



小儿扁桃体手术麻醉应用瑞芬太尼复合七氟醚的效果观察

梁 军

(娄底市娄星区人民医院妇幼保健院 湖南娄底 417000)

摘要: 目的:探讨在小儿扁桃体手术麻醉中应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉的效果分析。方法:选取 2016 年 5 月-2017 年 5 月在医院进行扁桃体手术的患儿 90 例作为此次研究对象,入选患儿随机均分为两组,其中对照组患儿给予舒芬太尼复合丙泊酚进行麻醉,研究组患儿应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉,对比两组患儿的麻醉效果。结果:研究组的各项指标波动幅度小于对照组,研究组患儿自主呼吸恢复、意识恢复和拔管时间均明显低于对照组;不良反应发生率明显低于对照组,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:在小儿扁桃体手术麻醉中应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉,有利于维持患儿各项指标稳定,降低不良反应发生率,值得临床大力推崇。

关键词: 小儿扁桃体手术;瑞芬太尼;七氟醚;麻醉效果;

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 04-319-02

扁桃体切除术是临床小儿中常见的一类手术,该手术虽然时间较短,但对患儿具有较大的刺激性,且手术过程对患儿的呼吸功能有较大的影响,故在术后需患儿快速苏醒,尽快恢复呼吸道保护下反射,因此对临床麻醉具有较高的要求[1]。本次研究选取 2016 年 5 月-2017 年 5 月在医院进行扁桃体手术的患儿 90 例作为此次研究对象,探讨在小儿扁桃体手术麻醉中应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉的效果分析,现具体阐述如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2016 年 5 月-2017 年 5 月在医院进行扁桃体手术的患儿 90 例作为此次研究对象,入选患儿家属了解本次研究,均同意配合;排除伴有高热患儿;排除伴有精神障碍疾病或是严重肝、肾功能障碍的患儿。入选患儿随机均分为两组,其中对照组的 45 例患儿中男 25 例,女 20 例,患儿年龄在 3 岁至 12 岁之间,平均年龄 (5.21 ± 0.56) 岁;体重在 15kg 至 40kg 之间,平均体重 (28.51 ± 1.23) kg。研究组的 45 例患儿中男 24 例,女 21 例,患儿年龄在 3 岁至 12 岁之间,平均年龄 (5.42 ± 0.54) 岁;体重在 14kg 至 40kg 之间,平均体重 (28.67 ± 1.27) kg,两组患儿在性别、年龄、体重等基本资料相仿,具有比较意义。

1.2 方法

两组患儿在术前 8h 禁止饮食,在术前 0.5h 按照 0.01mg/kg 的剂量给患儿肌肉注射阿托品,动态监测患儿的血压、血氧饱和度、心电图等各项生命体征;通过面罩给予患者吸氧,开通上肢静脉,给予患者静脉滴注复方氯化钠注射液。两组患者在术前进行常规的消毒和铺巾工作,为切皮做好准备。

对照组:给予患者按照 2mg/kg 的剂量静脉注射丙泊酚和按照 1.5mg/kg 的剂量静脉注射琥珀胆碱,全身麻醉后给予扁桃体切除手术。

研究组:通过面罩给患者吸入七氟醚进行全身麻醉,七氟醚的使用浓度从 1% 逐渐提高至 3%,并且监测七氟醚的呼气末浓度,确保在肺泡中七氟醚的最低浓度在 2%~3%。同时按照 1 μ g/kg 的剂量给患儿静脉注射瑞芬太尼,而后按照 0.4 μ g/kg 的剂量给患儿微泵静脉注射瑞芬太尼,同时咪唑安定 0.02mg/kg,丙泊酚 4mg/(kg·h) 进行静脉推注给予全身麻醉,而后进行气管插管,接通麻醉机进行机械通气,

根据手术的进展程度、刺激状况和麻醉的深浅及时调整七氟醚的吸入浓度和泵入速率,手术完成后立即停止七氟醚和瑞芬太尼的泵入。

1.3 指标观察[2]

对比两组患儿在麻醉前后插管时的平均动脉压、心率等各项指标;对比两组患儿自主呼吸恢复、意识恢复和拔管时间;观察两组患儿不良反应发生情况。

1.4 统计分析

对研究所得数据利用 SPSS 18.0 软件进行处理,计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 来表示,用 t 检验,计数资料 n/% 表示,用 χ^2 检验,检测 P 值,如果经检测 P 值小于 0.05,则提示经比较两组数据间差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患儿的平均动脉压、心率等各项指标

在麻醉前,两组患儿的平均动脉压和心率各项指标接近,插管时,研究组的各项指标波动幅度小于对照组,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),详见表 1。

表 1. 两组患儿的平均动脉压、心率等各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均动脉压(mmHg)		心率(次/min)	
		麻醉前	插管时	麻醉前	插管时
对照组	45	88.5 $\pm$ 3.4	97.5 $\pm$ 3.6	115.1 $\pm$ 4.3	117.6 $\pm$ 3.8
		87.2 $\pm$ 3.6	89.4 $\pm$ 3.5	116.0 $\pm$ 3.9	131.5 $\pm$ 4.6
研究组	45				
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患儿术后恢复状况

研究组患儿自主呼吸恢复、意识恢复和拔管时间均明显低于对照组,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),结果见表 2。

表 2. 两组患儿术后恢复状况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	自主呼吸恢复 (min)	意识恢复 (min)	拔管时间 (min)
对照组	45	6.53 $\pm$ 0.42	8.95 $\pm$ 0.36	9.38 $\pm$ 0.68



• 妇幼保健 •

研究组	45	3.21±	5.24±	6.75±
		0.35	0.25	0.59
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患儿不良反应发生情况

对照组患儿出现恶心 3 例, 呕吐 6 例, 躁动 2 例, 不良反应总发生率为 24.44% (11/45); 研究组患儿出现恶心 1 例, 呕吐 1 例, 躁动 0 例, 不良反应总发生率为 4.44% (2/45), 研究组不良反应发生率明显低于对照组, 组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

3. 讨论

小儿扁桃体病变是儿科常见疾病, 由于感染导致, 该类疾病具有较高的发生率, 临床最佳的根治方法是手术治疗, 传统的手术是在局麻状态下进行, 由于患儿年龄较小, 疼痛耐受力极低, 甚至有患儿在中途放弃治疗, 手术治疗给患儿的身体和心理均带来一定的挑战, 且传统手术采取局麻治疗, 术后并发症发生率极高[3]。小儿扁桃体切除术是在呼吸道中进行的小手术, 临床多采取全身麻醉联合气管插管等方式, 在麻醉药的选择上, 需选取起效速率快、消除速率快且对患儿的身体和心理影响较小的麻醉药物进行, 确保患儿在整个麻醉期间呼吸循环功能稳定, 且术后苏醒安全而舒适[4]。

七氟醚是一类新型的吸入麻醉药, 药物呈液体状态, 是无色透明, 略带香味, 且无刺激性, 且苏醒效果和麻醉诱导较明显, 同时麻醉诱导和苏醒期间较为平稳, 临床使用过程中较容易调节麻醉深度, 在小

儿吸入性麻醉中取得较好的临床效果[5]。瑞芬太尼是一类阿片受体激动剂, 进入机体后被血液和组织中的非特异性酯酶水解, 作用时间短, 起效快, 应用后对肝肾功能损害绩效。本次研究结果表明, 在麻醉前, 两组患儿的平均动脉压和心率各项指标接近, 插管时, 研究组的各项指标波动幅度小于对照组; 研究组患儿自主呼吸恢复、意识恢复和拔管时间均明显低于对照组; 不良反应发生率明显低于对照组, 组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述, 在小儿扁桃体手术麻醉中应用瑞芬太尼复合七氟醚进行麻醉, 有利于维持患儿各项指标稳定, 降低不良反应发生率, 值得临床大力推崇。

参考文献

- [1] 黄素霞.七氟醚复合瑞芬太尼麻醉在小儿扁桃体切除术中的麻醉效果[J].医药论坛杂志, 2015, 36(5): 137-138.
- [2] 柯昌禄, 杨煜霞.七氟醚复合瑞芬太尼在小儿扁桃体切除术中的麻醉效果[J].白求恩医学杂志, 2015, 13(3): 269-270.
- [3] 李亚莉.七氟醚复合瑞芬太尼在小儿口腔手术麻醉中的应用效果观察[J].全科口腔医学杂志, 2015, 2(5): 104-105.
- [4] 李蕾.瑞芬太尼复合七氟醚用于小儿扁桃体手术麻醉的临床观察[J].世界最新医学文摘, 2017, 17(91): 88-88.
- [5] 梁敏, 李运繁, 陶显红, 等.瑞芬太尼复合七氟醚用于小儿扁桃体手术麻醉的临床效果分析[J].北方药学, 2015, 12(12): 24-25.

(上接第 314 页)

型, 其中 I 型较为常见。由于瘢痕妊娠会给患者带来严重的后果, 因此临床一经确诊就需要及时的进行治疗, 终止妊娠、去除病灶、在保障患者生命安全的前提下, 尽量的保留患者生育能力。通过阴道超声检查对瘢痕处妊娠的超声图像进行分析, 选择合理的治疗方式。

目前 CSP 治疗方案尚未统一, 没有证据证明哪种干预措施最优, 需根据患者年龄、血 β -HCG 水平、超声图像以及对生育的要求等, 选择合适的治疗方法。但文献认为手术直接清除病灶方法比单纯药物治疗有效[1]。I 型推荐子宫动脉栓塞后 B 超监视下清宫术, II 型多推荐子宫动脉栓塞术后宫腔镜下清宫, 或腹腔镜、开腹子宫局部病灶切开取囊及缝合术; III 型及特殊型患者可在腹腔镜或开腹直视下取出胚囊, 直接缝合伤口或将原瘢痕切除后重新缝合。对已形成较大包块明显凸向膀胱, 子宫菲薄或血彩丰富的患者, 发生出血风险增加[5], 可在子宫动脉栓塞后行子宫疤痕修补术。因此有效的诊断方式可以决定患者的治疗方案。

在此次研究结果中我们可以看出, 观察上述 50 例患者的图像分型, 大部分为 I 型, 占 46.00%, 其次为 II 型, 占 32.00%, 最少的为 III 型占 12%, 其中 III 型中的特殊型占 4%。而 III 型特殊型患者均是在外院行负压吸引术后转入我院治疗, 超声图像表现为囊性混合回声包块, 有血流信号的患者为 1 例, 无血流信号的为 1 例。这将帮

助患者选择合适的治疗方案。总之, 剖宫产后瘢痕妊娠的阴道超声图像特征性较为明显, 可根据其图像为患者选择适宜的治疗方案, 避免子宫出血及破裂, 不仅能保证患者的生命, 还能最大程度的保留其生育能力, 是诊治剖宫产后瘢痕妊娠的重要方式, 临床意义较为深远。

参考文献:

- [1] Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21) RCOG/AEPU Joint Guideline/November 2016; DOI:1111/1471-0528.14189.
- [2] OuYang Z, Yin Q, Xu Y, et al. Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. [J] J Ultrasound Med. 2014 Sep; 33(9):1533-7. doi: 10.7863/ultra.33.9.1533.
- [3] 金力, 陈薇琳, 周应芳, 等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识[J] 中华妇产科杂志, 2016, 51(8):568-572.
- [4] 刘真真, 戴晴, 王铭, 等.包块型剖宫产瘢痕妊娠临床及超声特征分析[J].中国医学影像技术, 2013, 29(6):1006-1010.
- [5] Gao L, Huang Z, Gao J, et al. Uterine Artery embolization followed by dilation and curettage Within 24 Hours compared With systemic methotrexate for cesarean scar pregnancy [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127(2):147-151. DOI:10.1016/j.ijgo. 2014.05. 005.