



静注帕瑞昔布钠对瑞芬太尼复合麻醉术后早期疼痛和阿片类药物不良反应发生率的影响分析

丁建刚 (汉寿县人民医院, 湖南常德 415900)

摘要: **目的** 对静注帕瑞昔布钠对瑞芬太尼复合麻醉术后早期疼痛和阿片类药物不良反应发生率的影响进行分析。**方法** 选取我院 2013 年 10 月至 2015 年 10 月收治的 160 例手术患者, 将其随机分为 A、B、C、D 四组, 对 C、D 组患者进行吸入麻醉, 对 A、B 组患者进行静脉麻醉, 对四组患者均给予瑞芬太尼诱导麻醉、顺式阿曲库铵、依托咪酯、咪达唑仑、长托宁。在开始手术之前, 对 A、D 组患者进行静注帕瑞昔布钠。使用视觉模拟评分法对四组患者拔管时、术后 1 小时、术后 4 小时、术后 12 小时、术后 24 小时的评分进行比较, 并比较四组患者的不良反应发生率。**结果** 四组患者的不良反应发生率的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。拔管时四组患者的视觉模拟评分无显著差异 ($P < 0.05$)。术后 1 小时和术后 4 小时, C、D 组的评分高于其他两组, 术后 12 小时, D 组的评分高于 A、B、C 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 静注帕瑞昔布钠对减轻瑞芬太尼复合麻醉患者的术后早期疼痛有良好的作用, 无明显不良反应, 值得临床推广。

关键词: 不良反应发生率 帕瑞昔布钠 瑞芬太尼

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 08-075-02

阿片类药物可能会增高患者对有害刺激的敏感度, 增加患者的疼痛感。在临床手术特别是复合麻醉中, 瑞芬太尼的应用非常广泛, 但是一旦停药可能会造成患者痛觉过敏^[1]。本文选取了我院 2013 年 10 月至 2015 年 10 月收治的 160 例手术患者, 对静注帕瑞昔布钠对瑞芬太尼复合麻醉术后早期疼痛和阿片类药物不良反应的影响进行了探讨, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2013 年 10 月至 2015 年 10 月收治的 160 例手术患者, 将其随机分为 A、B、C、D 四组, 每组 40 例。A 组患者共有男性 24 例, 女性 16 例, 年龄 20-62 岁, 平均年龄 (34.6 ± 2.1) 岁; B 组患者共有男性 21 例, 女性 19 例, 年龄 19-63 岁, 平均年龄 (35.2 ± 2.6) 岁; C 组患者共有男性 25 例, 女性 15 例, 年龄 22-64 岁, 平均年龄 (34.8 ± 2.3) 岁; D 组患者共有男性 22 例, 女性 18 例, 年龄 21-63 岁, 平均年龄 (35.8 ± 2.2) 岁。四组患者均能够耐受手术和麻醉, 在一般资料方面的差异均不具有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对四组患者的生命体征变化情况予以高度的关注, 包括患者的呼气末二氧化碳分压、氧饱和度、心电图和血压, 当患者的神志消失之后, 使用肌肉松弛监测仪进行监测, 对下肢静脉通路进行开通, 并使

用瑞芬太尼 2ng/mL、依托咪酯 0.3mg/kg、咪达唑仑 0.05mg/kg、长托宁 0.5mg、顺式阿曲库铵 0.15mg/kg, 对 B、C 两组患者给予生理盐水, 对 A、D 两组患者给予帕瑞昔布钠, 用量均为 40mg^[2]。

手术结束, 患者恢复自主呼吸之后, 使用静脉自控镇痛注射泵注射舒芬太尼, 用量为 200 μ g, 背景剂量为 1.2mL/h, 负荷剂量为 2mL。如果患者疼痛剧烈, 20 分钟后可追加 1.6mL 负荷剂量。

1.3 评价标准

使用视觉模拟评分法对四组患者拔管时、术后 1 小时、术后 4 小时、术后 12 小时、术后 24 小时的评分进行比较, 得分越低, 疼痛值越低。

1.4 统计学方法

收集整理研究数据, 计数资料和计量资料在 SPSS19.0 统计学软件包中做处理, 分别通过 $T_n(\%)$ 及 ($\bar{x} \pm s$) 表示数据, 正态分布数据经 t 检验, 组间数据比较经 χ^2 检验, 如果检验结果为 $P < 0.05$, 则表示差异存在统计学意义。

2 结果

四组患者的不良反应发生率的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。拔管时四组患者的视觉模拟评分无显著差异 ($P < 0.05$), 术后 1 小时和术后 4 小时, C、D 组的评分高于其他两组, 术后 12 小时, D 组的评分高于 A、B、C 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体情况见表 1。

表 1: 四组患者视觉模拟评分和不良反应发生率比较

组别	例数	不良反应发生率 (n/%)	拔管时	术后 1 小时	术后 4 小时	术后 12 小时	术后 24 小时
A	40	2 (5.0%)	3.28 $\pm$ 1.96	3.83 $\pm$ 1.43	3.22 $\pm$ 1.07	2.14 $\pm$ 1.97	1.46 $\pm$ 1.52
B	40	3 (7.5%)	3.21 $\pm$ 1.94	3.97 $\pm$ 1.25	3.42 $\pm$ 1.23	2.13 $\pm$ 1.78	1.45 $\pm$ 1.82
C	40	4 (10.0%)	3.22 $\pm$ 1.98	4.15 $\pm$ 1.74*	3.68 $\pm$ 1.59*	2.14 $\pm$ 1.92	1.54 $\pm$ 1.11
D	40	4 (10.0%)	3.24 $\pm$ 1.93	4.26 $\pm$ 1.77*	3.67 $\pm$ 1.35*	2.32 $\pm$ 1.83*	1.52 $\pm$ 1.02

注: * 与 AB 相比, $P < 0.05$; # 与 ABC 相比, $P < 0.05$

3 讨论

手术之后对患者进行有效的止痛, 并采取有效的措施来预防术后慢性疼痛, 有利于患者的术后恢复。瑞芬太尼为超效 μ 阿片受体激动药物, 见效较快, 具有较好的可控性, 已经成为了平衡麻醉中的一个重要成分^[3]。但是术后停药之后, 瑞芬太尼的镇痛效果消失很快, 而且可能造成患者的痛觉超敏现象。患者可能会对阿片类药物产生依赖, 如加大阿片类药物的用量, 又可能造成皮肤瘙痒、尿潴留、呕吐、恶心等不良反应, 对患者的术后恢复不利^[4]。

本文对静注帕瑞昔布钠对瑞芬太尼麻醉术后早期疼痛和阿片类药物不良反应发生率的影响进行了分析。作为一种水溶性、选择性 COX-2 抑制剂, 帕瑞昔布钠能够抑制环氧合酶, 从而对前列腺素样递质的合成进行抑制, 该前列腺素样递质与疼痛和炎症有关, 其合成的减少有利于对患者的末梢伤害性知觉和痛觉进行减少^[5]。帕瑞昔布钠

能够与阿片类药物产生协调镇痛效果, 对内皮组织对前列腺素生成进行抑制, 对患者手术切口的炎症反应和组织水肿有抑制作用, 而且能够减少麻醉性镇痛药物造成的不良反应。

在本次研究中, 四组患者的不良反应发生率并无显著差异 ($P > 0.05$), 但是 A、B 的不良反应发生率低于 C、D, 说明与吸入式麻醉相比, 静脉麻醉具有更低的不良反应发生率, 不良反应包括头痛、恶心。拔管时四组患者的视觉模拟评分并无显著差异 ($P > 0.05$), 术后 1 小时和术后 4 小时, C、D 组的评分高于其他两组, 术后 12 小时, D 组的评分高于 A、B、C 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 说明瑞芬太尼在术后 1-12 小时内可能会诱发疼痛过敏, 造成比较剧烈的疼痛。如果使用静注帕瑞昔布钠, 则可以对瑞芬太尼诱发的疼痛过敏进行抑制, 缓解患者的疼痛, 有利于患者的术后恢复。

(下转第 76 页)



• 临床研究 •

肿瘤坏死因子受体抗体融合蛋白短期治疗强直性脊柱炎的临床疗效观察

张利霞, 刘晓敏 (北京市顺义区医院风湿免疫科, 101300)

摘要: **目的** 研究肿瘤坏死因子受体抗体融合蛋白(益赛普)短期治疗强直性脊柱炎(AS)患者的临床疗效及不良反应。**方法** 收集2014年12月至2015年12月我科住院及门诊的48例AS患者,符合1984年修订的纽约分类标准。给予每周二次皮下注射益赛普25mg治疗6周,观察ASAS20、ASAS40。**结果** 治疗6周后达到ASAS20、ASAS40比例分别为70.8%(34例)($P<0.05$)、58.3%(28例)($P<0.05$)。**结论** 益赛普能在短时间内迅速改善难治性活动性AS病情,但其更长远的不不良反应仍需大规模数据研究证实。

关键词: 脊柱炎 强直性 肿瘤坏死因子受体抗体融合蛋白 疗效 安全性

中图分类号: R593.23 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)08-076-01

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是以骶髂关节炎、肌腱端炎为特点的慢性炎症性疾病,致畸致残率高,传统药物DMARDs起效慢,需要1-3个月,同时用药半年左右达ASAS40的病例不到50%^[1]。NSAIDs虽可迅速改善患者临床症状,但最新资料显示仍有30%的患者属于NSAIDs难治性AS^[2],多数研究证实TNF- α 拮抗剂英夫利昔单抗和益赛普治疗AS取得了令人瞩目的疗效^[3],60%左右的患者可以明显的改善疼痛症状。但其价格昂贵,国内能负担长期治疗的患者为数不多,而益赛普价格较英夫利昔单抗低廉,且因为经济原因多数为短期使用,故我们进行了一项短期6周临床研究,以初步评价短期益赛普治疗AS患者的临床疗效和安全性。

1 资料和方法

48例患者均来北京市顺义区医院风湿科2014年12月-2015年12月门诊住院的病人,诊断符合1984年修订的AS纽约分类标准^[4],病情处于活动期,排除其余疾病。其中男30例,女8例。给予25mg溶解于1ml无菌注射用水,于上臂皮下注射每周2次。同时接受稳定剂量的DMARDs和NSAID。疾病活动度评价采ASAS20和ASAS40。达到ASAS 20(40)反应的标准要求^[6]:1.与基线时相比下列4个指标中至少有3个达到20%(40%)或以上的改善,并且分值绝对数至少有1分的进步(0分~10分):PGA、脊柱痛、BASFI、脊柱炎症。2.上述4个指标中没能达到20%(40%)改善的1项与基线相比无恶化。同时记录用药过程中的不良反应。

2 统计学方法

SPSS 16.0软件,数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料的比较采用 χ^2 检验。两组间对比采用配对t检验。

3 结果

在治疗6周后,ASAS20的有效率分别34(70.8%) $P<0.05$,无效例数14,ASAS40的有效率分别为28(58.3%) $P<0.05$,无效例数20。

4 安全性评价

不良事件5例分别为脱发、上呼吸道感染、轻度肝功能异常,给予对症治疗缓解。

5 讨论

目前拮抗TNF- α 的生物制剂已广泛应用于AS的治疗。

etanercept是一种完全人化的重组可溶性TNFp75受体二聚体融合蛋白,与细胞膜表面的TNF- α 高亲和力结合,使TNF- α 生物活性丧失。从这项为期6周的临床试验中可见,ASAS20、ASAS40与基线值相比差异有统计学意义,治疗AS疗效显著。但价格昂贵,花费远远高于传统治疗手段,所以虽然TNF- α 拮抗剂疗效显著,但过高的费用限制了其更加广泛和长期的应用^[7]。此研究证实短期治疗有一定临床疗效,对国内经济条件差且疾病控制不良的患者可选择短期快速缓解临床症状后,继续维持原剂量非甾体抗炎和免疫抑制剂。但症状缓解能持续多长时间是许多患者和临床医生关心的问题,仍需大规模的研究。

参考文献

- [1] M Dougados, B Dijkmans, M Khan, et al. Conventional treatments for ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2002;61:40-50.
- [2] 张莉芸, 黄烽. 生物制剂治疗强直性脊柱炎研究进展[J]. 中华风湿病学杂志, 2005, 9: 112-115.
- [3] Vander Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*, 1984, 27:361-368.
- [4] Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*, 1994, 21:2286-2291.
- [5] Anderson JJ, Baron G, van der Heijde D, et al. Ankylosing spondylitis assessment group preliminary definition of short-term improvement in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*, 2001, 44: 1876-1886.
- [6] 古洁若. 强直性脊柱炎生物制剂治疗的进展[J]. 现代临床医学生物工程专业杂志, 2006, 12(6):451-453.
- [7] 黄烽. TNF α 抑制剂治疗强直性脊柱炎研究进展[J]. 中国新药杂志, 2006, 15(11):853-857.

(上接第75页)

综上所述,静注帕瑞昔布钠对减轻瑞芬太尼复合麻醉患者的术后早期疼痛有良好的作用和较高的安全性,无明显不良反应,是一种值得临床推广的治疗方式。

参考文献

- [1] 王赫, 王玲玲, 马虹, 等. 帕瑞昔布钠预防瑞芬太尼复合麻醉术后早期疼痛的临床应用[J]. 中国医科大学学报, 2011, 40(11):1040-1043.
- [2] 黄子津, 蒋宗滨, 冯梅, 等. 帕瑞昔布钠对瑞芬太尼复合

麻醉诱发患者术后痛觉过敏的影响[J]. 中华麻醉学杂志, 2012, 32(4):426-429.

[3] 马永兵. 地佐辛, 喷他佐辛和帕瑞昔布用于防治瑞芬太尼复合麻醉后痛觉过敏的对比[J]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(12):110-111.

[4] 靳红绪, 王忠义, 张同军, 等. 地佐辛复合舒芬太尼术后静脉自控镇痛对肿瘤患者免疫功能的影响[J]. 中国医药, 2013, 8(6):815-817.

[5] 高贤伟, 何焱, 陈东升. 地佐辛用于神经外科患者术后镇痛的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(3):491-492.