



· 论 著 ·

小剂量舒芬太尼在剖宫产术麻醉中预防寒战和牵拉痛的临床效果研究

萧 安 (长沙市第三医院 湖南长沙 410000)

摘要:目的 研究剖宫产术麻醉用小剂量舒芬太尼的应用价值。方法 以2014年7月-2016年6月我科接收的90例剖宫产产妇为研究对象,按麻醉方式分组90例产妇:A、B两组各45例。两组都采取0.5%罗哌卡因麻醉,A组在此基础上加用小剂量舒芬太尼。观察比较两组寒战等不良反应的发生情况。结果 A组0级寒战发生率为80.0%,B组为48.89%。A组明显高于B组。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。A组牵拉痛发生率为15.56%,明显低于B组的73.33%。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。针对其它不良反应发生率,A组显著低于B组,两者之比为:17.78%vs.48.89%。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 于剖宫产手术麻醉中合理应用小剂量舒芬太尼,能有效预防寒战与牵拉痛,提高手术麻醉的安全性。

关键词:剖宫产 应用价值 小剂量舒芬太尼 牵拉痛

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 04-084-02

临床妇产科中,剖宫产是比较常见的一种分娩方式,且其中还需应用到麻醉药物。因麻醉药物可影响产妇的机体功能与胎儿的健康,所以我们需注重产术中麻醉药物的选取工作,以有效预防寒战与牵拉痛^[1]。目前,舒芬太尼作为一种常见麻醉药物,虽具备较理想的麻醉效果,但其剂量的选择依旧是临床研究的一大重点。本研究,旨在剖析小剂量舒芬太尼预防剖宫产术麻醉中寒战与牵拉痛的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90例入选病例都为我科在2014年7月-2016年6月间接收的经产前检查确定为单胎妊娠的剖宫产产妇,按麻醉方式,将90例产妇分成A、B两组,每组45例。A组年龄在21-34岁的范围之内,平均(26.5±1.7)岁。B组年龄在21-33岁的范围之内,平均(26.3±1.5)岁。两组孕周、体重等基线资料比较, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 排除标准^[2]

- (1)有精神疾病史者。(2)合并严重心、肾等其它系统疾病者。(3)胎儿宫内窘迫者。(4)未签署知情同意书者。(5)高危妊娠者。(6)有药物滥用史者。(7)病历资料不全者。

1.3 方法

两组产妇术前均叮嘱严格禁饮、禁食,停用其它药物。入室后,按要求开放静脉通道,并予以鼻导管吸氧辅助治疗,控制每分钟氧流量在2-4L的范围之内。密切监测产妇的各项基础生命体征,如:心电图;动脉血氧饱和度;心率;无创血压。快速静滴6%羟乙基淀粉,300-500ml。协助取左侧卧位,然后再对产妇实施腰麻联合硬膜外麻醉。将L2-L4间隙作为穿刺点,待腰麻针可见清亮脑脊液流出后,规范化的注入麻醉药,并将针头转向头侧位置。A组注入舒芬太尼(5 μ g)+0.5%罗哌卡因(10mg),B组仅注入0.5%罗哌卡因(10mg),控制注入速率0.1ml/s。待药物注射完毕且按要求置入硬膜外导管后,协助产妇取仰卧位,并将其右臀部适当垫高,通常为15-20°。注意观察产妇基础体征变化,若收缩压<90mmHg亦或者是血压降低幅度>30%麻醉前,需立即静注麻黄碱,6-12mg。若心率<60次/min,需静注阿托品,0.5mg。

1.4 临床观察指标

观察两组麻醉后有寒战与牵拉痛等不良反应发生,其中寒战的分级标准^[3]为:无寒战,0级;轻度寒战,面颈部轻微纤维抽动,上肢不随意运动,1级;中度寒战, ≤ 1 组肌肉有明显的抽动情况,2级;重度寒战,大部分肌肉有明显抽动的情况,3级。牵拉痛的评价利用视觉模拟评分法^[4],具体为:无痛苦状,0级;轻度牵拉痛,1-3级;中度牵拉痛,4-6级;重度牵拉痛,7-10级。

1.5 统计学分析

本研究数据用SPSS20.0软件进行综合分析,比较以t作为检验标准;计数资料的比较经 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 寒战情况分析

A组0级寒战发生率为80.0%,B组为48.89%。A组明显高于B组。两组对比,差异具有统计学意义($\chi^2=14.1324$, $P < 0.05$),见表1。

表1:两组寒战的对比分析表[n, (%)]

组别	例数	0级	1级	2级	3级
A组	45	36 (80.0)	9 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
B组	45	22 (48.89)	17 (37.78)	6 (13.33)	0 (0.0)

2.2 牵拉痛分析

如表2,A组牵拉痛发生率显著比B组高,两组之比为:15.56%vs.73.33%。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表2:两组牵拉痛的对比分析表[n, (%)]

组别	例数	无痛	轻度	中度	重度	发生率
A组	45	38 (84.44)	7 (15.56)	0 (0.0)	0 (0.0)	15.56
B组	45	12 (26.67)	25 (55.56)	8 (17.78)	0 (0.0)	73.33
χ^2						9.1745
P						0.0127

2.3 其它不良反应分析

比较A、B两组其它不良反应发生率, $P < 0.05$,差异具有统计学意义,见表3。

表3:两组其它不良反应的对比分析表[n, (%)]

组别	例数	头晕	恶心呕吐	嗜睡	皮肤瘙痒	发生率
A组	45	1 (2.22)	5 (11.11)	0 (0.0)	2 (4.44)	17.78
B组	45	2 (4.44)	13 (28.89)	1 (2.22)	6 (13.33)	48.89
χ^2						9.800
P						0.0017

3 讨论

综上所述,寒战在剖宫产术中具有非常高的发生率,病因和手术环境温度低、手术出血量大、术中输液与消毒液温度过低等因素密切相关^[5]。有资料显示,剖宫产术寒战主要有两种分型,即:非体温调节型;体温调节型。牵拉痛的发生主要集中于术中牵拉腹膜、刺激内脏表面与盆腔清理时,可对产妇造成一定的影响。现阶段,对于剖宫产术麻醉方式的选取,临床多用椎管内腰硬联合麻醉法,此法虽具有起效快、用药量少以及抑制大部分传入与传出神经等优点,可也极易引发中心体温下降与外周血管扩张等情况,进而引发寒战。舒芬太尼乃强效阿片类镇痛药,脂溶性强,镇痛效果十分理想,可显著减轻产妇的牵拉疼痛感^[6]。另外,也有报道称,舒芬太尼可通过兴奋交感神经、增加去甲肾上腺素与肾上腺素分泌量的方式,达到降低寒战发生率的目的。

本研究,A组0级寒战与牵拉痛发生率明显优于B组。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。A组其它不良反应发生率为17.78%,显著低于B组的48.89%。两组对比,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

总之,于剖宫产术麻醉中合理应用小剂量舒芬太尼,可减少寒战

(下转第88页)



能更好的维持机体血红蛋白的目标浓度,使人工胶体、晶体液输注量也明显减少,从而更好的改善稀释性凝血功能障碍^[8]。此外,新鲜冰冻血浆能够为机体提供较多血浆蛋白,提升血浆胶体渗透压,维持机体血流动力学的稳定。

若机体凝血机制异常、创面渗血持续增加,在积极进行外科干预止血的前提下,以 1:1 比例的浓缩红细胞、新鲜冰冻血浆进行输注,有助于改善多发伤患者的凝血功能,控制释放过多的炎性因子,从而及时有效的控制出血^[9],改善患者的生命体征,为确定性手术的实施创造了有利条件,使临床病死率得以降低,住院时间得以缩短,有助于提高救治效果,改善患者的预后。

综上所述,对严重多发伤并创伤性凝血功能障碍患者,其病情严重,采取 1:1 比例成分输血方案在改善凝血功能障碍、减少出血、降低死亡率及缩短住院时间等方面相比 2:1 比例成分输血方案具有显著的优越性。

参考文献

[1] 李俊,杨思惠.急诊多发伤外伤患者发生凝血病的危险因素[J].安徽医药,2013,17(11):1915-1916.

(上接第 83 页)

参考文献

[1] 刘秀娟,赵林,孙文娜等.多奈哌齐与银杏叶治疗老年痴呆疗效比较[J].健康必读(中旬刊),2012,11(5):270-270.

[2] 孙丽梅.比较多奈哌齐与银杏叶治疗老年痴呆的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,15(97):107-107,111.

[3] 陈维华.多奈哌齐与银杏叶治疗老年痴呆临床疗效分析[J].大家健康(下旬版),2016,10(1):123.

(上接第 84 页)

与牵拉痛发生风险,提高手术安全性。

参考文献

[1] 周长源.小剂量舒芬太尼在剖宫产术中预防寒战和牵拉痛的临床观察[J].当代医学,2016,22(32):130-130,131.

[2] 宋端怡,唐雪芳.舒芬太尼在剖宫产术腰硬联合麻醉中对寒战和牵拉痛的预防效果观察[J].中国妇幼保健,2015,30(18):3087-3089.

[3] 徐茜,李有长,胡佳等.小剂量舒芬太尼在剖宫产术腰硬联

[2] 程晓斌,赵先柱,张连阳,等.多发伤院内紧急救治规范探讨[J].创伤外科杂志,2010,12(1):4-7.

[3] 谭浩,何奇元,姚元章,等.32 例以颅脑损伤为主的多发伤救治体会[J].创伤外科杂志,2010,12(1):19-21.

[4] 李辉,唐朝晖.损伤控制性复苏[J].中华急诊医学杂志,2013,22(9):1065-1068.

[5] 葛波涌,王玉波,王明大,等.不同方式输注 rFVII 治疗创伤性凝血病的临床观察[J].中国医学创新,2015,12(30):20-22.

[6] 赖俊浩,张翀,胡斌,等.大量输血程序对腹部外科创伤性休克患者的应用价值探讨[J].中华普通外科杂志,2014,29(9):715-718.

[7] 戴小峰.不同比例血浆及红细胞悬液联合输注对创伤性大失血患者凝血功能的影响[J].中国乡村医药,2014,(22):17-18.

[8] 陈宝龙,彭家明.血浆与红细胞不同输注比例对创伤性失血患者大量输血救治的影响[J].当代医学,2016,22(29):16-17.

[9] 王瑞兰,陈德昌.限制性液体复苏和允许性低血压对严重创伤救治的影响[J].中华创伤杂志,2012,28(4):289-290.

[4] 邢娟.尼莫地平联合多奈哌齐治疗老年痴呆的疗效及机制[J].中国老年学杂志,2014,34(7):1925-1926.

[5] 朱军.多奈哌齐对老年痴呆并发精神异常的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2012,16(23):123-124.

[6] 秦群生,邓昌文,杨涌等.盐酸多奈哌齐治疗老年痴呆 52 例[J].医药导报,2015,34(2):211-213.

[7] 徐沙丽,李中明,方毅等.康复训练及营养干预联合多奈哌齐治疗老年痴呆的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(1):52-54.

合麻醉中预防寒战及牵拉痛的临床观察[J].中国医药导报,2016,13(4):85-88.

[4] 刘羽,包胜华,容青霖等.小剂量舒芬太尼预防剖宫产麻醉中寒战及牵拉痛的临床观察[J].沈阳医学院学报,2016,18(5):356-358.

[5] 刘文炜,陈民为,邹斌等.小剂量舒芬太尼预防剖宫产术中寒战和牵拉痛的效果评价[J].现代实用医学,2015,27(10):1276-1278.

[6] 李雪兰,程平瑞,江伟航等.小剂量舒芬太尼在剖宫产术中预防寒战和牵拉痛的效果分析[J].北方药学,2016,13(3):100-101.

(上接第 85 页)

参考文献

[1] 闫雪华.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗代偿期乙型肝炎肝硬化疗效观察[J].西部中医药,2014(7):84-86.

[2] 林佃相,刘颖翰,石柱柱等.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片对代偿期乙型肝炎肝硬化患者肝纤维化程度的影响[J].河北医药,2016,38(11):1639-1641.

[3] 付菊平.复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦治疗乙型肝炎硬化的临

床观察[J].中国实用医药,2016,11(16):144-145.

[4] 幸大华.复方鳖甲软肝片抗慢性乙型肝炎肝纤维化临床作用分析[J].内蒙古中医药,2015(5):37-37.

[5] 迟雷杰.复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦对乙型肝炎肝硬化患者代偿期肝纤维化及炎性因子的影响[J].中国现代药物应用,2016,10(22):89-90.

[6] 谢红霞.恩替卡韦胶囊与复方鳖甲软肝片联合治疗早期乙型肝炎硬化的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2015(20):4607-4608,4609.

(上接第 86 页)

想,可在临床中广泛推广。

参考文献

[1] 李艳芬.论急性肾小球肾炎的治疗[J].东方食疗与保健,2015(10):252-252.[2] 刘绪鑫,闫波,赵林海等.急性感染后肾小球肾炎的临床诊疗[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2014(1):116-116,120.

[3] 王梅,庄乙君.卡托普利联合坎地沙坦治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效及对肾功能的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(3):613-614.

[4] 祝兴年.卡托普利联合川芎嗪治疗急性肾小球肾炎的临床效果观察[J].中国临床新医学,2014(10):956-958.

[5] 王娇,关清华,周月宏等.艾塞那肽联合川芎嗪对肾功能正常 2 型糖尿病患者肾内血流动力学的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(28):3091-3094.