

胃癌根治术后早期应用帕瑞昔布对患者恢复的影响

魏尉,李刚,顾荣民,文旭,明学志,陈环球,彭锐,周斌*

(南京医科大学附属肿瘤医院胃外科,江苏 南京 210009)

[摘要] 目的:探讨胃癌根治术后早期应用帕瑞昔布对患者恢复的影响。方法:选择 89 例接受胃癌根治术(D2)患者按随机数字表法分为帕瑞昔布组(术后第 1 天开始应用帕瑞昔布)44 例和传统手术组 45 例。对比两组患者康复相关指标:术后疼痛评分、术后肛门首次排气时间、术后住院时间以及术后并发症发生率。结果:帕瑞昔布组患者术后疼痛评分、肛门首次排气时间和术后住院时间均显著优于传统手术组($P<0.05$);帕瑞昔布组患者术后并发症与传统手术组无明显差异($P>0.05$)。结论:术后早期应用帕瑞昔布有利于减轻胃癌根治术患者术后疼痛,促进胃肠功能的恢复,减少住院时间,促进患者的快速康复。

[关键词] 帕瑞昔布;胃癌;镇痛

[中图分类号] R656.6

[文献标志码] A

[文章编号] 1007-4368(2017)10-1313-02

doi: 10.7655/NYDXBNS20171019

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,已成为仅次于肺癌的高发病率及高病死率的第 2 大肿瘤^[1-2]。手术是治疗胃癌的主要方法,但胃癌手术创伤大,术后患者疼痛明显,目前临床常规应用包含阿片镇痛药物自控镇痛方法减轻患者疼痛,但其作用时间较短,且增加用量会对患者胃肠功能恢复有一定抑制,而后续镇痛药物种类的选择以及应用时间,尚无定论。本文旨在对比术后加用帕瑞昔布与传统手术自控镇痛对胃癌患者恢复的影响。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2016 年 5—8 月在本科择期行胃癌根治术(开腹手术)的患者 89 例。将患者按随机数字表法分成帕瑞昔布组(术后第 1 天开始应用帕瑞昔布)44 例和传统手术组 45 例。两组患者性别、年龄、体重、肿瘤分期,差异无统计学意义($P>0.05$ 表 1)。入组标准:①术前胃镜病理证实,术前检查临床 TNM 分期 I~III 患者;②未进行术前放化疗治疗;③术前无消化道梗阻或穿孔病史。排除标准:①既往有非甾体类药物过敏史;②活动性消化道溃疡或胃肠道出血;③严重肝功能损害;④冠状动脉搭桥术后;⑤缺血性心脏病、外周血管或脑血管疾病;⑥术后吻合口或腹腔活动性出血。其中传统手术组 1 例出现术后吻合口出血,1 例出现腹腔出血,予排除出组;帕瑞昔

布组 2 例出现术后吻合口出血,1 例出现腹腔出血,患者予排除出组。最终帕瑞昔布组 43 例,传统手术组 41 例。

1.2 方法

两组患者均常规术后应用自控镇痛泵(PCA),镇痛泵配方为吗啡 50 mg、托烷司琼 5 mg 加生理盐水稀释至 100 mL,参数设置:负荷量吗啡 4 mg,无背景剂量,PCA 吗啡 1 mg/次,锁定时间 5 min。帕瑞昔布组在术后第 1 天,在应用自控镇痛泵基础上加用帕瑞昔布 40 mg 静推第 1~3 天,每 12 h 1 次。所有患者术中常规放置鼻肠营养管,术后第 1 天开始经鼻空肠营养管建立肠内营养,先经空肠营养管匀速滴入等渗糖水 250 mL,术后第 2 天开始使用肠内营养乳剂(瑞能,无锡华瑞制药有限公司),24 h 均匀注入,每天 400 mL(30 mL/h 起),逐渐增加至 800 mL(80 mL/h),并结合肠外营养支持。

监测患者生命体征,观察两组患者术后 3 d 疼痛评分、肛门首次排气时间和术后住院时间,计算术后并发症发生率。

1.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,2 组间比较采用 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验, $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组术后恢复情况比较:帕瑞昔布组疼痛评分、

[基金项目] 江苏省卫计委保健科研项目(BJ2014020)

*通信作者(Corresponding author),E-mail:weiwei_DR@126.com

肛门首次排气时间和术后住院时间均显著低于传统手术组($P<0.05$,表1)。

表1 两组临床资料和术后恢复情况

变量	传统手术组 (n=43)	帕瑞昔布组 (n=41)	t(χ^2)值	P值
性别			0.026	0.871
男	28	26		
女	15	15		
年龄(岁)	58.5±9.9	59.1±9.9	-0.272	0.786
体重(kg)	67.1±7.1	67.6±9.4	-0.286	0.776
手术方式			0.202	0.903
远端胃切除术	17	18		
近端胃切除术	5	5		
全胃切除术	24	20		
TNM分期			0.070	0.791
I~II	25	25		
III~IV	18	16		
手术时间(h)	3.1±0.7	2.9±0.5	1.141	0.258
术中出血量(mL)	349.3±100.9	323.9±91.5	1.207	0.231
术后并发症[n(%)]	3(6.9)	5(12.2)	0.663	0.415
术后疼痛强度 (VAS评分)				
术后第1天	5.4±1.6	4.5±1.8	2.417	0.018
术后第2天	4.3±1.4	3.4±1.6	2.786	<0.001
术后第3天	3.3±1.1	2.6±1.4	2.463	0.016
肛门排气时间(h)	84.9±14.1	63.8±9.3	8.149	<0.001
术后住院时间(d)	10.3±1.6	9.3±1.5	2.950	<0.001

术后并发症:传统手术组(6.9%)术后出现1例乳糜瘘,1例肺部感染,1例胰瘘,对症处理后恢复。帕瑞昔布组(12.2%)出现2例低血压,停药后恢复;2例乳糜瘘,1例胰瘘,予对症处理后恢复。

3 讨论

胃癌治疗是以手术为主的综合治疗^[3],规范化胃癌根治性手术已广泛实施于各级治疗中心,但手术切除范围大、涉及脏器多、操作过程复杂,这样的大创伤手术必然伴随着严重的术后应激及疼痛。

目前,术后镇痛及肠内营养支持已广泛应用于胃癌根治术患者^[4]。术后早期进行肠内营养能加速肠道功能的恢复,保护肠黏膜屏障功能,减少肠道菌群移位。但早期给予肠内营养会增加胃切除术后呕吐和腹胀的发生率。而术后疼痛不仅会导致应激反应,也影响患者术后下床活动^[5]。卧床休息不仅增加

肌肉损耗速率和胰岛素抵抗风险,也减弱肺部对组织的供氧能力,增加了肺部感染风险。目前临床常用包含阿片类镇痛药物自控镇痛泵,虽然可减轻患者术后疼痛,但其镇痛时间短(48 h),后续加量可增加患者恶心、呕吐及免疫功能抑制^[6]。

本研究在传统开放手术治疗模式下加用帕瑞昔布结合自控镇痛泵。采用术后疼痛强度量表评估患者术后疼痛强度,结果表明,联合帕瑞昔布组的疼痛强度明显低于传统治疗组,在良好的镇痛下,患者因疼痛临时增用阿片类镇痛药物减少。一方面减少对胃肠功能影响;另一方面,患者术后能尽早及更长时间的下地活动,更能促进胃肠功能的恢复。在良好镇痛下,空肠营养管早期给予肠内营养,虽然腹胀发生率稍高一些,但是症状持续时间较短,通过充分的下床活动,症状很快得到缓解。本研究共纳入帕瑞昔布组41例和传统手术组43例。对比2组患者康复相关指标:术后疼痛评分、术后肛门首次排气时间、术后住院时间。帕瑞昔布组均有明显改善,而术后并发症发生率却无明显差异。因此,在传统胃癌根治术后加用帕瑞昔布可减轻患者疼痛,促进患者康复,而并不增加并发症发生率,是临床安全有效的治疗措施,值得推广。

[参考文献]

- [1] Adachi Y, Kitano S, Sugimachi K. Surgery for gastric cancer: 10-year experience worldwide[J]. *Gastric Cancer*, 2001, 4(4): 166-174
- [2] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. *CA: C J Clin*, 2016, 66(2): 115-132
- [3] Yamashita K, Sakuramoto S, Katada N, et al. Simple prognostic indicators using macroscopic features and age in advanced gastric cancer[J]. *Hepatogastroenterology*, 2014, 61(130): 512-517
- [4] Osland EJ, Memon MA. Early postoperative feeding in resectional gastrointestinal surgical cancer patients [J]. *World J Gastrointest Oncol*, 2010, 2(4): 187-191
- [5] Yanagimoto Y, Takiguchi S, Miyazaki Y, et al. Comparison of pain management after laparoscopic distal gastrectomy with and without epidural analgesia[J]. *Surg Today*, 2016, 46: 229-234
- [6] Liang X, Liu R, Chen C, et al. Opioid system modulates the immune function: A review[J]. *Transl Perioper Pain Med*, 2016, 1: 5-13

[收稿日期] 2016-12-17