



右美托咪定滴鼻与咪达唑仑口服在小儿麻醉前镇静中的效果比较

洗 聪

梧州市中医医院麻醉科 广西梧州 543001

【摘要】目的 观察、分析在小儿患者的麻醉中,总结并阐述右美托咪定滴鼻与咪达唑仑口服在患儿麻醉前镇静中的效果。
方法 特选取我院接收的小儿患者84例作为研究对象;分为两组。每组42例,实验组展开右美托咪定滴鼻;对照组应用咪达唑仑。观察分析两组的镇静效果。
结果 两组 T_0 患儿的心率无显著差异($P > 0.05$); T_1, T_2, T_3, T_4 各期实验组患儿心率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);实验组的不良反应总发生率为7.1%。对照组为33.3%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。
结论 相较于咪达唑仑治疗路径,右美托咪定滴鼻路径可以减轻患儿低血压、心动过缓、呼吸抑制、腹痛、躁动等不良情绪,镇静效果明显,值得推广。

【关键词】 右美托咪定滴鼻;咪达唑仑;小儿麻醉;镇静效果

【中图分类号】 R614 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-022-02

现如今,医疗技术正在逐渐的进步,手术面对的患者年龄范围也越来越大,其中小儿群体因为年龄较小,可以承受的手术刺激具有一定的局限性,术中可能发生哭闹等相关的排斥行为严重制约着手术进程。鉴于此,针对小儿患者来说,术前的安全基础麻醉有着非常重要的作用。右美托咪定作为一类 α_2 受体激动剂,有着中枢镇静作用,同时无色无味,对黏膜不具有刺激作用,滴鼻给药效果十分有效。本文主要选取的是我院接收治疗的84例小儿患者作为研究对象,观察、分析在小儿患者的麻醉中,总结并阐述右美托咪定滴鼻与咪达唑仑口服在患儿麻醉前镇静中的效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究特地区选取我院于2016年4月至2017年4月期间小儿患者84例作为研究对象,每组42例,实验组中男性23例,女性19例,体质量(11-26)岁,平均体质量(16.1 ± 1.1)岁,手术时间(18.3-25.2)min,平均手术时间(21.3 ± 2.2)min;对照组中男性24例,女性18例,体质量(12-26)岁,平均体质量(16.3 ± 1.2)岁,手术时间(18.7-26.1)min,平均手术时间(21.7 ± 2.1)min。两组在基本资料的比较上,经统计学处理,无显著性差异,具有可比性。

1.2 纳入标准

所有患者年龄在4-12岁间;均获得我院医学伦理委员会批准;均在治疗干预前签署《知情同意书》^[1]。

1.3 排除标准

所有患者均排除器官功能不全、发育迟缓、近期有上呼吸道感染者;排除咪达唑仑或右美托咪定敏感者;均排除不同意、不配合研究者^[2]。

1.4 方法

1.4.1 基础治疗:在术前,两组患儿均展开常规禁食7h左右,禁饮5h上下,术前60min,同时两组患儿均对其心率、

血压及血氧饱和度展开测量。

1.4.2 对照组:42例对照组患儿在术前30min依据1 μ g/kg剂量的右美托咪定注射液(国药准字H20110085,江苏恩华药业股份有限公司,规格2mL:0.2mg)进行滴鼻,同时提供10mL5%葡萄糖溶液安慰剂进行口服。

1.4.3 实验组:42例实验组患儿在术前30min依据0.5mg/kg剂量的咪达唑仑注射液(国药准字H20067041,宜昌人福药业有限责任公司,规格2mL:10mg)同时溶于10mL5%葡萄糖溶液中,展开口服。在迈入手术室后,42例患儿提供纯氧,氧流量1.8L/min,潮气量保持在9mL/kg,呼吸频率维持在14次/min上下。在手术过程中应用七氟醚吸入麻醉,在术中密切观察患儿的实际情况,提供减浅麻醉深度、血容量。在麻醉诱导即时(T_1),气管插管即时(T_2)、手术结束即时(T_3)、气管插管拔管即时(T_4)应用多参数监测仪,对患儿的血压、心率、血氧饱和度进行记录。对不良反应全程密切的监测。

1.5 观察指标

观察各时段患儿的心率、血压、血氧饱和度数值;手术前后不良反应的出现情况。

1.6 统计学方法

本研究选择SPSS16.0软件进行资料的统计与分析,有统计学意义用 $P < 0.05$ 表示;($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,同时通过t进行检验。

2 结果

2.1 两组患儿各时间点心率对比

两组 T_0 患儿的心率无显著差异; T_1, T_2, T_3, T_4 各期实验组患儿心率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组患儿不良反应对比

实验组的不良反应总发生率为7.1%。对照组为33.3%,两组差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。具体见下表2。

表1: 两组患儿各时间点心率对比

组别	例数	T_0	T_1	T_2	T_3	T_4
实验组	42	95.34 ± 12.35	92.46 ± 12.25	81.74 ± 11.84	83.74 ± 10.35	85.53 ± 10.53
对照组	42	95.23 ± 12.51	98.46 ± 12.25	87.63 ± 11.24	89.85 ± 10.131	91.34 ± 13.14
t 值	-	0.231	2.521	2.356	2.464	2.524
P 值	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表2: 两组患儿不良反应对比

组别	例数	低血压	心动过缓	腹痛	躁动	呼吸抑制	恶心呕吐	总发生率
实验组	42	1 (2.4)	0 (0.0)	1 (2.4)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.1)
对照组	42	2 (4.8)	2 (4.8)	2 (4.8)	4 (9.5)	2 (4.8)	2 (4.8)	14 (33.3)
t 值	-	-	-	-	-	-	-	2.521
P 值	-	-	-	-	-	-	-	< 0.05



3 讨论

针对一些清醒的小儿手术患者来说,术前有效的应用镇静药物,能够在很大程度上消除患儿的不良心理情绪,比如恐惧、焦虑情绪等,强化构建静脉通道的依从性^[3]。众所周知,理想的术前镇静用药应该就是不良反应少、效果好、起效快、药效短、用药途径易接受等^[4]。给药的路径一般涉及了静脉注射、肌肉注射、口服和直肠给药这几类,鼻内给药可以在中枢神经传输系统展开定向作用,具有吸收快,给药方便、无创性的优势,被患儿容易接受^[5]。右美托咪定作为一类 α_2 受体激动药,可以发挥优良的镇静催眠作用,有效维持自然非动眼睡眠,引发中枢性镇痛、镇静、抗焦虑的作用,给予患儿优良的镇静深度^[6]。根据本实验结果表明:两组 T_0 患儿的心率无显著差异 ($P > 0.05$); T_1 , T_2 , T_3 , T_4 各期实验组患儿心率明显低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);实验组的不良反应总发生率为 7.1%。对照组为 33.3%,两组差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,相较于咪达唑仑治疗路径,右美托咪定滴鼻可以减轻患儿低血压、心动过缓、呼吸抑制、腹痛、躁动等不良情绪,镇静效果明显,值得借鉴。

(上接第 21 页)

况通常发生在探视之后。家属在探视时看到患者被约束,失去自由,而私自解开。针对这两种情况,我科使用了一种约束手套,材料:一种软塑料,圆柱形裹住患者手部,患者的 5 指能伸展为宜,在约腕部处扎两条带子,患者的手既可以伸缩自如,又不能抓握东西,起到良好的防拔管作用。另一方面,反复向患者家属讲解留置各种导管的重要性及自行拔管的严重后果,告诉家属这样的约束是暂时的,更有利于病情的恢复^{[13][15]}。

3.4 适度使用镇静剂

对 ICU 患者给予镇静和(或)镇痛治疗,已成为重症监护医学的一个组成部分。机械通气时应用镇静剂和镇痛剂的目的是:使患者能耐受气管插管,抑制呼吸中枢的呼吸驱动力,减轻焦虑心情,使患者容易入睡,使呼吸机与患者自主呼吸同步。此外,镇静、镇痛剂能改善患者舒适度,使患者有安全感。越来越多的观点认为,在 ICU 适度的镇静更有助于患者体力的恢复。术后当麻醉药效丧失后,机体的疼痛加上周围环境的陌生,身边无亲人的陪伴,孤独、恐惧、对疾病的预后,使患者更加烦躁不安;气管插管后不能与人交谈、不能表达自己的想法等,就可能出现不耐管等现象,由此出现人机对抗等问题。适度的镇静可使患者血流动力学趋向平稳,患者感到舒适,更有助于体力的恢复,为早日拔管做准备^{[13][14]}。

3.5 制定规范的操作流程

规范护理操作(翻身拍背),并且加强培训^[13]。合理排班,争取合理的人力资源配比^[15]。每班评估拔管,医护合作,评估脱机,适时拔管^{[13][15]}。

4 结论

总之,作为一名 ICU 护理人员,除了掌握精湛、高超的护理技术外,更应对患者身心护理加以重视。为防止意外拔管给病人带来致命严重后果,在护理操作中,应加强责任心,切实做好 ICU 病房内留置各种导管患者护理和监护工作。应针对非计划拔管的危险因素采取有效预防措施和健康教育,提高护理质量,确保患者生命安全。同时鼓励护理人员,并

参考文献:

- [1] 白洁, 黄悦, 卞勇, 等. 咪达唑仑与右美托咪定用于先天性心脏病患儿麻醉前镇静的临床效果 [J]. 医学临床研究, 2016, 33(4):650-653.
- [2] 张东, 汪社霖, 苗二芽, 等. 右美托咪定与咪达唑仑术前经鼻给药用于小儿全麻手术的临床效果比较 [J]. 中国医师杂志, 2015(s1):23-28.
- [3] 纪宏新, 何世琼, 陈文, 等. 右美托咪定滴鼻用于患儿面罩吸入麻醉诱导前镇静的半数有效量 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2016, 37(1):6-9.
- [4] 卞勇, 姚莹, 王丹, 等. 水合氯醛口服复合右美托咪定滴鼻用于小儿核磁共振检查镇静的疗效及安全性评估 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2015, 36(12):1080-1085.
- [5] 邱永升, 贾英萍, 徐庆, 等. 右美托咪定滴鼻复合丙泊酚静脉注射用于小儿无痛结肠镜诊疗的临床研究 [J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(5):308-312.
- [6] 朱晓昌, 倪小磊, 王爽, 等. 右美托咪定和咪达唑仑口服预防小儿七氟烷麻醉术后躁动的效果 [J]. 江苏医药, 2016, 42(23):2641-2642.

为其创造机会不断更新护理新知识、新技能,扩展知识面,运用所学的知识结合患者病情,为医生提供可靠的依据,在护理工作中防微杜渐,保证医疗护理安全。

参考文献:

- [1] 陈爱萍.ICU 患者非计划性插管及相关研究发展 [J]. 中华护理杂志, 2007, 10(42): 934.
- [2] Carrin M, Aguso D, Marco S M, et al. 气管内插管、胃管和中心静脉导管的意外拔除 [J]. 世界医学杂志, 2000, 4(8): 9-12.
- [3] Intensive Care Med 2010,30(7):1348-1355
- [4] Critical Care Civetta JM.Third Edition,Chapter13,2010 北京地区三级医院评审标准,中华医院管理协会,2010
- [5] Phoa LL,Pek WY,Yap WS,et al.Unplanned extubation :A local experience[J].Singapore Med J,2012,43(10):504-508.
- [6] 郝彩琴,李瑞英.护理实践与研究 2012 年第 9 卷第 3 期
- [7] 沈犁.气管插管患者非计划性拔管的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2006, 41(1): 68-70.
- [8] Philip Moons et al.Development of a risk tool for deliberate self-extubation in intensive care patients[J].Intensive care medicine, 2004, 30: 1348-1353.
- [9] 王晓弥,沈富女.ICU 气管插管病人非计划性拔管的原因分析及对策 [J]. 中华护理杂志, 2010, 36(6): 433-434.
- [10] 庄一渝,袁莲凤.医护合作减低 ICU 气管插管非计划性拔管发生率 [J]. 护士进修杂志, 2007, 22(5): 417-419.
- [11] 陈爱萍,蔡虹.ICU 患者非计划性拔管及相关研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2012, 42(10): 934-937.
- [12] Emel Eryuksel,Sait karakurt,Turgay celikel.Noninvasive positivepressure ventilation in unplanned extubation .Annals of Thoracic Medicine-Vol 4,Issue 1,January-March 2009.
- [13] 葛向煜 [J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(1)
- [14] 宋魏琦 [J]. 上海护理 重症监护病房患者非计划拔管相互因素分析
- [15] 贺玲 南京市鼓楼医院 2012 年非计划拔管原因分析