



· 论 著 ·

托烷司琼对全麻患者术后恶心呕吐的临床效果观察研究

邹火养 (苍梧县人民医院麻醉科 广西梧州 543100)

摘要:目的 分析托烷司琼对全麻患者术后恶心呕吐的临床效果。方法 选择我院在 2017 年 9 月-2018 年 9 月接受治疗 50 例全麻患者进行观察,将患者随机分为对照组和观察组,每组各 25 例。观察组患者在麻醉诱导前 5 分钟静脉注射 5mg 托烷司琼,对照组患者不使用托烷司琼,麻醉诱导及维持相同,全部患者气管插管之后常规放置胃管,观察患者术后恶心呕吐发生机率、镇静情况。**结果** 对照组患者镇静 8h 及 24h 的镇静评分分别为 (1.21±0.20) 分、(1.28±0.15) 分,观察组患者镇静 8h 及 24h 的镇静评分分别为 (1.31±0.22) 分、(1.26±0.18) 分,对照组和观察组两组患者镇静评分无明显差异 ($p > 0.05$);观察组患者恶心呕吐发生机率比对照组少,数据差异具有统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** 托烷司琼对全麻患者手术之后的恶心呕吐具有良好的预防作用,从而促进患者的恢复,副作用较少,价格较低,值得临床推广使用。

关键词: 托烷司琼 全麻患者 恶心呕吐**中图分类号:** R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 02-072-02

术后恶心呕吐 (PONV) 指的是临床中较为常见的并发症,尤其是在腹部手术之后的患者中。PCA 指的是患者自控镇痛术,是患者自身利用计算机对微量泵对体内注射止痛药物进行控制,满足术后止痛目的,其属于较为安全的镇痛方法,主要优势就是患者能够对术后止痛进行自己控制^[1]。为了观察托烷司琼对全麻患者术后恶心呕吐的效果,本文选择 50 例全麻患者进行观察,在手术过程中使用托烷司琼,对患者的恶心呕吐评分进行分析,现进行以下报道:

1 资料与方法**1.1 一般资料**

选择我院在 2017 年 9 月-2018 年 9 月接受治疗 50 例全麻患者进行观察,将患者随机分为对照组和观察组,每组各 25 例。排除精神异常患者,排除肝肾功能受损明显患者;排除胃肠梗阻患者。对照组有 13 例男性患者,12 例女性患者;患者年龄为 15-80 岁,平均年龄为 (47.2±10.1) 岁;观察组有 12 例男性患者,13 例女性患者;患者年龄为 14-81 岁,平均年龄为 (48.0±9.8) 岁。所有患者在术前均知情并且家属签字知情同意书,两组患者一般资料无明显差异 ($p > 0.05$),能够对比。

1.2 方法

所有患者在手术之前常规禁食 8-12 小时,手术之前 30 分钟肌注 0.5mg 阿托品,0.1g 鲁米那,观察组患者在麻醉诱导前 5 分钟静脉注射 5mg 托烷司琼^[2],对照组患者不使用托烷司琼,麻醉诱导使用 0.1mg/kg 咪唑安定,3-4ug/kg 芬太尼,0.6mg/kg 阿曲库铵,1mg/kg 丙泊酚静注之后通过口腔明视快速气管插管,接麻醉机进行机械通气,全部患者气管插管之后常规放置胃管,均使用微量泵持续静脉输注丙泊酚、芬太尼、阿曲库铵维持麻醉^[3]。全部患者在手术前 45 分钟停止使用麻醉药,在手术之后通过胃管吸除胃内容物之后将胃管拔出,之后送到苏醒室观察。

1.3 观察项目及评估标准

在手术之后对患者术后恶心呕吐发生机率、镇静情况进行观察。镇静评分:0 分,清醒;1 分,偶尔入睡;2 分,经常入睡;3 分嗜睡。恶心呕吐评估:0 分,没有恶心呕吐;1 分,轻度恶心呕吐;2 分,休息间接恶心呕吐;3 分,休息时持续恶心呕吐。

1.4 统计学分析

本文数据均使用 SPSS20.0 统计学软件处理,利用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,通过 t 进行检验,使用 % 表示计数资料,通过 χ^2 进行检验, $p < 0.05$ 表示数据差异具有统计学意义。

2 结果**2.1 两组患者的镇静评分**

对照组患者镇静 8h 及 24h 的镇静评分分别为 (1.21±0.20) 分、(1.28±0.15) 分,观察组患者镇静 8h 及 24h 的镇静评分分别为 (1.31±0.22) 分、(1.26±0.18) 分,对照组和观察组两组患者镇静评分无明显差异 ($p > 0.05$),详见表 1:

2.2 两组患者恶心呕吐评分

观察组患者恶心呕吐发生机率比对照组少 ($p < 0.05$),详见表 2

表 1: 两组患者镇静评分对比 ($\bar{x} \pm s$ / 分)

组别	例数	8 小时	24 小时
对照组	25	1.21±0.20	1.28±0.15
观察组	25	1.31±0.22	1.26±0.18

表 2: 两组患者的恶心呕吐评分对比

组别和时间	例数	恶心呕吐评分				恶心呕吐发生率
		0 分	1 分	2 分	3 分	
对照组 (8h)	25	8	9	5	3	68%
观察组 (8h)	25	20	2	2	1	20%
对照组 (24h)	25	9	10	4	2	64%
观察组 (24h)	25	19	4	2	0	24%

3 讨论

术后恶心呕吐属于外科手术和麻醉常见的并发症,其发生率为 1-80%,出现术后恶心呕吐会增加患者的住院时间。顽固术后恶心呕吐需要急诊治疗才能够有效缓解,还会加重患者痛苦和经济负担。全麻手术会因为麻醉手术操作、手术刺激、去氮面罩给氧、术后疼痛、麻醉药物等各因素提高恶心呕吐的发生机率,此和本实验对照组结果相同,降低术后恶心呕吐的发生机率,对患者具有重要的意义^[4]。目前,大部分研究人员表示术后恶心呕吐发生主要是因为呕吐化学受体敏感区、内脏传入神经、大脑皮层等神经冲动根据神经递质使信息到延髓呕吐中枢,从而对血管舒缩中枢、呼吸中枢、抑制中枢、延髓兴奋中枢进行刺激导致的内脏及躯体反应。和呕吐相关的递质主要包括组胺、五羟色胺、多巴胺等,其中五羟色胺尤为显著。五羟色胺中具有四种受体,其在人体分布最多的就是五羟色胺-3^[5]。

现代,大部分抗呕吐药物临床研究都是对比五羟色胺-3 受体拮抗剂和其他药物临床效果,相关五羟色胺-3 受体拮抗剂疗效的研究比较少。在 2003 年防治术后恶心呕吐指南表示,五羟色胺-3 中的抗呕吐疗效没有差别,但是此指南也并没有给出临床医学证据。对术后呕吐造成风险的因素较多,比如手术、患者及麻醉等。

托烷司琼属于新型 5-HT₃ 受体拮抗剂,具备中枢性、外周性的双重抗吐作用,对于因为化疗、放疗、手术导致的恶心呕吐能够有效的预防及治疗。外科手术等多种因素会导致肠嗜铬细胞释放出五羟色胺,其能够对中枢或者迷走神经末梢五羟色胺-3 进行刺激,从而出现呕吐反射。托烷司琼对恶心呕吐控制的主要机制是选择性阻滞反射中外神经系统突触前 5-HT₃ 受体兴奋,并且影响中枢神经系统 5-HT₃ 受体传递迷走神经传入后区,此种双重作用阻断呕吐反射过程中神经介质的化学传递,从而对呕吐具有治疗的作用。托烷司琼具有较高的选择性,其没有多巴胺拮抗剂活性,也没有甲氧氯普胺导致的锥体外系症状,没有过度镇静等一系列的不良反应,从而降低患者呕吐的发生机率^[6]。

综上所述,托烷司琼对全麻患者手术之后的恶心呕吐具有良好

(下转第 75 页)



枢神经系统对疼痛的反应,从而消除引起疼痛的原因。达到镇痛的目的。疗效观察显示,体外高频热疗有明显的镇痛作用,对癌症引起的轻中度疼痛具有较好的疗效。高频热疗镇痛的主要机理是:①直接杀伤肿瘤细胞^[11];②直接作用靶DNA抗肿瘤:抑制端粒酶的活性,使癌基因表达受到抑制,N-ras和P53基因活性增强从而导致癌细胞凋亡,细胞因子Bcl-2基因及产物降低^[12];③抑制肿瘤细胞的增殖活性,能显著增高G₀-C₁期细胞比例,使S期的比例降低,从而抑制部分肿瘤细胞进入S期^[13];④热能通过诱导肿瘤细胞凋亡起到抗肿瘤作用^[14];⑤对T淋巴细胞、B淋巴细胞和巨噬细胞的免疫功能有增强作用,保护肝肾功能和骨髓^[15]。体外高频热疗联合三阶梯镇痛对缓解癌性疼痛疗效较好,联合治疗后疼痛较前明显减轻,效果增加,同时加温与药物相互作用的机制在以下几方面也有表现:①加温破坏了细胞膜的稳定性,使膜的通透性明显增加,利于药物的吸收和渗透^[16];②加温可以改变药物的细胞内分布情况;③加温可以改变药物的代谢,增加药物对D₁的作用速率^[17];④加温可以抑制细胞对药物所致DNA损伤的修复。⑤肿瘤毛细血管壁无弹性外膜,脆性大,高温作用下易破裂^[1],⑥肿瘤血管神经感受器不健全,对高温敏感性差^[19]!通过以上资料显示,体外高频热疗联合三阶梯镇痛治疗癌痛疗效满意,且治疗过程中均未出现明显的不良反应及耐药现象,临床值得推广。

参考文献

- [1] 闫向勇.热疗在肿瘤治疗中的研究进展[J].世界中西医结合杂志,2014,9(2):213-215.
- [2] 江正龙,芦殿荣,何生奇,等.胸部热疗联合顺铂胸腔灌注治疗晚期非小细胞肺癌恶性胸腔积液临床观察32例[J].云南中医中药杂志,2015,36(4):21-24.
- [3] 赵贵生,王增,郭明涛,等.放射性¹³¹I粒子植入联合高频热疗治疗晚期肺癌的临床疗效观察[J].临床合理用药,2015,44(10):1128-1129.
- [4] 於姜安,王彬彬.实体肿瘤热疗最新研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(1):223-224.
- [5] 赵玉军.通阳扶正汤联合内生场热疗治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[J].北方药学,2015,12(6):78-79.
- [6] 袁传平,傅浩,杨灵,等.热灌注化疗联合体外高频热疗治疗恶性胸水的疗效观察[J].临床医药文献杂志,2015,2(29):6046.
- [7] 卢舜,唐万和,王熙.夹芪膏外敷配合高频热疗治疗恶性腹腔

积液的临床观察[J].湖北中医杂志,2015,37(3):32-33.

[8] 李景华,李振伟,郭静玉,等.磁热疗肿瘤温度场分布的仿真研究[J].数理医药学杂志,2016,29(8):1107-1108.

[9] 胡新彦,刘纯一,刘志敏,等.心理干预联合体外高频热疗对晚期肺癌患者生存质量的影响[J].中华肿瘤防治杂志,2015,22(22):122-123.

[10] 饶爱华.肿瘤深部热疗联合羟考酮缓释片治疗骨转移癌痛的临床疗效观察[J].肿瘤医学,2015,53(3):80-83.

[11] 莫凯岚,陈斯泽,钟毓平,等.放疗和体外高频热疗联合治疗肿瘤骨转移性疼痛的可行性研究[J].牡丹江医学院学报,2015,36(2):81.

[12] Oei AL, van Leeuwen CM, Ten Cate R. Hyperthermia Selectively Targets Human Papillomavirus in Cervical Tumors via p53-Dependent Apoptosis[J]. American Association for Cancer Research, 2015, 75 (23):5120-5129.

[13] Karolin Franke, Melanie Kettering, Kathleen Lange. The exposure of cancer cells to hyperthermia, iron oxide Nanoparticles, and mitomycin C influences membrane multidrug resistance protein expression levels[J]. Dovepress, 2013, 8:351-363.

[14] LIU T, YE YW. Hyperthermia combined with 5-fluorouracil promoted apoptosis and enhanced thermotolerance in human gastric cancer cell line SGC-7901[J]. Onco Targets Ther, 2015, 27 (8):1265-1270.

[15] 吴陈宾,吴金通,彭俊英,等.艾迪注射液联合热疗在老年中晚期食管癌放疗中的疗效及生活质量观察[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(12):135-138.

[16] 廖洪,龚伟,杨俊,等.微波热疗联合放疗治疗鼻咽癌N2和N3期颈淋巴结转移患者的疗效观察[J].中国肿瘤临床与康复,2014,21(12):1479-1481.

[17] 杨俊昌,严俊昌,孙军,等.热疗联合同期放化疗治疗老年人食管癌疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(6):634-635.

[18] 魏敏,杨麒麟,张群学.静脉化疗加胸腔热灌注化疗序贯高频热疗与静脉化疗序贯高频热疗治疗中晚期胃肠肿瘤疗效观察[J].山西医药杂志,2015,44(10):1127-1129.

[19] 唐万和,孙易娜,王熙,等.夹芪膏外敷配合高频热疗治疗中晚期肺癌30例临床研究[J].江苏中医药,2017,49(1):34-36.

(上接第72页)

的预防作用,从而促进患者的恢复,副作用较少,价格较低,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 崔乃荣.托烷司琼对全麻下甲状腺切除术后恶心呕吐的预防探讨[J].中国处方药,2014(12):51-51.
- [2] 焦保良,樊娟,王景川,等.托烷司琼联合地塞米松预防全麻术后恶心呕吐的临床观察[J].河北北方学院学报(自然科学版),2011,27(6):112-113.

[3] 徐丽新,崔常虹,韩树海.托烷司琼不同时间给药预防全身麻醉腹腔镜手术术后恶心、呕吐的效果观察[J].吉林医学,2012,33(4):771-772.

[4] 刘根宏.托烷司琼对于预防术后恶心呕吐的临床作用观察[J].中国保健营养旬刊,2014(5):3120-3121.

[5] 黄刚,罗家宁,黎裕星,等.托烷司琼预防妇科腹腔镜术后恶心呕吐的临床观察[J].中国医药科学,2013,3(2):75-76.

[6] 杨宽明,孙静.托烷司琼与地塞米松用于预防全麻术后恶心呕吐的临床体会[J].中国实用医药,2012,7(20):153-154.

(上接第73页)

并在患儿出院前向家属做好家庭护理知识教育^[5]。

综上所述,小儿急性喉梗阻患儿进行全面抢救和及时有效的护理干预具有好的效果,可以尽快解除喉梗阻,提高临床中治疗效果,缩短住院时间,减轻经济负担,值得在临床中应用推广。

参考文献

- [1] 赵红霞.58例急性喉炎伴喉梗阻患儿的急救配合与护理观察[J].长治医学院学报,2016,30(1):66-67.

[2] 龚永书,刘继军.合并急性喉梗阻的小儿急性喉炎的临床急救与护理对策分析[J].重庆医学,2017,46(28).

[3] 王晓丹.小儿急性喉炎伴梗阻的急救与护理效果研究[J].中外女性健康研究,2016(1):114-115.

[4] 王瑞星.评价小儿急性喉炎伴梗阻的急救与护理效果[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2017(49):221.

[5] 刘宝艳,丛乃霞,邱忠君,et al.集束化护理对小儿急性喉炎伴喉梗阻干预的效果评价[J].中国煤炭工业医学杂志,2016(8):1217-1219.