避免了重复使用杜冷丁及其产生的不良反应。

(收稿:2003-02-24 修回:2003-05-06)

## 酚妥拉明预防华蟾素所致局部

## 静脉反应的临床观察 R54 B

泸州医学院附属医院肿瘤科(四川 646000)

谭道玉 王绍琼 李昌平 黄家群 肖定贤

为预防肿瘤患者使用华蟾素治疗后局部静脉炎的发生,我科自2000年8月始,对82例肿瘤患者采用华蟾素注射液联合酚妥拉明静脉滴注,观察酚妥拉明对华蟾素所致局部静脉反应的防治效果。

### 资料和方法

1 临床资料 将我科自2000年8月起接受华蟾素治疗的165例住院肿瘤患者(除外低血压、血管病患者),随机分为两组,预防组82例,其中男52例,女30例;平均年龄(55.2±21.3)岁;病程小于1年者51例,1~2年者18例,2年以上者13例;使用华蟾素的疗程:1个疗程者55例,2个以上疗程者27例,平均每例1.4个疗程。对照组83例,男51例,女32例;平均年龄(54.8±22.0)岁;病程小于1年者52例,1~2年者17例,2年以上者14例;使用华蟾素的疗程:1个疗程者58例,2个以上疗程者25例,平均每例1.3个疗程。两组病例的年龄、性别、病程及使用华蟾素的疗程比较,差异无显著性。

2 治疗方法 两组病例均选择手背中上段及前臂浅静脉,要求血管无炎症、弹性好、暴露明显、易固定,远离关节和肌腱。使用同种消毒法及同型输液器,按基础护理学密闭式输液法操作。预防组采用酚妥拉明5mg和华蟾素20ml,同时加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注,每日1次,4周为1个疗程。对照组仅用华蟾素20ml加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注,每日1次,治疗4周。观察静脉炎发生情况;静脉炎发生时间、疼痛程度和疼痛持续时间。

3 统计学方法 采用 $\chi^2$ 检验和t检验。

### 结果

1 静脉炎判定标准 采用美国静脉输液护理学会标准。

I 级: 穿刺点疼痛、红和(或)肿, 静脉无条索状改变, 未触及硬结; II 级: 穿刺点疼痛、红和(或)肿, 静脉有条索状改变, 未触及硬结; III 级: 穿刺点疼痛、红和(或)肿, 静脉有条索状改变, 可触及硬结。疼痛分级标准使用 WHO 数字分级法(NRs)。

2 两组静脉炎发生情况 见表 1。预防组静脉炎 I 级 2 例次, II 级 1 例次, III 级 1 例次, 总发生率为 4.8%, 对照组分别为 12、10、7 例次及 34.9%, 两组比较差异有显著性( $\chi^2 = 9.87, P < 0.01$ ), 表明采用酚妥拉明与华蟾素同时输入, 静脉炎发生率较未用酚妥拉明组低。

3 两组静脉炎发生时间、疼痛程度、疼痛持续时间比较 见表 1。两组静脉炎发生时间、疼痛程度及疼痛持续时间比较, 差异均有显著性( $P < 0.05, P < 0.01$ )。

表 1 两组静脉炎发生时间、疼痛程度、疼痛持续时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	静脉炎发生时间(d)	疼痛程度(分)	疼痛持续时间(d)
预防	17.3±2.5(4)*	3.7±2.3(6)*	2.9±1.5(6)**
对照	7.4±2.8(29)	7.2±2.6(31)	7.2±2.3(31)

注: 与对照组比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ; ( ) 内数据为例次

讨论 华蟾素为我国传统中药材蟾蜍皮中提取的水溶性制剂, 临床用于治疗中晚期肿瘤疗效好。其主要不良反应为局部静脉反应, 这些不良反应是因其制剂中水溶性成分 5-羟色胺、蟾蜍色胺或作为异物的华蟾素在机体内引起的超敏反应刺激神经末梢的痛觉感受器, 导致滴注静脉血管收缩痉挛而致疼痛, 长期刺激可致静脉非特异性炎症, 因此避免华蟾素引起的静脉炎是临床关注的重点。酚妥拉明为短效  $\alpha$ -受体阻滞剂, 能对抗血中儿茶酚胺效应, 使外周血管扩张, 阻力降低, 常用于治疗外周血管痉挛性疾病。本观察用酚妥拉明旨在使外周血管扩张, 从而对抗华蟾素制剂中的水溶性成分 5-羟色胺、蟾蜍色胺等引起的静脉收缩痉挛现象, 减轻或避免华蟾素静脉滴注引起的局部静脉反应。

酚妥拉明为  $\alpha$ -受体阻滞剂, 有扩张外周血管, 降低血压的作用, 因此在静脉滴注过程中应监测血压, 注意血压不可太低, 滴速不宜太快(一般以 30~40 滴/分为宜)。若出现头昏、心慌、血压迅速下降等情况, 应调整滴速。

(收稿: 2003-03-26 修回: 2003-09-05)

### 自拟蠲痹汤加味联合甲氨喋呤治疗 类风湿性关节炎 34 例 吴 斌

黑龙江省鸡西市人民医院(黑龙江 158100)

李国君 白朝英 王 兵 杜贤君 齐秀霞

哈尔滨医科大学附属第二医院 张凤山

类风湿性关节炎(RA)是一种以关节病变为主的慢性全身性自身免疫性疾病, 目前国内尚无特效疗法, 我们自 1999 年 7 月—2003 年 1 月采用以自拟蠲痹汤加味联合甲氨喋呤治疗 RA 患者 34 例, 并以雷公藤片、消炎痛口服作对照, 疗效满意, 现报道如下。

#### 资料与方法

1 一般资料 观察病例随机分为两组。治疗组 34 例, 男 16 例, 女 18 例; 年龄 22~64 岁, 平均(45.3±9.4)岁; 病程 0.5~17 年, 平均(5.7±1.3)年; 对照组 23 例, 男 13 例, 女 10 例; 年龄 28~58 岁, 平均(44.5±7.2)岁; 病程 0.3~15 年, 平均(4.6±1.2)年; 两组在性别、年龄、病程方面, 差异无显著性( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

2 诊断标准 57 例患者均按照美国风湿病学会(ARA) 1987 修订的 RA 诊断标准, 凡符合以下 7 项中 5 项即可确诊为类风湿性关节炎: (1)晨僵 $\geq 1$ h; (2)对称性的关节肿胀持续 $\geq 6$ 周; (3)3 个以上的关节肿胀持续 $\geq 6$ 周; (4)腕关节或掌指关节或近端指趾关节肿胀、疼痛与触痛, 并超过 6 周; (5)类风湿因子(RF)阳性; (6)皮下类风湿结节; (7)受累关节 X 线摄片呈 RA 改变。中医辨证参照《中华人民共和国中医药行业标准》, 属肝肾不足气血虚弱证, 同时兼夹寒湿证 27 例, 湿热证 20 例, 痰瘀证 10 例; 所选病例未曾用过激素或停用激素及其他消炎镇痛药 2 周以上。

3 治疗方法 治疗组: 选用自拟蠲痹汤加味, 每日 1 剂, 每日 2 次口服, 基本方药组成: 生地 15g 秦艽 10g 黄芪 25g 甘草 15g 仙灵脾 15g 白芍 15g 独活 15g 桑寄生 15g 党参 15g 白术 15g 怀牛膝 25g 地龙 15g 薏苡仁 20g 鹿衔草 15g 桂枝 10g, 夹寒湿证: 加麻黄 10g, 细辛 10g, 附子 10g, 炙川乌 10g; 夹湿热证加黄柏 15g, 土茯苓 30g, 忍冬藤 15g, 防己 15g; 夹痰瘀证加僵蚕 15g, 炙胆南星 15g, 全蝎 10g, 白芥子 20g。对照组口服消炎痛 25mg, 每日 3 次; 雷公藤片 2 片, 每日 3 次。以上所有病例均给予甲氨喋呤 10mg, 每周 1 次肌肉注射。2 个月为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

4 观察项目及方法 (1)观察受累关节的疼痛、肿胀和活动障碍情况, 按重(3分)、中(2分)、轻(1分)、无(0)分计分; (2)记录不良反应; (3)治疗前后均检测血沉(ESR)、RF、C 反应蛋白(CRP)及免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)指标。

#### 结果

1 疗效标准 按照 1987 年全国中西医结合学会风湿、类风湿疾病学术会议讨论修订的部分疗效标准, 近期控制: 经治疗后受累关节肿痛消失, 关节功能基本恢复正常, ESR、RF、CRP、免疫球蛋白恢复正常; 显效: 受累关节明显改善, 晨僵 $< 30$ min, 受累关节总分下降 $> 80\%$ , 上述化验指标正常或好转; 有效: 肿胀或疼痛的关节好转, 受累关节总分下降 $40\% \sim 80\%$ , 上述化验指标好转; 无效: 经治疗 2 个疗程, 受累关节总分下降 $< 40\%$ 或病情加重。

2 结果 治疗组: 近期控制 14 例, 显效 12 例, 有效 7 例, 无效 1 例, 总有效率 97.1%; 对照组: 近期控制 3 例, 显效 4 例, 有效 13 例, 无效 3 例, 总有效率 87.0%, 两组比较, 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

3 不良反应 对照组 1 例因白细胞减少、皮疹停药, 治疗组 2 例出现胃肠不适, 无 1 例因严重不良反应终止治疗。

4 两组治疗前后受累关节疼痛、肿胀及活动障碍计分比较 见表 1。治疗后两组受累关节症状计分均有明显下降, 治疗前后比较, 差异有显著性( $P < 0.05, P < 0.01$ ); 且治疗组计分