

应用 SF-36 量表评估腹腔神经丛毁损术对胰腺癌患者的治疗价值

金玉琴 钟良 金忱 狄扬 郝思介

【摘要】 目的 探讨应用简明健康状况调查表(SF-36 量表)评估超声内镜引导下腹腔神经丛毁损术(EUS-CPN)在晚期胰腺癌镇痛治疗中的疗效,及其对患者生活质量的改善作用。方法 选取确诊为胰腺癌且无法行根治手术的、有明显肿瘤相关性疼痛的 60 例患者,随机分为治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组予 EUS-CPN 镇痛治疗,对照组予阿片类药物镇痛。采用 SF-36 量表评估患者的生存质量,观察时间为 8 周。结果 治疗组的操作成功率为 100%,治疗后 1、4、8 周时的疼痛缓解率分别为 87%、67%和 57%,均显著高于对照组;治疗组的 SF-36 量表各维度得分均高于同期的对照组。结论 EUS-CPN 可有效缓解晚期胰腺癌患者的肿瘤相关性疼痛并提高生活质量,可作为临床上胰腺癌姑息治疗的有价值的方法。

【关键词】 胰腺癌;镇痛治疗;超声内镜引导下腹腔神经丛毁损术;生存质量;SF-36 量表

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2019.05.015

胰腺癌的发病率逐年升高,预后极差,手术切除率低于 30%^[1],晚期患者的平均生存期为 3~6 个月。综合治疗是提高胰腺癌患者生活质量及延长生命的关键。疼痛在胰腺癌发病早期即可出现,随着病情的进展,患者出现疼痛的比例逐渐升高,疼痛程度逐渐加重,严重影响了患者的生活质量,因此胰腺癌的镇痛治疗是综合治疗中的重要部分^[2]。随着超声内镜(EUS)技术的发展,超声内镜引导下腹腔神经丛毁损术(EUS-CPN)通过向腹腔神经丛注射化学药物,可起到阻滞神经、缓解疼痛的作用,是胰腺癌镇痛的安全、有效的方法^[2-4]。简明健康状况调查表(SF-36 量表)是在美国医学结局研究的基础上发展起来的开放普适性量表,其全面概括了生理、心理、功能以及主观感受等方面的内容,被广泛应用于评价一般人群和一些特殊疾病患者的生存质量^[5]。本研究应用 SF-36 量表分析 EUS-CPN 对晚期胰腺癌患者镇痛的疗效及其对生存质量的改善效果。

1 资料与方法

1.1 基本资料

本研究选择自 2010 年 1 月至 2018 年 8 月在复旦大学附属华山医院被诊断为胰腺癌且无法行根治手术、因肿瘤相关疼痛而使用阿片类药物镇痛的 60 例患者。纳入标准:(1)年龄≤80 岁;(2)外科判断为无法行根治手术的胰腺癌患者(原发肿瘤无法切除或出现远处转移);(3)有腰背部疼痛且服用阿片类药物镇痛。排除标准:(1)存在引起腰背部疼痛的其他疾病;(2)有乙醇或麻醉相关药物过敏史。所有患者入院后的目测类比疼痛评分(VAS)≥3 分,意识清楚,生命体征平稳,签署知情同意书。采用抽签法将 60 例患者随机分为治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组予 EUS-CPN 术镇痛,停用所有口服镇痛药物;对照组予口服吗啡缓释片镇痛(每日 3 次,每次 10 mg,为期 8 周)。分别记录两组入院时和行 EUS-CPN 术后 1、4、8 周时的 SF-36 评分。

1.2 操作过程

手术前检查血常规、凝血酶原时间、血淀粉酶、人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体、梅毒快速血浆反应素试验(RPR)、乙型肝炎病毒(HBV)两对半及丙型肝炎病毒(HCV)抗体,并检查心电图和胸片以了解

作者单位:200040 复旦大学附属华山医院消化内科(金玉琴、钟良);胰腺外科(金忱、狄扬、郝思介)

通信作者:郝思介,Email: haosijie@hotmail.com

患者的心肺功能,了解过敏史和其他疾病既往史。术前禁食 6 h,禁水 2 h,操作前 15~30 min 给予患者口服盐酸利多卡因胶浆(10 g : 0.2 g)10 mL。患者取左侧卧位。使用浅静脉留置针,开通静脉通路,备用吸氧和吸痰装置,连接心电监护,观察生命体征,急救用品呈完好备用状态。

EUS 检查使用的主机型号为 FUJIFILM 4450、SU-9000,内镜型号为 FUJIFILM EG-580UT,穿刺针规格为 Wilson-Cook ECHO 20-CPN。采用静脉麻醉,操作过程中予心电监护。EUS 发现腹腔干起始部后,在 EUS 引导下穿刺腹腔干起始部(沿主动脉找到腹腔干起始部,再由超声证实),当穿刺针到达腹腔干起始部(腹腔干动脉起始部是定位腹腔神经丛最可靠的解剖标志^[6])后,负压回抽 10~12 s 无回血(排除误入血管的可能)后,向针体内注射 2.5%布比卡因 2~3 mL,边注射边退针,使布比卡因在远侧和近侧都能均匀分布并有效扩散(从肠系膜上动脉的起点至腹腔干的起点)。注射布比卡因后,将穿刺针再次向前深入至腹腔干起始部的侧方,在肠系膜上动脉起点与腹腔干起点之间注射无水乙醇 10~30 mL。在 EUS 下可见注射产生暂时的云雾状回声,并可能引起患者短暂不适(30~60 s)。为防止针尖内残留的无水乙醇引起穿刺路径上组织的刺激性疼痛,退针前应再注入生理盐水 3 mL^[7]。退出穿刺针,观察穿刺部位有无出血、穿孔。术中予以静脉扩容治疗,密切观察患者面色、呼吸、脉搏、血压、心率、血氧饱和度等生命体征。如有异常立即停止操作并作相应处理。

术后开放静脉通路扩容治疗,待患者麻醉清醒后即测疼痛分值。患者卧床休息,术后禁食 24 h,保持静脉通路。密切观察:(1)生命体征 监测 24 h 生命体征,观察有无低血压发生;(2)有无急性胰腺炎、胰瘘等并发症的发生 监测 24 h 血淀粉酶变化;(3)疼痛评估 记录患者术后 1、4、8 周时的 VAS 疼痛评分;(4)有无醉酒和酒精过敏等症状与注入的神经阻滞剂——无水乙醇有关。

1.3 评价方法

在治疗前和治疗后 1、4、8 周时,用中文版 SF-36 量表评估患者疾病相关的躯体健康和精神健康两方面的生存质量。SF-36 量表包括生理机能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、精力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH)8 项。对患者各时间点的疼

痛程度用 VAS 评分进行评估。疼痛缓解定义为:VAS 疼痛评分 \leq 3 分或相对于术前 VAS 评分下降 30%以上^[4]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计量资料采用独立样本 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的一般资料比较

本研究共纳入 60 例患者,其中男性 36 例,女性 24 例,平均年龄(60.08 \pm 5.80)岁。治疗组和对照组的一般资料差异无统计学意义,详见表 1。治疗组 30 例患者均顺利完成 EUS-CPN 治疗,操作成功率为 100%。术后无大出血、胰瘘、急性胰腺炎等严重并发症发生,有 2 例患者出现一过性低血压(交感神经阻滞后期腹腔脏器的血管扩张,血容量相对不足,回心血量减少所致^[8]),给予加快补液速度扩容治疗后缓解。

表 1 两组的一般资料比较

项目	治疗组 (<i>n</i> = 30)/例	对照组 (<i>n</i> = 30)/例	<i>P</i> 值
年龄			0.097 6
\leq 60 岁	15	13	
$>$ 60 岁	15	17	
性别			0.103 2
男性	19	17	
女性	11	13	
肿瘤部位			0.072 9
胰头/钩突	7	10	
胰体尾	23	20	
肿瘤大小(最大径)			0.705 0
\leq 2 cm	0	1	
$>$ 2 cm 且 \leq 4 cm	17	14	
$>$ 4 cm	13	15	
临床分期			0.082 9
Ⅲ期	16	13	
Ⅳ期	14	17	
术前镇痛药用量/mg \cdot d ⁻¹ (折合成吗啡换算)	27.33	26.67	0.092 1

2.2 两组的疼痛缓解率比较

治疗组患者接受 EUS-CPN 术后停用镇痛药物,对照组患者定时定量口服吗啡缓释片镇痛,为

期 8 周,在术后 1、4、8 周时的疼痛缓解率分别为 87%(26/30)、67%(20/30)和 57%(17/30)。对照组在口服吗啡缓释片 1、4、8 周时的疼痛缓解率分别为 57%(17/30)、40%(12/30)和 30%(9/30),两组在各时间点的疼痛缓解率差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组的生存质量比较

在治疗前,两组的 SF-36 量表 8 个项目得分相比较,差异无统计学意义($P = 0.376$)。分别在治疗后 1、4、8 周,两组的 SF-36 量表 8 个项目得分相比

较,治疗组均高于对照组($P < 0.05$),提示其生存质量明显高于对照组。将治疗组的 SF-36 量表中每个项目得分进行治疗前后对比,发现每个项目的治疗后得分明显高于治疗前($P < 0.05$),随治疗后时间的推移,RP、BP、VT 和 SF 的得分升高更显著($P < 0.01$)。对照组治疗前后的 8 个项目得分中,除 VT 得分的差异无统计学意义以外,其余各项目的治疗后得分均显著高于治疗前($P < 0.05$)。随着治疗后时间的推移,对照组的 RP、BP、SF 得分显著升高($P < 0.01$)。

表 2 两组治疗前后的 SF-36 量表得分比较

组别	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
治疗组								
治疗前	62.46 ± 6.90	15.61 ± 3.60	39.46 ± 14.95	25.76 ± 5.09	30.23 ± 6.73	37.26 ± 12.55	43.14 ± 15.23	35.82 ± 10.14
术后 1 周	68.87 ± 4.91	22.50 ± 4.19	64.23 ± 12.38	44.07 ± 7.12	66.57 ± 5.35	79.03 ± 7.44	58.09 ± 14.62	66.27 ± 2.18
术后 4 周	69.39 ± 3.92	23.00 ± 3.66	66.81 ± 11.74	45.64 ± 6.70	67.11 ± 4.92	80.49 ± 7.49	59.05 ± 14.04	66.58 ± 2.02
术后 8 周	69.57 ± 4.05	23.25 ± 3.34	67.55 ± 11.44	45.82 ± 6.61	67.27 ± 4.92	80.97 ± 7.44	59.07 ± 14.02	66.65 ± 1.89
对照组								
治疗前	59.96 ± 7.07	15.72 ± 3.66	39.23 ± 15.42	25.45 ± 5.00	29.87 ± 6.80	38.77 ± 12.06	43.65 ± 15.45	35.80 ± 10.34
术后 1 周	61.96 ± 8.81	17.44 ± 3.91	48.00 ± 17.47	31.62 ± 5.60	29.10 ± 5.17	44.27 ± 12.33	47.14 ± 16.46	40.21 ± 10.37
术后 4 周	62.51 ± 8.36	18.07 ± 3.85	50.25 ± 16.09	32.13 ± 5.33	29.67 ± 5.15	45.08 ± 11.42	49.27 ± 16.69	41.18 ± 10.50
术后 8 周	62.68 ± 7.36	18.27 ± 3.80	51.12 ± 15.24	32.40 ± 5.38	30.12 ± 5.11	45.32 ± 10.96	49.05 ± 16.68	41.81 ± 10.39

3 讨论

现代生理-心理-社会医学模式不仅要求提高患者生存率、延长生存时间,更重要的是改善生存质量。晚期胰腺癌患者多数出现口服药依赖或者难以控制的疼痛,成为疾病的突出临床表现,而其对应治疗却比较困难^[9]。本研究采用 EUS-CPN 治疗胰腺癌引起的疼痛,具有创伤小,效果理想,安全性好,并发症发生率低的优势,是极具临床价值的胰腺癌镇痛方法,能有效缓解胰腺癌及其腹腔转移引起的顽固性疼痛。而胰腺癌患者在 EUS-CPN 术后的疼痛动态评估,对于监测疗效和病情变化,也尤为重要。

疼痛感觉非常复杂,其不仅是机体组织损伤的生理反应,而且是一种复杂的多维生理-心理学现象,包括生理、感觉、情感、认知、行为和社会文化等因素的共同作用,不同的人对疼痛程度和感觉的描述存在较大差异。SF-36 量表从 8 个维度全面概括了被调查者的生存质量,得分为 0~100 分,分数越高提示生存质量越好。生存质量的影响因素很多,一般认为包含了健康因素、家庭因素、政治因素、地

理因素等^[10]。目前 SF-36 量表已广泛应用于评估重症急性胰腺炎患者的生存质量^[11-12]。

本研究发现 EUS-CPN 镇痛的术后疼痛缓解率明显高于单纯口服阿片类药物镇痛,治疗组的 VAS 评分下降幅度显著大于对照组,说明 EUS-CPN 的镇痛疗效明显优于口服阿片类药物。

研究显示两组的 SF-36 量表各项得分均明显增加,说明无论是口服阿片类镇痛药物还是通过 EUS-CPN 镇痛,均可提高患者的生存质量。治疗组术后各时间点的 SF-36 量表各项目得分均显著高于对照组,说明 EUS-CPN 对于患者生存质量的改善效果优于口服阿片类药物。对于内脏疼痛影响较为主要的 RP、BP、VT 和 SF 这 4 个项目来说,治疗组在治疗后的生存质量改善效果明显比对照组令人满意。另一方面,从量表的各项目来看,治疗组随术后时间的推移,项目得分明显升高,患者生存质量逐渐提高,RP、BP、VT、SF 的得分升高更加显著。对照组在治疗后多数项目得分高于治疗前,而治疗前后 VT 得分差异无统计学意义,可能反映了口服阿片类药物镇痛的局限性,虽然其他生存质

量方面有所改善,但疾病的消耗加上镇痛效果不满意,仍消耗了患者大量的精力。而 RP、BP、SF 得分的提高虽然相对其他项目更显著,但与治疗组相比仍显逊色。

综上所述,无论是镇痛效果,还是对于疾病生存质量的改善效果,EUS-CPN 均显著优于传统口服阿片类镇痛药物,能使患者获得最大限度的功能改善,提高晚期胰腺癌患者的生存质量。

参 考 文 献

1 Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(1): 7-30.

2 徐蔚佳, 郝思介, 钟良. 腹腔神经丛毁损术用于胰腺癌镇痛的研究进展[J]. 国际消化病杂志, 2014, 34(2): 93-95.

3 金震东. 超声内镜对胰腺癌的诊治[J]. 胰腺病学, 2006, 6(4): 193-195.

4 Si-jie H, Wei-jia X, Yang D, et al. How to improve the efficacy of endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis in pain management in patients with pancreatic cancer: analysis in a single center[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2014, 24(1): 31-35.

5 Ware JE Jr. ST-36 health survey update[J]. Spine, 2000, 25

(24): 3130-3139.

6 Ward EM, Rorie DK, Nauss LA, et al. The celiac ganglia in man; normal anatomic variations[J]. Anesth Analg, 1979, 58(6): 461-465.

7 Levy MJ, Topazian MD, Wiersema MJ, et al. Initial evaluation of the efficacy and safety of endoscopic ultrasound-guided direct ganglia neurolysis and block[J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(1): 98-103.

8 年萍, 张海燕, 李文红, 等. 内镜超声引导下腹腔神经丛阻滞治疗晚期癌痛的护理观察[J]. 医学信息, 2014, 27(11): 233.

9 孙思予, 刘春英, 李小力, 等. 内镜超声引导下腹腔神经丛阻滞缓解进展期胰腺癌的疼痛[J]. 中国消化内镜杂志, 2001, 18(5): 264-266.

10 Neuner B, von Mackensen S, Krumpel A, et al. Health-related quality of life in children and adolescents with stroke, self-reports and parent/proxies reports; cross-sectional investigation [J]. Ann Neurol, 2011, 70(1): 70-78.

11 陈红, 谭艳, 郑思琳. 运用 SF-36 量表评价重症急性胰腺炎患者的生存质量分析[J]. 中国农村卫生, 2014, 13(52): 7-8.

12 刘朝杰, 李宁秀, 任晓晖, 等. 36 条目简明量表在人群中的适用性研究[J]. 华西医科大学报, 2001, 32(1): 39-42.

(收稿日期:2019-02-27)

(本文编辑:林磊)

(上接第 372 页)

9 Kang Y, Choi JY, Yoo HJ, et al. Delayed gadolinium-enhanced MR imaging of cartilage: a comparative analysis of different gadolinium-based contrast agents in an ex vivo porcine model [J]. Radiology, 2016, 282(3): 160367.

10 陈孟, 邓明, 刘丽萍. 通腑运肠汤治疗粘连性肠梗阻的效果及对肠道屏障功能的保护机制研究[J]. 中医药导报, 2016, 24(16): 75-77.

11 Shah S, Hankenson J, Pabbathi S, et al. Clostridium tertium in neutropenic patients: case series at a cancer institute[J]. Int J Infect Dis, 2016, 51: 44-46.

12 刘莹, 甄文剑, 王雅琼. 增液承气汤加减保留灌肠佐术后粘连性肠梗阻(气滞血瘀证)的疗效观察[J]. 中国中医急症,

2016, 25(8): 1626-1628.

13 郝宏华. 复方大承气汤联合常规疗法治疗粘连性肠梗阻疗效及对胃肠功能的影响[J]. 陕西中医, 2017, 38(5): 560-561.

14 张俊鸽, 徐钧, 张勇. 四磨汤口服液联合中药灌肠治疗结肠癌术后粘连性肠梗阻的临床观察[J]. 肿瘤研究与临床, 2017, 29(4): 255-258.

15 江学维, 白楠, 倪文涛, 等. 替考拉宁和万古霉素治疗革兰阳性菌感染疗效及安全性比较[J]. 中国药物应用与监测, 2017, 14(1): 10-12.

(收稿日期:2018-09-22)

(本文编辑:周骏)