

不同镇痛方法在子宫肌瘤介入治疗中的效果分析

陈俊, 吴大哲, 刘裕恒

【摘要】 目的:探讨不同镇痛方法对子宫动脉栓塞后疼痛的镇痛效果与临床应用价值。**方法:**根据不同的镇痛方法, 将 52 例确诊为子宫肌瘤的患者分为 A 组(肌注哌啶啉)、B 组(宫腔浸润麻醉)、C 组(患者自控止痛术, PCA), 行子宫动脉超选插管造影、栓塞, 观察栓塞后疼痛的发生并作出评价。**结果:**A 组疼痛发生率 100%, 镇痛优良率 0%, B 组、C 组的疼痛发生率明显低于 A 组, 分别为 16.7% 和 5.3% (背景剂量+自控量为 0%), 镇痛优良率分别为 89% 和 100%。**结论:**A 组效果欠佳, B、C 组效果优良, 可有效控制疼痛症状, 保证手术顺利进行和术后恢复。

【关键词】 子宫肌瘤; 栓塞; 宫腔浸润麻醉; 患者自控镇痛术

【中图分类号】 R815; R711.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2003)10-0737-02

Effect of different analgic methods in interventional therapy for uterine myoma CHEN Jun, WU Da-zhe, LIU Yu-heng. Department of Radiology, the People's Hospital of Guangxi Autonomous Region, Nanning 530021, P. R. China

【Abstract】 Objective: To assess the analgic effect of different analgic methods in UAE procedures. **Methods:** 52 patients with hysteromyoma were divided into three groups: group A (Intramuscular injection with dolantin), group B (uterine cavity infiltration anaesthesia) and group C (PCA). Uterine artery embolization was performed and pain after the procedure was observed and documented for statistic study. **Results:** Pain occurred in all patients of group A (100%). The incidence of pain in group B and C was lower than that of group A (16.7% and 5.3% respectively). **Conclusion:** Uterine cavity infiltration anaesthesia or selfcontrolled analgesia are better way of analgesia for uterine artery embolization.

【Key words】 Uterine myoma; Embolization; Uterine cavity infiltration anaesthesia; Patient controlled analgesia (PCA)

子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤是近年来国内外逐步推广的一项新技术。与传统治疗方法相比具有安全、微创、疗效优良、保留子宫功能、不影响内分泌和其它治疗、适应证宽等优点。自 Ravina 1995 年首次用于临床以来, 该技术就受到广泛重视。作为子宫肌瘤的一种新疗法, 其并发症中最值得关注的是栓塞后下腹部疼痛, 疼痛发生率高, 对术中操作、术后恢复影响较大。笔者在治疗中采用不同的镇痛方法并加以比较, 以寻求较好的镇痛方法, 现将结果报道如下。

材料与方 法

本组共 52 例, 年龄 26~51 岁, 平均 39 岁。47 例有生育史。所有病例均经 B 超或 CT 检查, 结合临床病史, 确诊为子宫肌瘤。临床症状为经期延长、量多、下腹疼痛等。

采用 Seldinger 技术经皮股动脉穿刺, 将 4F 或 5F 导管超选插入双侧子宫动脉造影确认肌瘤后, 在透视下经导管缓慢注入栓塞剂 PVA, 栓塞后重复造影, 确认无残留肿瘤血管后拔管, 结束手术。所有病例术前均采用保持清醒的麻醉镇痛方法, 根据不同镇痛方法, 分为 A、B、C 三组(A 组 15 例, B 组 18 例, C 组 19 例)。A 组, 术前 15min 肌注哌啶啉 100mg; B 组, 宫腔浸润麻醉, 即术前宫腔内置入 12F 双腔尿管, 气囊充气固定后, 经尿管注入吗啡 2mg 加 2% 利多卡因 5ml, 术中留置尿管, 使药物停留

在宫腔内浸润, 术后 15min 拔管; C 组为 PCA 组, 即患者自控止痛术(patient controlled analgesia, PCA), 采用雅培(Abbot)镇痛泵, 药物为芬太尼 0.8mg+咪唑安定 20mg+氟哌利多 10mg, 用生理盐水稀释至 200ml, 给药的背景剂量为 4ml/h, 自控量为每次 1ml(锁定时间 20min), 由三通接头与静脉通路连接。PCA 泵以背景剂量持续均匀输入镇痛液, 告知患者在疼痛时按压自控键, 加入自控量。术前 5min 开启 PCA 泵, 镇痛时间 48h。

疼痛评分采用疼痛视觉模糊评分法(VAS), 术前告知患者 VAS 标尺读法(0 为不痛, 10 为剧痛), 记录栓塞后 5、15、30 和 60min 及 6、12、24 和 48h 的疼痛评分, 取以上各点评分的平均值进行镇痛效果评定: 0~1 为优, 1~3 为良, 3~5 为一般, >5 为差。

结 果

A 组全部 15 例均发生下腹疼痛(术中 12 例, 术后 3 例), 疼痛发生率 100%。术中有 7 例疼痛较重, 包括 2 例因疼痛剧烈而出现轻度休克, 不得不暂停操作行对症处理。所有病例术后均需用哌啶啉 3~5d, 用药后疼痛无缓解 6 例, 不同程度缓解 9 例, 疼痛消失 0 例。

B 组 15 例术中、术后均未出现疼痛。有 3 例术中疼痛, 疼痛发生率 16.7%, 其中 1 例疼痛较轻, 无需处理, 2d 后疼痛消失; 另 2 例疼痛较重, 改用 PCA 后疼痛消失。

C 组在给药为背景剂量的情况下, 仅有 1 例术中出現轻度疼痛, 疼痛发生率 5.3% (背景剂量), 患者通过 PCA 泵自控加

药一次,几分钟后疼痛消失,疼痛发生率为 0(背景剂量+自控量)。术后及 48h 撤 PCA 泵后,均无 1 例出现疼痛。

表 1 各组镇痛效果比较 (例)

镇痛效果	优	良	一般	差	优良率%
A 组	0	0	6	9	0
B 组	15	1	2	0	89
C 组	19	0	0	0	100

讨 论

子宫动脉栓塞后常见的并发症有下腹部疼痛、发热、恶心、阴道流血或分泌物增多、下肢无力等^[1]。最为突出的是下腹痛,可发生在术中、术后,持续数天至半月。传统镇痛方法效果欠佳,有报道疼痛发生率高达 90%~100%^[2,3]。程度较重者,影响手术的进行及患者术后恢复,是子宫肌瘤介入治疗需解决的难题。目前较为普遍的观点认为疼痛是由于栓塞子宫动脉后缺血痉挛所致^[3],因此有笔者主张分次栓塞以减轻疼痛,但这种方式在一定程度上延长了患者的治疗时间,增加了手术步骤和费用。

为改善患者的疼痛症状,保证手术的顺利进行,笔者尝试使用不同的镇痛方法以寻求效果满意的方法。各组中不同药物的作用机制如下:哌啶啉、吗啡、芬太尼均属于阿片类镇痛药,吸收入血后作用于阿片受体,产生镇痛作用,而子宫是否存在阿片受体,尚未查到有关文献记载;宫内注入利多卡因有局麻作用,阻断了疼痛向脊髓的传导;咪唑安定本身无镇痛作用,但可增强芬太尼的镇痛效果,具有催眠和抗焦虑作用^[4];氟哌利多的作用是止吐。结果显示 A 组疼痛发生率 100%,镇痛优良率 0%;B 组疼痛发生率 16.7%,镇痛优良率 89%;C 组疼痛发生率为 5.3%(背景剂量)和 0%(背景剂量+自控量),镇痛优良率为 100%。从结果来看,A 组方法效果欠佳,B 组和 C 组方法效果优良,其中 C 组方法可完全控制疼痛的发生。我们的结

论是,在子宫肌瘤介入治疗中采用 B 组或 C 组镇痛方法可以取得令人满意的效果。至于 3 种止痛方法对于子宫动脉栓塞后疼痛产生镇痛作用的药理学、药物代谢学和镇痛效果的差异,仍有待进一步研究。

我们对镇痛方法的选择要求是操作简单、安全、效果好、不良反应小,B 组和 C 组方法均符合上述要求(B 组和 C 组方法的不良反应主要是恶心、头晕,C 组有 3 例尿潴留)。B 组方法费用低廉,只需给药 1 次,术后即可拔麻醉导管;C 组方法费用明显高于 B 组,给药时间需 48h,但起效快,效果较 B 组更优,并可作为 B 组方法无效时的补救措施。我们注意到 B 组病例中有 3 例子宫肌瘤合并腺肌症患者,均在栓塞后发生了疼痛(其中 2 例疼痛较重者改用 C 组方法后疼痛消失),而 B 组中的单纯子宫肌瘤无 1 例发生疼痛。是否 B 组方法对子宫肌瘤合并腺肌病患者的镇痛效果欠佳,尚待进一步积累病例后探讨。在镇痛方法的选择上,可根据患者的实际情况(如经济情况和对疼痛的忍耐力等)来决定,但仍建议对于单纯子宫肌瘤患者,采取费用低廉的宫腔浸润麻醉法(B 组方法)就可取得很好效果,而对合并有腺肌病的患者用 PCA(C 组方法)较为保险。我们认为效果优良的镇痛可消除患者对疼痛的恐惧感,完善子宫肌瘤介入治疗技术,有助于更好推广此项技术,让更多患者乐于接受。

参考文献:

- [1] 柳曦,冯敢生,梁惠明,等. 选择性子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤的临床研究[J]. 介入放射学杂志,2001,10(1):13-16.
- [2] 王仲朴,吴朝阳,王茂强. 经导管子宫动脉栓塞术治疗子宫平滑肌瘤[J]. 介入放射学杂志,1999,8(2):115-117.
- [3] 郭文波,杨建勇. 子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤[J]. 影像诊断与介入放射学,1999,8(4):243-246.
- [4] 刘俊杰,赵俊. 现代麻醉学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997. 328. (2003-04-15 收稿 2003-06-13 修回)

右侧卵巢巨大畸胎瘤钙化一例

· 病例报道 ·

郭学,刘玉文

【中图分类号】R814.41; R737.31 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)10-0738-01

病例资料 患者,女,46 岁。因下腹胀痛,右髋酸痛半年余就诊。体检:下腹部可触及一质硬且韧的肿块,可活动。实验室检查:血常规 WBC $7.9 \times 10^9/l$, RBC $4.41 \times 10^{12}/l$, HGB 123g/l, PLT $186 \times 10^9/l$, 血沉 16mm/h。

X 线表现:骨盆正位片示小骨盆内一类圆形巨大钙化灶,大小 7.8cm×9.5cm,密度不均匀,边界清晰锐利(图 1)。X 线诊断:盆腔钙化,性质待定。经手术病理



图 1 盆腔正位片示小骨盆内偏右侧一类圆形巨大钙化灶,大小为 7.8cm×9.5cm,密度不均匀,边界清晰锐利。

证实为卵巢囊性畸胎瘤钙化。

讨论 畸胎瘤为卵巢肿瘤中较常见的一种,以囊性为多。绝大多数囊性畸胎瘤为良性肿瘤,含有 3 个胚层的组织,占有良性卵巢肿瘤的 10%~15%。主要见于育龄妇女,20~40 岁妇女最常见,大多为单侧发病。但本例患者如此巨大畸胎瘤完全钙化实属少见。

(2003-04-14 收稿)