

颈深丛神经阻滞防治胆囊手术时肩部牵涉痛的临床观察

金向红

[摘要]目的:探讨颈深丛神经阻滞防治胆囊手术时肩部牵涉痛的效果。方法:胆囊切除患者 90例,随机分为观察组和对照组各 45例,选择硬膜外麻醉。观察组麻醉平面测试后,行右颈深丛神经阻滞,注入 0.25%罗哌卡因 6 ml;对照组右颈深丛注入 0.9%生理盐水 6 ml,观察患者肩部疼痛情况,用视觉模拟评分法(VAS)进行疼痛评分。结果:观察组总有效率为 91.1%,对照组总有效率为 68.9%,两组疗效差异有显著性($P < 0.005$)。结论:颈深丛神经阻滞可以防治胆囊手术牵涉痛。

[关键词] 胆囊切除术;神经阻滞;牵涉痛;颈丛;麻醉;硬膜外

[中国图书资料分类法分类号] R 657.4 [文献标识码] A

胆囊手术在硬膜外麻醉下进行时常有患者主诉右肩部、颈部疼痛,这种牵涉痛,使患者疼痛难忍,请求麻醉医师为其按摩,牵涉痛成为麻醉科医师术中比较棘手的问题。本研究旨在观察颈深丛阻滞对此种牵涉痛的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003年 9月~2004年 3月,我们将收治的 90例行胆囊切除患者(ASA I~II级),随机分为观察组与对照组,各 45例。其中,男 20例,女 25例;年龄 20~60岁。体重 45~78 kg,均选择硬膜外麻醉。

1.2 方法 两组均于术前 30 min肌肉注射地西洋 10 mg和阿托品 0.5 mg,开放静脉后,患者侧卧位于 T₆₋₁₀间隙穿刺,留管 5 cm,平卧后,交替输平衡盐液及胶体溶液。硬膜外分次注 1.5%利多卡因加 0.33%丁卡因混合液 12 ml,平面控制在 T₄~T₂。两组均于切皮时静脉注射哌氟合剂各 1/2支。观察组在术前行一点法(C₄横突)右颈深丛阻滞^[1],药物为 0.25%罗哌卡因 6 ml;对照组颈深丛注入 0.9%生理盐水 6 ml,术中观察两组患者肩部疼痛情况。常规术中监测血压、心率、SpO₂,观察颈丛阻滞的并发症,如呼吸困难及声音嘶哑等。

1.3 疼痛评估及疗效标准^[2] (1)疼痛评估:用视觉模拟评分(VAS)法评估疼痛程度。用自制的 10 cm尺为标尺,尺的一端为 0即无痛,另一端为 10,即极痛,让患者将自己对疼痛的感受表示在标尺的适宜部位,即得出相应的 VAS值,并作记录。(2)疗效标准:用 VAS法评定镇痛效果,0~1为无痛,2~3为显效,4~7为有效,8~10为无效。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验

2 结果

两组麻醉平面均在 T₄~T₂。观察组总有效率为 91.1%,无效率为 8.9%;对照组总有效率为 68.9%,无效率为 31.1%,两组疗效差异有显著性($P < 0.005$)(见表 1)。

表 1 观察组和对照组的疗效比较 (n)

分组	n	无痛	显效	有效	无效	χ^2	P
观察组	45	10	21	10	4	12.09	<0.005
对照组	45	4	12	15	14		
合计	90	14	33	25	18		

观察组中有 2例颈丛阻滞 10 min后出现声音嘶哑,自觉有轻度呼吸困难症状,但 SpO₂监测结果与阻滞前无明显变化,20 min后呼吸困难症状消失,1~1.5 h后声音嘶哑症状消失。对照组有 8例肩臂疼痛不能忍受,需要按摩其肩部,6例感到肩部疼痛难忍伴上臂、小指放射痛且烦躁。

3 讨论

牵涉痛主要是胆囊手术操作刺激膈神经径路所引起的,其中肩部疼痛出现最早和最重,甚至牵涉痛向上肢及小指放射,疼痛呈持续性或发作性,有的还有颈部不适,同时伴随呼吸困难,这与典型的膈神经痛相一致。

笔者在临床麻醉实践中发现颈深丛阻滞可减轻或消除这种肩部牵涉痛。其镇痛原因可能有:(1)膈神经^[3]起自颈₃₋₅脊神经前支,是混合神经,除分布于膈肌外,也分布于心包及膈下腹膜,右膈神经的感觉神经纤维还分布于胆囊和肝脏。颈深丛阻滞^[4]可阻滞膈神经,阻断了膈神经的传导途径,能够减轻或消除胆囊手术的牵涉痛。(2)颈深丛阻滞的同时,颈浅丛也被阻滞,颈浅丛分 5支呈披肩状分布于颈、肩、头后枕部和胸上部(第 3肋以上),也能减轻或消除肩部的牵涉痛。

观察组中 2例发生声音嘶哑伴轻度呼吸困难,

[收稿日期] 2005-03-04

[作者单位] 安徽省安庆市第一人民医院 麻醉科, 246003

[作者简介] 金向红(1965-),男,主治医师。

是由于喉返神经和膈神经同时阻滞所致,膈神经阻滞和喉返神经阻滞是颈深丛阻滞的并发症,所以两侧颈深丛阻滞不能同时进行。另外,为了避免膈神经阻滞导致呼吸困难,应减少颈深丛阻滞的药物用量和浓度。

观察组中有 4 例无效,其原因可能有:(1)定位不准确,无效的患者中有 2 例出现臂丛麻痹症状。(2)阻滞操作不准确,药物注射到颈浅丛。颈浅丛神经阻滞不能阻滞到膈神经,膈神经径路上由于手术操作刺激引起的分布区疼痛,并不能被该区域的皮肤麻醉所缓解^[3],所以不能减轻牵涉痛的程度。

颈深丛阻滞在手术开始时进行即可,这样拉长了与硬膜外麻醉给药时间,防止集中给药可能导致

的局麻药毒性反应^[6]。

[参 考 文 献]

[1] 张励才. 麻醉解剖学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 55-57

[2] 沈邮静, 陆康生. 低温罗哌卡因、利多卡因混合溶液行臂丛神经阻滞的临床观察 [J]. 实用临床医药杂志, 2004, 8(3): 71-74

[3] 李淑先. 颈丛神经阻滞 [A]. 见: 李仲廉主编, 临床疼痛治疗学 (修订版) [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998. 225-226

[4] 严相默. 临床疼痛学 [M]. 延边: 延边人民出版社, 1996. 167-168

[5] 张立生, 刘小立. 现代疼痛学 [M]. 河北: 河北科学技术出版社, 1999. 146-147

[6] 王 冰. 颈丛神经阻滞并发症 38 例分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 1999, 24(6): 453

[文章编号] 1000-2200(2006)01-0064-02

。临床医学。

小剂量咪达唑仑在无痛胃镜检查中的应用

汪建胜, 柯善高, 陶 峰, 叶欲峰, 郑 磊

[摘要]目的: 观察门诊无痛胃镜检查中应用小剂量咪达唑仑对患者循环、呼吸及术后恢复的影响。方法: 将 160 例择期自愿接受静脉全麻下行胃镜检查的患者, 随机分为咪达唑仑组 (A 组) 与常规配方组 (B 组), 每组 80 例。A 组静脉推注 (静注) 咪达唑仑 0.015 mg/kg 芬太尼 1 μg/kg 后, 静注丙泊酚至患者睫毛反射消失, 维持量根据临床体征调节。B 组仅静注芬太尼 1 μg/kg 后, 余用药同 A 组。记录丙泊酚用量、患者术中反应、清醒时间及离院时间等。结果: 两组间一般资料及麻醉前血压 (BP)、心率 (HR)、血氧饱和度 (SpO₂)、清醒时间、离院时间差异均无显著性 (P>0.05)。丙泊酚用量 A 组明显少于 B 组 (P<0.001), BP 和 SpO₂ 在麻醉诱导入睡后和插镜时两组均有下降, 但 A 组降幅低于 B 组 (P<0.01)。不良反应发生率 A 组与 B 组比较差异均无显著性 (P>0.05)。结论: 小剂量咪达唑仑用于无痛胃镜能减少丙泊酚的用量, 减轻血液动力学改变, 对避免术中肢动和知晓有重要意义, 有利于提高麻醉安全性。

[关键词] 胃镜术; 咪达唑仑; 丙泊酚

[中国图书资料分类法分类号] R 573 [文献标识码] A

近年来无痛胃镜检查已日趋普遍, 静脉麻醉的常规配方是丙泊酚复合芬太尼, 但是随着丙泊酚剂量的增加, 患者会出现不同程度的呼吸、循环抑制。为确保门诊患者术中、术后的安全, 我们在芬太尼和丙泊酚的基础上再加入小剂量咪达唑仑, 观察对患者麻醉过程和手术后恢复的影响。现作报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料 160 例自愿接受无痛胃镜检查而无禁忌证患者。男 78 例, 女 82 例; 年龄 27~77 岁, 体重 43~83 kg。美国麻醉医师协会分级 (ASA) I~II 级。所有患者均无严重心、肺、肝、肾疾患及重度阻塞性通气功能障碍。术前均常规禁食, 均无术前用药。

1.2 方法 160 例患者随机分为 A B 两组, 每组

80 例。常规胃镜检查前准备, 鼻导管给氧。A 组术前静脉推注 (静注) 咪达唑仑 0.015 mg/kg 与芬太尼 1 μg/kg 后缓慢静注丙泊酚, 至睫毛反射消失后开始置入胃镜, 术中根据患者肢动情况追加丙泊酚每次 10~20 mg 直至达到理想的镇静水平后停止给药。B 组为对照组, 仅静注芬太尼 1 μg/kg 余用药方法同 A 组。

1.3 观察指标 两组均记录麻醉前 (T₀)、诱导入睡后 (T₁)、插镜过声门 (T₂)、插镜达十二指肠 (T₃)、退镜完毕时 (T₄) 的血压 (BP)、心率 (HR)、血氧饱和度 (SpO₂) 和丙泊酚用量; 记录清醒时间及离院时间。记录术中发生的不良反应的例次数, 如 SpO₂ ≤ 92%, 影响操作的肢动和术中知晓。

1.4 统计学方法 采用 检验和 χ² 检验。

2 结果

两组间一般资料、检查前的基础监测参数及清醒、离院时间差异均无显著性 (P>0.05); A 组丙泊

[收稿日期] 2005-01-14

[作者单位] 安徽省铜陵市第四人民医院 麻醉科, 244000

[作者简介] 汪建胜 (1970-), 男, 主治医师。