

羟考酮复合右美托咪定对胸腹手术患者术后镇痛效果的观察

邹功胜

湘潭市中心医院麻醉科 湖南湘潭 411100

[摘要] 目的 观察羟考酮复合右美托咪定对胸腹手术患者术后镇痛效果。方法 回顾性分析我院收治的 60 例胸腹手术患者的临床资料, 其中采用羟考酮镇痛的 30 例作为对照组, 采用羟考酮复合右美托咪定镇痛的 30 例纳入对照组, 对比两组术后镇痛效果。结果 观察组术后 8h、12h、24h 时疼痛分值及不良反应发生率均显著低于对照组, 术后舒适度显著优于对照组, 上述对比差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 胸腹手术术后给予羟考酮复合右美托咪定不仅镇痛效果更佳, 还能增加患者舒适度, 降低不良反应发生率。

[关键词] 羟考酮; 右美托咪定; 胸腹手术; 术后镇痛

[中图分类号] R614

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 07-127-02

羟考酮是临床常用的阿片类镇痛药物, 主要终于缓解癌性疼痛、牙疼及术后疼痛等中重度疼痛, 具较好的镇痛效能, 但其不良反应如恶性呕吐、呼吸抑制等亦被临床重视^[1]。右美托咪定则系新型 α 肾上腺素受体激动剂, 主要用于缓解麻醉术后苏醒期躁动、循环紊乱现象, 但陆续有研究报道, 右美托咪定联合阿片类药物可减少阿片类药物所致的不良反应发生率并强化其镇痛效能^[2]。鉴于此, 现将我院收治的胸腹部手术患者纳入研究范围, 以对照研究方式对两种方案术后镇痛效果进行分析, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院自 2014 年 11 月-2017 年 10 月收治的 60 例胸腹手术患者的临床资料, 其中采用羟考酮镇痛的 30 例作为对照组, 采用羟考酮复合右美托咪定镇痛的 30 例纳入对照组。所纳入患者均符合对应疾病的诊断及手术指征, 无对应禁忌症, 均自愿签署研究知情同意书。观察组中男 16 例, 女 14 例, 年龄 18-65 岁, 平均 (46.37 ± 7.52) 岁, 平均身体质量指数 (BMI) $(24.47 \pm 3.69) \text{ kg/m}^2$, 术前 ASA 评分 (2.25 ± 0.25) 分; 对照组男 16 例, 女 14 例, 年龄 20-65 岁, 平均 (47.29 ± 7.40) 岁, 平均 BMI $(23.87 \pm 3.94) \text{ kg/m}^2$, 术前 ASA 评分 (2.34 ± 0.22) 分, 两组患者性别、年龄、BMI 及术前 ASA 评分等基线资料对比无差异, 具可比性。

1.2 方法

两组术后均接镇痛泵, 给药模式为负荷量 + 持续维持量 $(0.5 \text{ mg/h}) + \text{PCIA 量 } (0.02 \text{ mg/kg})$, 对照组镇痛方案为盐酸羟考酮 (北京华素制药股份有限公司, H20090214) $0.5 \text{ mg/kg} + \text{格拉司琼 (福建天泉药业股份有限公司, H20031159) } 0.1 \text{ mg/kg} + 100 \text{ ml 生理盐水}$; 观察组为盐酸羟考酮 (北京华素制药股份有限公司, H20090214) $0.3 \text{ mg/kg} + \text{右美托咪定 (江苏恒瑞医药股份有限公司, H20090248) } 1 \mu\text{g/kg} + \text{格拉司琼 (福建天泉药业股份有限公司, H20031159) } 0.1 \text{ mg/kg} + 100 \text{ ml 生理盐水}$, 并密切观察关注疼痛情况, 若镇痛泵不能满足镇痛需求, 可适当采用补救措施, 如注射曲马多等。

1.3 观察指标

1) 参照视觉模拟评分法, 0 分为无痛, 1-3 分为轻度疼痛, 4-6 分为中度疼痛, 7-10 分为剧痛, 评价两组患者术后麻醉清醒时、8h、12h、24h 时的疼痛分值; 2) 采用自制舒适度量表评价患者深呼吸、咳嗽或体位转动时的舒适度, 一次为 1 级 (咳嗽无痛)、2 级 (深呼吸无痛)、3 级 (深呼吸、咳嗽或体位转动时伴轻微疼痛, 但安静平卧时无疼痛)、4 级 (深呼吸、咳嗽或体位转动时疼痛强烈, 但安静平卧时无疼痛)、5 级 (深呼吸、咳嗽、体位转动及安静平卧时均伴持续疼痛); 3) 两组术后不良反应发生率, 包括恶心、呕吐、困倦、呼吸抑制等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述, 组间 t 检验; 计数资料采用 % 描述, 组间 χ^2 检验, 舒适度等级对比采用 U 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后镇痛效果对比

两组术后麻醉清醒时疼痛值对比无差异; 镇痛泵使用后, 疼痛分值均有下降, 且观察组术后 8h、12h、24h 时疼痛分值均显著低于对照组, 对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1: 两组术后镇痛效果对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术后麻醉清醒时	术后 8h	12h	24h
观察组	1.12 ± 0.23	1.32 ± 0.50	$1.01 \pm 0.28^{(1)}$	$0.65 \pm 0.27^{(1)}$
对照组	1.16 ± 0.29	1.75 ± 0.99	$1.28 \pm 0.37^{(1)}$	$0.90 \pm 0.27^{(1)}$
t	0.591	2.12	3.187	2.989
P	0.556	0.038	0.002	0.004

2.2 两组术后舒适度对比

观察组患者术后舒适度显著优于对照组, 对比差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组术后舒适度对比 ($n=30$, %)

组别	1-2 级	3 级	4 级	5 级
观察组	22 (73.33)	5 (16.67)	2 (6.67)	1 (3.33)
对照组	10 (33.33)	11 (36.67)	5 (16.67)	4 (12.33)
U		9.35		
P		0.020		

2.3 两组不良反应发生率对比

观察组不良反应发生率显著低于对照组, 对比差异有统计学意义, 见表 3。

表 3: 两组不良反应发生率对比 ($n=30$, %)

组别	恶心呕吐	嗜睡	便秘	头晕	低血压	总发生率
观察组	0	1	0	0	1	2 (6.67)
对照组	2	1	2	2	1	8 (26.67)
χ^2	-	-	-	-	-	4.320
P	-	-	-	-	-	0.037

3 讨论

术后疼痛所致的交感神经活性增高、深呼吸及咳嗽排痰限制等因素均不利于术后恢复甚至影响手术预后, 因此, 临床认为, 术后对疼痛的有效控制在促进患者康复进程、减少术后血栓、肺炎等不良反应发生率中具有重要意义^[3]。而本研究, 采用羟考酮复合右美托咪定的观察组术后 8h、12h、24h 时疼痛分值及不良反应发生率均显著低于单一使用羟考酮的对照

作者简介: 邹功胜 (1977.3.7-), 男, 研究生学历, 研究方向: 疼痛机制与调控、围术期脑保护。

组, 术后舒适度显著优于对照组, 这与杨庆耿等^[4]的研究相符, 究其原因, 羟考酮应对中重度疼痛疗效显著, 其临床应用最大的局限性在于药物副作用, 最常见的有恶心、呕吐、便秘、瘙痒、低血压及尿潴留, 且对剂量有要求, 过严重过度镇静, 甚至可能引起呼吸抑制, 因此在使用羟考酮镇痛的同时, 如何在确保镇痛效能的基础上减少并发症已成为临床研究热点^[5]。而右美托咪定作为新型 α_2 肾上腺素受体激动剂, 不仅具镇静、抗焦虑及抗交感神经作用, 对麻醉手术后苏醒期躁动有显著预防及减少作用, 且不与羟考酮所致的呼吸抑制产生协同作用; 同时, 右美托咪定还能激活大脑蓝斑核和脊髓的 α_2 AR, 从而激活钾离子通道, 使细胞外钾离子内流, 最终抑制电压门控性钙离子通道, 完成其镇痛机制^[6]。

综上所述: 右美托咪定即使与小剂量羟考酮同用, 亦能达到协同镇痛并降低不良反应发生风险的目的, 提升患者术后舒适度, 于术后深呼吸、排痰及术后活动均有积极作用, 更利于术后恢复。

(上接第 97 页)

因此应加强医务人员自身专业素养, 提高对肠结核的认知程度以及重视程度, 同时加强临床问诊及查体工作, 临床实际工作中应结合其他辅助检查、既往病史, 结合临床表现进行综合性判断。

[参考文献]

(上接第 98 页)

[2] 钱一, 易湘龙. 晚期青光眼患者光学相干断层扫描检测的视网膜神经纤维层厚度与视野缺损的相关性研究 [J]. 新疆医科大学学报, 2016, 39(12):1507-1511.

[3] 买买提热夏提·玉苏甫. 开角型青光眼视网膜神经纤维层厚度与视野缺损的相关性研究 [D]. 新疆: 新疆医科大学, 2016:12-17.

(上接第 99 页)

$P < 0.05$ 。由此能够看出, 经有创-无创序贯性机械通气治疗急性呼吸窘迫综合征, 临床效果较好, 并可减少患者的住院天数、有创通气时间、总机通气时间, 从而降低患者的经济负担和心理压力, 促使其积极配合治疗。同时, 还能控制 VAP 发病率及病死率。

总而言之, 急性呼吸窘迫综合征经有创-无创序贯机械通气治疗, 可降低 VAP 发病率、病死率, 治疗安全性较高, 值得在急性呼吸窘迫综合征治疗中应用并推广。为此, 应在早期拔管后实行无创序贯性机械通气治疗, 以提高治疗的安全性。需要注意事项: 急性呼吸窘迫综合征患者监护的过程中, 若发现无创序贯性机械治疗异常情况, 应对不安全因素实行针对性评估, 立即调整为有创序贯性机械通气治疗, 以提高患者的生活质量、生存质量。

[参考文献]

(上接第 126 页)

综上所述, 将七氟烷复合瑞芬太尼应用于腹腔镜胆囊切除术患者中, 能够有效提高麻醉效果, 值得进一步推广与探究。

[参考文献]

[1] 冯连秋, 张树波, 夏萍等. 七氟烷或异丙酚复合瑞芬太尼在老年腹腔镜胆囊切除术中麻醉效果的比较 [J]. 实用医学杂志, 2015, 26(1):118-120.

[2] 尹秀茹, 裴凌. 七氟烷或异丙酚复合瑞芬太尼麻醉对腹腔镜胆囊切除术血流动力学的影响 [J]. 中国医科大学学报, 2015, 37(5):651-

[参考文献]

[1] 程旭丽, 周锦. 羟考酮复合右美托咪定在局麻下甲状腺大部分切除中的应用 [J]. 实用药物与临床, 2017, 20(1):39-41.

[2] 马盼盼, 张晓栋, 苏小军, 等. 羟考酮复合右美托咪定用于三叉神经痛患者微血管减压术后镇静镇痛 [J]. 海南医学, 2017, 28(13):2101-2104.

[3] 申乐, 黄宇光. 规范化术后多模式镇痛治疗对加速腹盆部手术后康复的意义 [J]. 中国医学科学院学报, 2016, 38(4):458-463.

[4] 杨庆耿, 孙岸灵, 郭文斌, 等. 羟考酮联合右美托咪定对全麻苏醒期躁动及应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23(10):1348-1351.

[5] 李晶, 范钦, 卢飞飞, 等. 右美托咪定联合盐酸羟考酮对食管癌手术患者麻醉苏醒期躁动的影响 [J]. 徐州医学院学报, 2015, 35(5):294-297.

[6] 黄莉. 羟考酮与右美托咪定复合应用对肺部手术患者全麻恢复期质量的影响 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2017, 23(4):369-372.

[1] 路卫东, 刘向阳. 溃疡型肠结核合并慢性穿孔误诊 2 例报告 [J]. 中国医学创新, 2011, 8(6):195.

[2] 陈立学. 急性化脓性阑尾炎手术治疗分析 [J]. 甘肃科技, 2017, 33(11):109-110.

[3] 陈胜利. 肠结核误诊为急性阑尾炎 1 例分析 [J]. 保健医学研究与实践 [J]. 2015, 12(1):93-94.

[4] 马英慧, 张铁民, 齐建平. 原发性开角型青光眼与慢性原发性闭角型青光眼视网膜神经纤维层厚度与视野缺损的关系 [J]. 眼科新进展, 2013, 33(7):673-676.

[5] 方敏, 胡慧玲, 梅军. 原发性开角型青光眼患者视网膜神经纤维层厚度与视野缺损相关性分析 [J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(6):757-759.

[1] 尹其翔, 梁亚鹏, 周峰. 有创-无创序贯与单纯有创机械通气治疗创伤性 ARDS 的回顾性研究 [J]. 重庆医学, 2016, 45(24):3376-3378.

[2] 梁秀安, 吴曙粤. 有创-无创序贯性机械通气治疗急性呼吸窘迫综合征患者控制窗的选择 [J]. 内科, 2017, 12(2):199-201.

[3] 何发明, 梁志强, 王书鹏等. 有创-无创序贯机械通气对急性呼吸窘迫综合征疗效的 meta 分析 [J]. 中华灾害救援医学, 2016, 4(9):493-497.

[4] 丁维强, 武巧云, 李九月等. 序贯性机械通气联合限制性液体复苏对急性呼吸窘迫综合征患者血清相关因子水平的影响 [J]. 医疗装备, 2016, 29(22):7-8.

[5] 郑振腾. 急性呼吸窘迫综合征患者早期拔除气管插管后序贯无创通气的时机及价值 [J]. 中国医药导刊, 2016, 18(9):877-879.

[6] 叶锐良, 金同新, 刘卫明等. 有创-无创序贯性机械通气治疗创伤性急性呼吸窘迫综合征的效果评价 [J]. 中国医药科学, 2017, 7(7):162-164.

653.

[3] 阿良德, 贾珍. 七氟烷复合瑞芬太尼在腹腔镜胆囊切除术麻醉中的应用 [J]. 山东医药, 2014, 49(34):43-44.

[4] 洪立群. 七氟烷瑞芬太尼复合麻醉在腹腔镜胆囊切除术的临床观察 [J]. 临床军医杂志, 2015, 40(4):968-970.

[5] 赵崇法, 郭艳辉, 高洁等. 七氟烷复合瑞芬太尼用于腹腔镜胆囊切除术的麻醉 [J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(6):276-277.

[6] 高海雷. 七氟烷复合瑞芬太尼用于腹腔镜胆囊切除术的麻醉效果观察 [J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 35(5):36-37.