

## · 临床研究 ·

## 超声引导下肋下前路腰方肌阻滞对后腹腔镜肾脏手术后镇痛效果的影响

李运 孙义 张析哲 周琪 宋健楠

**【摘要】** 目的 观察和比较超声引导下肋下前路腰方肌阻滞 (QLB) 与低位胸椎旁神经阻滞 (TPVB) 用于后腹腔镜肾脏手术后镇痛的效果。方法 择期行后腹腔镜肾脏手术患者 70 例,男 38 例,女 32 例,年龄 18~65 岁,BMI 18~24 kg/m<sup>2</sup>,ASA I 或 II 级。随机分为肋下前路 QLB 组 (QLB 组) 和低位 TPVB 组 (TPVB 组),每组 35 例。QLB 组行超声引导下患侧肋下前路 QLB,TPVB 组行超声引导下患侧 T<sub>10</sub> 横突水平 TPVB,两组分别注入 0.33% 罗哌卡因 30 ml,注药后 20 min 测定感觉阻滞平面。两组术后行羟考酮 PCIA。记录术后 0~24 h 和 24~48 h 镇痛泵用量、有效按压次数、总按压次数;记录术后 2、6、12、24、36、48 h 静息时和运动时的 NRS 评分;记录术后 48 h 内补救镇痛和低血压、肌力减退、恶心呕吐、嗜睡等不良反应发生情况。结果 QLB 组阻滞平面为 T<sub>5</sub>-L<sub>2</sub>,TPVB 组为 T<sub>5</sub>-T<sub>12</sub>。QLB 组术后 0~24 h 和 24~48 h 镇痛泵用量明显低于 TPVB 组 ( $P < 0.05$ ),有效按压次数和总按压次数明显少于 TPVB 组 ( $P < 0.05$ ),术后 12、24、36、48 h 运动时 NRS 评分明显低于 TPVB 组 ( $P < 0.05$ ),术后 48 h 内补救镇痛、恶心呕吐和嗜睡发生率明显低于 TPVB 组 ( $P < 0.05$ )。两组低血压和肌力减退发生率差异无统计学意义。结论 与低位 TPVB 比较,超声引导下肋下前路 QLB 联合羟考酮 PCIA 在后腹腔镜肾脏手术后镇痛的效果更显著,持续作用时间更长,不良反应更少。

**【关键词】** 腰方肌阻滞;胸椎旁神经阻滞;超声引导;后腹腔镜肾脏手术;术后镇痛

**Effects of ultrasound-guided subcostal approach to anterior quadratus lumborum block on postoperative analgesia after retrolaparoscopic renal surgery** LI Yun, SUN Yi, ZHANG Xizhe, ZHOU Qi, SONG Jiannan. Department of Anesthesiology, Chifeng Municipal Hospital, Chifeng Clinical Medical College of Inner Mongolia Medical University, Chifeng 024000, China  
Corresponding author: ZHOU Qi, Email: 18847600734@163.com

**【Abstract】 Objective** To compare the efficacy of ultrasound-guided subcostal approach to anterior quadratus lumborum block (QLB) with low thoracic paravertebral block (TPVB) on postoperative analgesia after retrolaparoscopic renal surgery. **Methods** Seventy patients, 38 males and 32 females, aged 18–65 years, with a BMI 18–24 kg/m<sup>2</sup>, ASA physical status I or II, scheduled for retrolaparoscopic renal surgery, were randomly divided into subcostal approach to anterior QLB group (group QLB,  $n = 35$ ) and low TPVB group (group TPVB,  $n = 35$ ). Subcostal approach to anterior quadratus lumborum block in group QLB, and thoracic paravertebral block of T<sub>10</sub> transverse process in group TPVB were guided by ultrasound, and injected with 0.33% ropivacaine 30 ml respectively, then sensory block planes were measured 20 min after injection. The two groups received patient-controlled intravenous analgesia (PCIA) with oxycodone for 48 h after surgery. The consumption, effective pressing numbers and total pressing numbers of analgesic pump during 0–24 h and 24–48 h after surgery were recorded. The numerical rating scale (NRS) scores of rest and movement 2, 6, 12, 24, 36, 48 h after surgery were recorded. Adverse reactions such as remedial treatment, hypotension, hypomyodynamia, nausea and vomiting, and drowsiness were recorded within 48 h after surgery. **Results** The main block planes of group QLB and group TPVB was T<sub>5</sub>-L<sub>2</sub> dermatomes and T<sub>5</sub>-T<sub>12</sub> dermatomes, respectively. Compared with group TPVB, the consumption, effective pressing numbers and total pressing numbers of analgesic pump during 0–24 h and 24–48 h after surgery in group QLB were significantly less than those in group TPVB ( $P < 0.05$ ). The NRS scores of movement at 12, 24, 36, and 48 h after surgery in group QLB were significantly lower than those in group TPVB ( $P < 0.05$ ). The incidence of postoperative nausea and vomiting, and drowsiness in group QLB was significantly lower than that in group TPVB ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the incidence of hypomyodynamia and hypotension between the two groups. **Conclusion** In retrolaparoscopic renal surgery, ultrasound-guided

DOI: 10.12089/jca.2020.08.004

作者单位:024000 内蒙古医科大学赤峰临床医学院 赤峰市医院麻醉科

通信作者:周琪,Email: 18847600734@163.com

subcostal approach to anterior quadratus lumborum block compared with low thoracic paravertebral block could bring about better postoperative analgesia, longer duration, and fewer adverse reactions.

**【Key words】** Quadratus lumborum block; Thoracic paravertebral block; Ultrasound-guided; Retro-laparoscopic renal surgery; Postoperative analgesia

后腹腔镜肾脏手术创伤小, 躯体痛轻, 但手术操作可使患者内脏痛明显, 需要有针对性的上腹部镇痛管理<sup>[1]</sup>。低位胸椎旁神经阻滞 (thoracic paravertebral block, TPVB) 可用于腹腔镜肾脏手术镇痛, 但有气胸、出血等风险<sup>[2]</sup>。而肋下前路腰方肌阻滞 (quadratus lumborum block, QLB) 是一种基于前路 QLB 而上移阻滞位点至 T<sub>12</sub> 肋下的新型躯干神经阻滞技术<sup>[3]</sup>, 具有阻滞平面高、作用时间长、不良反应少等优势<sup>[4]</sup>, 并具有阻断内脏痛的潜力<sup>[5]</sup>。本研究旨在评价超声引导下肋下前路 QLB 用于后腹腔镜肾脏手术围术期镇痛的效果, 并与低位 TPVB 比较, 为临床提供参考。

### 资料与方法

**一般资料** 本研究已通过医院伦理委员会批准 (2018022), 患者均签署知情同意书。选择本院 2018 年 6 月至 2019 年 3 月择期行后腹腔镜单肾脏手术的患者, 性别不限, 年龄 18~65 岁, BMI 18~24 kg/m<sup>2</sup>, ASA I 或 II 级。排除标准: 拒绝参加研究, 无法配合操作, 局麻药过敏, 穿刺区域感染, 凝血功能障碍, 肝肾功能严重异常, 心脑血管功能严重异常, 术前 24 h 使用镇痛药物, 酗酒等。

**分组与处理** 采用随机数字表法将患者随机分为肋下前路 QLB 组 (QLB 组) 和低位 TPVB 组 (TPVB 组)。QLB 组: 参考 Elsharkawy 等<sup>[3]</sup>报道的肋下前路 QLB 技术, 患者取侧卧位, 先将低频探头长轴纵向置于患侧肋脊角区, 但改进了超声扫描角度, 在 T<sub>12</sub> 肋下、L<sub>1</sub> 横突外侧 2~5 cm 正中长轴斜向内下方移动扫描, 矢状切面可显示头侧 T<sub>12</sub> 肋声影、尾侧 L<sub>2</sub> 横突声影, 从上往下不仅显示出背阔肌、竖脊肌、腰方肌和肾脏等组织结构, 更能显示出腰方肌下方的胸腰筋膜 (thracolumbar fascia, TLF) 和腰大肌这两个重要的解剖结构。采用平面内技术, 在 L<sub>1</sub> 横突水平向头侧进针, 当针尖到达腰方肌和腰大肌之间的 TLF 处, 回抽无血无气后, 注入 0.33% 罗哌卡因 30 ml。TPVB 组: 患者取侧卧位, 参考廖萍等<sup>[6]</sup>报道的低位 TPVB 技术, 先将探头横向置于患侧 T<sub>11</sub> 棘突平面, 与脊柱垂直, 横断面可显示 T<sub>10</sub> 横突及其外侧一高回声带 (壁层胸膜)。采用平面内技术, 在 T<sub>10</sub> 横突水平向内侧进针, 当针尖到达目标区

域 (位于肋骨、横突和肋横突韧带所组成的三角中), 回抽无血无气后, 注入 0.33% 罗哌卡因 30 ml。注药后 20 min 采用针刺痛觉评估法测定感觉阻滞平面。肋下前路 QLB 和低位 TPVB 成功标准为感觉阻滞平面上界达到 T<sub>8</sub> 及以上。神经阻滞操作由同一名具有麻醉超声资质的高年资麻醉科医师进行。

**麻醉方法** 患者入手术室后监测 ECG、SpO<sub>2</sub>、BP 和 BIS, 开放上肢静脉通路。神经阻滞成功后行麻醉诱导: 依次静脉注射咪达唑仑 0.05 mg/kg、舒芬太尼 0.03 μg/kg、丙泊酚 3 mg/kg 和罗库溴铵 1 mg/kg。气管插管后行机械通气, V<sub>T</sub> 6~8 ml/kg, RR 8~12 次/分, P<sub>ET</sub>CO<sub>2</sub> 维持在 35~45 mmHg。麻醉维持采用吸入 1% 七氟醚, 静脉泵注丙泊酚 2~4 mg·kg<sup>-1</sup>·h<sup>-1</sup> 和瑞芬太尼 0.1~0.2 μg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>, BIS 维持在 40~60, 术中定期追加罗库溴铵。术后行 PCIA, 配方为羟考酮 50 mg 用生理盐水稀释至 100 ml, 无负荷剂量和背景输注量, 单次自控剂量 2 ml, 锁定时间 5 min, 使用 48 h。若 NRS 评分 >4 分, 静脉注射羟考酮 1 mg 补救镇痛, 必要时重复给药。

**观察指标** 记录感觉阻滞平面和神经阻滞并发症 (局麻药中毒、气胸、出血、误入腹腔、肾脏损伤等)。主要指标: 术后 0~24 h 内镇痛泵用量。次要指标: 镇痛泵首次使用时间、术后 0~24 h 和 24~48 h 镇痛泵有效按压次数和总按压次数、术后 24~48 h 内镇痛泵用量; 术后 2、6、12、24、36 和 48 h 静息时和运动时的 NRS 评分 (0 分, 无痛; 10 分, 剧痛)。术后 48 h 采用口述评分法 (verbal rating scale, VRS) 评估患者满意度 (0 分, 不满意; 1 分, 基本满意; 2 分, 比较满意; 3 分, 非常满意, 评分 ≥2 分为高满意度)。记录术后 48 h 内补救镇痛和低血压 (降低幅度 > 基础值 20%)、肌力减退 (患侧下肢肌力分级 ≤4 级)、恶心呕吐、呼吸抑制 (RR ≤8 次/分或 SpO<sub>2</sub> <90%)、嗜睡等不良反应发生情况。

**统计分析** 采用 SPSS 22.0 软件进行数据分析。正态分布计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用独立样本 *t* 检验。非正态分布计量资料以中位数 (*M*) 和四分位数间距 (*IQR*) 表示, 组间比较采用非参数 Mann-Whitney *U* 检验。计数资料

以频数和率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 结 果

本研究初始纳入患者 76 例,QLB 组因神经阻滞失败 2 例和 PCIA 使用异常 1 例被剔除。TPVB 组因神经阻滞失败剔除 3 例,最终 70 例纳入分析,每组 35 例。两组患者性别、年龄、BMI、ASA 分级、手术时间和瑞芬太尼用量等差异无统计学意义(表 1)。

QLB 组感觉阻滞平面为 T<sub>5</sub>—L<sub>2</sub>,TPVB 组为 T<sub>5</sub>—T<sub>12</sub>。两组未发生局麻药中毒、气胸、出血、误入腹腔、肾脏损伤等并发症。

术后 0~24 h 和 24~48 h QLB 组镇痛泵用量明显低于 TPVB 组( $P < 0.05$ ),有效按压次数和总按压次数明显少于 TPVB 组( $P < 0.05$ )(表 2)。QLB 组镇痛泵首次使用时间为(185.3±32.6) min,TPVB 组为(189.5±34.4) min,两组差异无统计学意义。

术后 12、24、36、48 h,QLB 组运动时 NRS 评分明显低于 TPVB 组( $P < 0.05$ )。术后 2 h 和 6 h 两组运动时 NRS 评分差异无统计学意义。术后不同时点两组静息时 NRS 评分差异无统计学意义(表 3)。

术后 48 h QLB 组满意度 VRS 评分  $\geq 2$  分比例明显高于 TPVB 组( $P < 0.05$ )(表 4)。

术后 48 h 内两组低血压和肌力减退发生率差异无统计学意义。QLB 组补救镇痛、恶心呕吐和嗜睡发生率明显低于 TPVB 组( $P < 0.05$ )(表 5)。两组无一例呼吸抑制。

### 讨 论

后腹腔镜肾脏手术使切口微创化,患者躯体痛不明显,但手术操作等可产生明显的内脏痛。有研究表明,内脏痛是术后慢性疼痛的独立危险因素,且泌尿外科手术慢性疼痛发生率可达 30%<sup>[7]</sup>。新型躯干神经阻滞技术在管理内脏痛方面可能更具

表 1 两组患者一般情况的比较

组别	例数	男/女 (例)	年龄 (岁)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	ASA I/II 级 (例)	手术时间 (min)	瑞芬太尼用量 (mg)
QLB 组	35	20/15	53.3±6.5	21.4±1.1	10/25	147.6±23.7	145.6±24.8
TPVB 组	35	18/17	54.5±7.3	22.1±1.4	12/23	151.4±25.5	152.1±26.5

表 2 两组患者术后不同时段 PCIA 使用情况的比较[M(IQR)]

指标	组别	例数	0~24 h	24~48 h
镇痛泵用量(ml)	QLB 组	35	7.1(3.2~12.3) <sup>a</sup>	9.2(4.3~15.1) <sup>a</sup>
	TPVB 组	35	17.0(9.0~27.2)	26.2(14.0~46.9)
镇痛泵有效按压次数(次)	QLB 组	35	3.3(0.0~5.0) <sup>a</sup>	4.8(2.0~8.2) <sup>a</sup>
	TPVB 组	35	7.9(4.1~12.9)	12.1(6.2~19.0)
镇痛泵总按压次数(次)	QLB 组	35	4.7(2.2~7.1) <sup>a</sup>	8.0(3.8~12.7) <sup>a</sup>
	TPVB 组	35	11.8(6.1~19.3)	19.9(10.2~31.8)

注:与 TPVB 组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

表 3 两组患者术后不同时点 NRS 评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$ )

状态	组别	例数	2 h	6 h	12 h	24 h	36 h	48 h
静息时	QLB 组	35	2.4±0.5	2.7±0.7	3.0±0.6	2.8±0.7	2.6±0.5	3.2±0.6
	TPVB 组	35	2.6±0.6	3.0±0.8	3.4±0.8	3.2±0.8	3.0±0.6	2.9±0.5
运动时	QLB 组	35	3.4±0.6	3.5±0.8	3.1±0.7 <sup>a</sup>	3.3±0.8 <sup>a</sup>	3.4±0.7 <sup>a</sup>	3.0±0.6 <sup>a</sup>
	TPVB 组	35	3.2±0.6	3.8±0.9	4.5±0.8	4.9±0.9	4.5±0.8	4.7±0.8

注:与 TPVB 组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

表 4 两组患者术后 48 h 满意度 VRS 评分的比较  
[例(%)]

组别	例数	0分	1分	2分	3分
QLB组 <sup>a</sup>	35	1(2)	2(6)	14(40)	18(51)
TPVB组	35	5(14)	7(20)	15(43)	8(23)

注:与 TPVB 组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

表 5 两组患者术后 48 h 内补救镇痛和不良反应的比较  
[例(%)]

组别	例数	补救镇痛	低血压	肌力减退	恶心呕吐	嗜睡
QLB组	35	4(11) <sup>a</sup>	2(6)	3(9)	3(9) <sup>a</sup>	3(9) <sup>a</sup>
TPVB组	35	13(37)	1(3)	0(0)	8(23)	8(23)

注:与 TPVB 组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

潜力,其中包括 TPVB 和 QLB。这两种方法都是通过局麻药在胸椎旁间隙浸润胸神经和交感神经来发挥镇痛作用的<sup>[2]</sup>,只是扩散方式有所不同,但 QLB 的作用机制仍不明确,一般认为 TLF 是局麻药扩散至胸椎旁间隙产生椎旁阻滞效果的重要解剖基础<sup>[5,8]</sup>。TPVB 镇痛效果确切,随着阻滞位点的下移,其镇痛范围可扩散至上腹部<sup>[2,6]</sup>。本研究中超声引导下 T<sub>10</sub> 横突水平 TPVB 的阻滞平面达 T<sub>5</sub>—T<sub>12</sub>,可满足镇痛需求,且未发生气胸、出血、局麻药误入椎管等并发症,但存在操作难度较大、风险较高等局限性。而肋下前路 QLB 将阻滞位点上移至 T<sub>12</sub> 肋下和 L<sub>1</sub> 横突水平,以求局麻药将向头侧扩散,对开腹泌尿手术镇痛效果显著<sup>[4]</sup>。本研究中超声引导下肋下前路 QLB 的阻滞平面达 T<sub>5</sub>—L<sub>2</sub>,这与 Elsharkawy 等<sup>[4]</sup>报道的 T<sub>6</sub>—L<sub>2</sub> 相近,表明了肋下前路 QLB 的有效性。此外通过改良肋下前路 QLB 技术,操作相对简单易行,且安全性得以提高,未发生误入腹腔、损伤肾脏等并发症,值得临床借鉴。

在本研究中,肋下前路 QLB 明显降低了术后 24 h 内镇痛泵用量,与 Zhu 等<sup>[9]</sup>报道的肋下经肌肉 QLB 的主要结果一致,本研究肋下前路 QLB 阻滞平面也与之相似,但二者入路不同,此外本研究中肋下前路 QLB 也明显减少了术后 24~48 h 镇痛泵使用和补救治疗,这提示前入路可能比经肌肉入路的作用时间更长,可达 24~48 h,这与何君会等<sup>[10]</sup>报道的前路 QLB 作用持续时间相一致。但前路 QLB 的阻滞平面多在 T<sub>10</sub>—L<sub>4</sub><sup>[8]</sup>,低于肋下前路和经肌肉入路 QLB。尽管不同的研究所用的局麻药种类、容

量、浓度及入路有所不同,但前路 QLB 的作用时间更长,这可能与 TLF 限制了局麻药向腰方肌前外方扩散有关<sup>[11-12]</sup>,而阻滞位点上移可提高阻滞平面。术后 6 h 内低位 TPVB 对运动痛的阻滞效果与肋下前路 QLB 相近,但术后 12~48 h 镇痛泵按压明显增加,且运动痛明显,提示低位 TPVB 有效作用时间可能不超过 12 h,但通过增加镇痛泵使用,必要时补救治疗,使得低位 TPVB 患者的静息痛缓解与肋下前路 QLB 患者相近,表明 TPVB 失效后的内脏痛缓解可能完全由羟考酮发挥作用。羟考酮是一种  $\mu$  受体和  $\kappa$  受体双激动的强阿片类药物,对内脏痛效果显著<sup>[13]</sup>,可实现患者镇痛收益最大化。

有研究表明 QLB 的并发症较少,但不可忽视的一个并发症是下肢肌力减退,其中前入路发生率最高可达 65%,明显高于其他入路<sup>[8,14]</sup>,此外 Carline 等<sup>[15]</sup>从解剖学上证实了前入路时染料均向 L<sub>1</sub>—L<sub>3</sub> 神经根扩散,从解剖学上解释了这一现象。本研究中肋下前路 QLB 患者中有 3 例发生患侧下肢肌力减退,其发生率为 9%,这可能与阻滞位点上移减少了局麻药向对侧神经根扩散有关<sup>[12]</sup>。本研究中肋下前路 QLB 在 L<sub>1</sub> 横突水平,高于前入路的髂前上棘、L<sub>2</sub>—L<sub>4</sub> 水平,对下肢肌力的影响较小。本研究仅通过临床表现间接反映其镇痛机制,且样本量较少,存在一定的局限性。

综上所述,超声引导下肋下前路 QLB 用于后腹腔镜肾脏手术,可明显减少术后镇痛药用量,降低恶心呕吐等不良反应,提高患者满意度;对术后不同状态的疼痛改善明显,且作用持续时间可达 24~48 h,操作相对简易且安全性高,综合镇痛的效果优于 TPVB。

## 参 考 文 献

- [1] Nasrallah G, Souki FG. Perianesthetic management of laparoscopic kidney surgery. *Curr Urol Rep*, 2018, 19(1): 1-8.
- [2] Yuan Q, Cui X, Fei Y, et al. Transmuscular quadratus lumborum block versus thoracic paravertebral block for acute pain and quality of recovery after laparoscopic renal surgery: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2019, 20(1): 276-272.
- [3] Elsharkawy H. Quadratus lumborum block with paramedian sagittal oblique (subcostal) approach. *Anaesthesia*, 2016, 71(2): 241-242.
- [4] Elsharkawy H, Ahuja S, Degrande S, et al. Subcostal approach to anterior quadratus lumborum block for pain control following open urological procedures. *J Anesth*, 2019, 33(1): 148-154.
- [5] Murouchi T, Iwasaki S, Yamakage M. Quadratus lumborum

- block; analgesic effects and chronological ropivacaine concentrations after laparoscopic surgery. *Reg Anesth Pain Med*, 2016, 41(2): 146-150.
- [6] 廖萍. 超声引导下胸椎旁神经阻滞复合全身麻醉在后腹腔镜肾脏手术中的应用. *中国处方药*, 2018, 16(7): 124-125.
- [7] 刘飞, 邹文军, 鲍永新, 等. 术后慢性疼痛的发生率、危险因素及对病人生活质量的影响: 大样本前瞻性研究. *中华麻醉学杂志*, 2017, 37(6): 684-688.
- [8] 李纯青. 腰方肌阻滞的临床应用进展. *临床麻醉学杂志*, 2018, 34(6): 616-619.
- [9] Zhu M, Qi Y, He H, et al. Analgesic effect of the ultrasound-guided subcostal approach to transmuscular quadratuslumborum block in patients undergoing laparoscopic nephrectomy: a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol*, 2019, 19(1): 154.
- [10] 何君会, 冉伟, 杨雪莲, 等. 超声引导下腰方肌阻滞对剖宫产术后镇痛的影响. *临床麻醉学杂志*, 2019, 35(1): 21-25.
- [11] Dam M, Moriggl B, Hansen CK, et al. The pathway of injectate spread with the transmuscular quadratus lumborum block: a cadaver study. *Anesth Analg*, 2017, 125(1): 303-312.
- [12] Elsharkawy H, El-Boghdadly K, Kolli S, et al. Injectate spread following anterior subcostal and posterior approaches to the quadratuslumborum block: a comparative cadaveric study. *Eur J Anaesthesiol*, 2017, 34(9): 587-595.
- [13] 刘清仁, 余健, 王森, 等. 羟考酮在腹腔镜全子宫切除术后镇痛中的应用. *临床麻醉学杂志*, 2019, 35(1): 38-41.
- [14] Ueshima H, Hiroshi O. Incidence of lower-extremity muscle weakness after quadratus lumborum block. *J Clin Anesth*, 2018, 44(23): 104-108.
- [15] Carline L, Mcleod GA, Lamb C, et al. A cadaver study comparing spread of dye and nerve involvement after three different quadratus lumborum blocks. *Br J Anaesth*, 2016, 117(3): 387-394.

(收稿日期:2019-07-08)

## · 消息 ·

## 《临床麻醉学杂志》2021 年度征订通知

《临床麻醉学杂志》系麻醉学和相关学科的专业学术期刊,1985 年 3 月创刊。目前,本刊被国内三大核心数据库收录,包括“中国科技论文统计源期刊”(中国科技核心期刊),中国科学院文献情报中心“中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊”,北大图书馆《中文核心期刊要目总览》(中文核心期刊)。此外,本刊被中国科技论文与引文数据库(CSTPCD)、中国期刊全文数据库(CJFD)、中文科技期刊数据库(CSTJ)、日本科学技术振兴机构中国文献数据库(JSTChina)以及美国《化学文摘》(CA)收录。2014 年 9 月和 2017 年 10 月,本刊分别入选中国科学技术信息研究所“第三届中国精品科技期刊”和“第四届中国精品科技期刊”,即“中国精品科技期刊顶尖学术论文(F5000)”项目来源期刊。2018 年 11 月,本刊荣获第十届江苏科技期刊“金马奖”十佳精品期刊奖。中国科学技术信息研究所《2019 年版中国科技期刊引证报告(核心版)》显示,本刊核心总被引频次为 2800,核心影响因子为 1.283,在外科学期刊中位居前列。

本刊中国标准连续出版物号 CN 32-1211/R,ISSN 1004-5805。2021 年度本刊仍从邮局发行,邮发代号 28-35,大 16 开本,每期增加至 112 页,每月 15 日出版,25 元/期,全年 300 元(含邮费)。请到当地邮局或中国邮政网上营业厅(<https://11185.cn>)订阅,也可在本刊微信小店购买,或与本刊编辑部联系,地址:南京市鼓楼区紫竹林 3 号《临床麻醉学杂志》编辑部,邮编:210003,电话:025-83472912,Email:jca@lcmxzz.com。